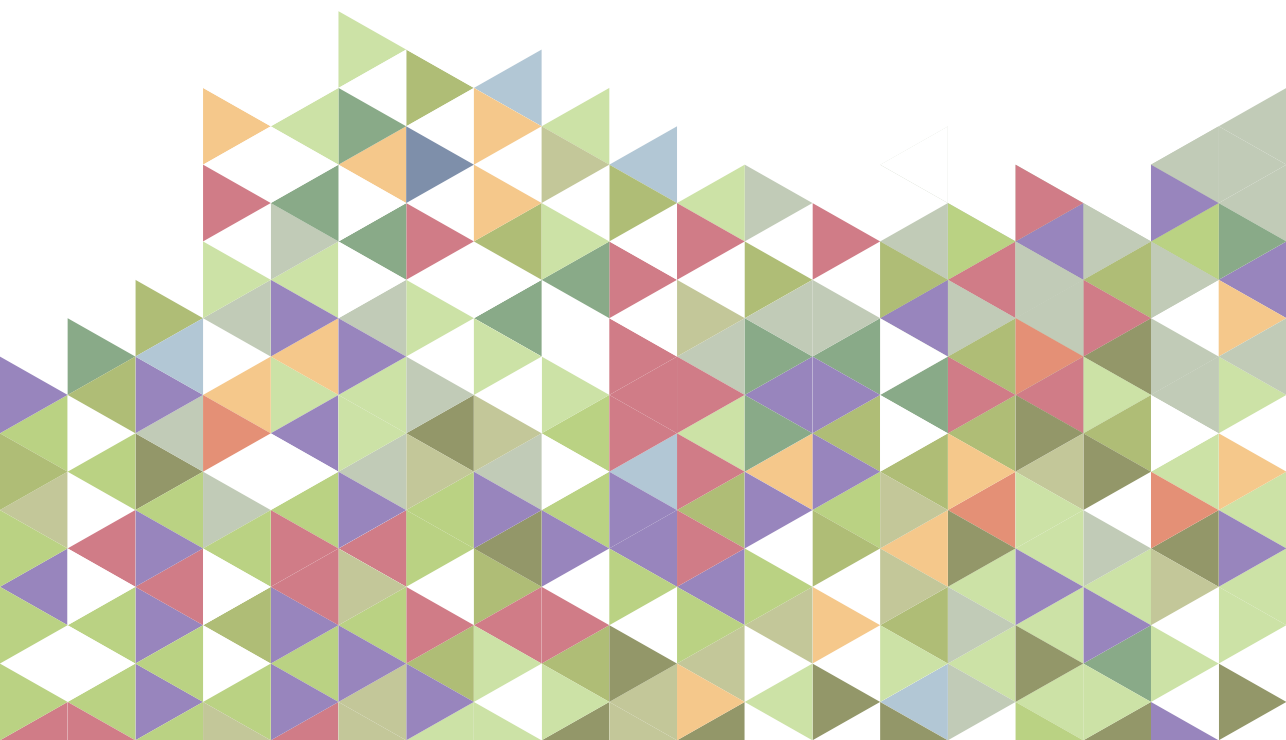


Ulrike Weyland | Karin Reiber (Hrsg.)

Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder



Ulrike Weyland | Karin Reiber (Hrsg.)

Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder

Unter redaktioneller Mitarbeit von
Annika Kruse und Larissa Wilczek

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2017 by Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn

Herausgeber:

Bundesinstitut für Berufsbildung, 53142 Bonn

Internet: www.bibb.de

E-Mail: zentrale@bibb.de

Publikationsmanagement Arbeitsbereich 1.4

Umschlag: CD Werbeagentur Troisdorf

Satz: Christiane Zay, Potsdam

Druck und Verlag: W. Bertelsmann Verlag, Bielefeld

W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG

Postfach 100633

33506 Bielefeld

Internet: wbv.de

E-Mail: service@wbv.de

Telefon: (05 21) 9 11 01-11

Telefax: (05 21) 9 11 01-19

Bestell-Nr.: 111.089

ISBN 978-3-7639-5897-9

ISBN E-Book 978-3-7639-5898-6

Printed in Germany



Inhalt

Reinhold Weiß	
Forschungs- und Handlungsfeld: Gesundheits- und Pflegeberufe	5
Karin Reiber, Ulrike Weyland, Andrea Burda-Zoyke	
Herausforderungen und Perspektiven für die Gesundheitsberufe aus der Sicht der Berufsbildungsforschung	9
Marianne Frieze	
Care Work. Eckpunkte der Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen	29
I. Fachkräftebedarf und -gewinnung unter besonderer Berücksichtigung der Pflegeberufe	51
Carsten Welker, Frank Schiemann	
Fachkräftesituation ausgewählter Gesundheitsfachberufe in Berlin-Brandenburg – Stand und Perspektiven	53
Sarah Pierenkemper, Markus Körbel	
Internationale Rekrutierungsstrategien in den Pflegeberufen zur Kompensierung des Fachkräftemangels	73
Juliane Dieterich	
Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte – ethnografische Perspektiven auf eine heterogene Weiterbildungssituation	93
II. Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel der therapeutischen Berufe ..	113
Robert Richter, Sylvana Dietel, Rebecca End, Denny Paulicke, Angelika Unger, Mariam Hartinger	
Arbeitgeberperspektiven zur wissenschaftlichen Qualifizierung von Therapeutinnen und Therapeuten	115
Karin Trenczek, Margot Overbeck, Friederike Störkel	
Das Mentee-Mentoren-Lehrersystem „MML – Münster“ als Konzept für die Begleitung handlungsorientierten Lernens im ausbildungintegrierenden Modellstudiengang Therapie und Gesundheitsmanagement – Physiotherapie	139

III. Kompetenz und Kompetenzerhebung als Forschungsgegenstand in den Gesundheitsberufen.....	163
Lisa Gödecker, Bettina Shamsul, Birgit Babitsch	
Zukünftig erforderliche Kompetenzen für Angehörige der Gesundheitsberufe – Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes zur Erfassung aktueller und zukünftiger Anforderungen im Kontext der Weiterbildung	165
Eveline Wittmann, Roman Kaspar, Ottmar Döring	
Berufsfachliche Handlungskompetenz in der unmittelbar klientenbezogenen Pflege: eindimensional oder mehrdimensional?	185
Nadin Dütthorn	
Pflegebildung in Europa stärken – ein empirischer Beitrag zur Harmonisierung eines inhomogenen Kompetenzbegriffs	205
IV. Das Berufsbildungspersonal in den Gesundheitsberufen	223
Katja Driesel-Lange, Christian Weyer	
Berufliche Entwicklungsprozesse angehender Lehrpersonen im Bereich Gesundheit/Pflege	225
Bärbel Wesselborg	
Lehrergesundheit im Zusammenhang mit Lehrer-Schüler-Beziehungen – Zentrale Befunde und Perspektiven für die Forschung	247
Marisa Kaufhold	
Herausforderungen an das betriebliche Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich	269
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	287
Zur Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz	289

Reinhold Weiß

► Forschungs- und Handlungsfeld: Gesundheits- und Pflegeberufe

Die Zahl der Lernenden in den Gesundheits- und Pflegeberufen hat sich in den vergangenen Jahren sehr positiv entwickelt. Viele Ausbildungsgänge erfreuen sich einer hohen Nachfrage von Schulabgängerinnen und Schulabgängern. Der Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen, deren Unterstützung und Pflege sind vor allem für junge Frauen wichtige Motive für die Berufswahl. Die steigende Zahl an Absolventinnen und Absolventen wiederum stößt auf einen aufnahmefähigen Arbeitsmarkt. Die Arbeitslosigkeit in den Gesundheits- und Pflegeberufen ist durchweg gering. Es herrscht nicht nur Vollbeschäftigung, sondern es gibt bereits einen Mangel an Fachkräften.

Die Engpässe auf dem Arbeitsmarkt dürften sich – darin stimmen alle Projektionen überein – in den nächsten Jahren wesentlich verschärfen. Dabei wirken verschiedene Faktoren zusammen. Fachkräfteengpässe sind zum einen Folge eines steigenden Bedarfs an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen, zum Beispiel aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts. Sie sind zum anderen aber auch die Folge der Arbeitsbedingungen in den Pflege- und Gesundheitsberufen. Hohe physische und psychische Belastungen kommen zusammen mit einer vergleichsweise geringen Vergütung und begrenzten Aufstiegschancen.

Um den Personalbedarf zu decken, muss oftmals fachfremdes Personal eingesetzt, nachqualifiziert oder umgeschult werden. Außerdem wird verstärkt versucht, ausländische Fachkräfte für das Gesundheitswesen zu rekrutieren. Das Anerkennungsgesetz liefert die Grundlage, um ausländische Bildungsabschlüsse anzuerkennen und damit die Integration in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Es überrascht daher nicht, dass das Gesetz gerade in den Gesundheitsberufen bislang eine breite Anwendung und Umsetzung erfährt. Die Anerkennungsquote ist erfreulicherweise hoch.

Ungeachtet ihrer großen und tendenziell zunehmenden Bedeutung spielen die Gesundheitsberufe in den Debatten über Berufsbildung eine eher untergeordnete Rolle. Der fachliche Diskurs konzentriert sich auf kleine Zirkel und Communities. Dabei zeigen sich gerade in diesem Ausbildungssegment einige Entwicklungen, die für die Situation der Berufsbildung im Allgemeinen und die qualitative Weiterentwicklung im Besonderen von grundlegender Bedeutung sind. Relevante Themen hier wie dort sind die Nachwuchssicherung und die Qualitätsentwicklung der Ausbildung, die Akademisierung der Gesundheitsberufe sowie die Gestaltung der Zusammenarbeit zwischen beruflichen Schulen und Hochschulen, die Gestal-

tung der Weiterbildung wie auch die Qualifizierung des Lehrpersonals. Forschung kann und muss dazu wichtige Grundlagen auf diesen Gebieten beisteuern.

Aus einer systemischen Perspektive betrachtet, ist der Bereich der Gesundheits- und Pflegeberufe äußerst heterogen gestaltet. Es existieren unterschiedliche gesetzliche Regelungen und Bildungsgänge. Es gibt die nicht akademischen Gesundheitsberufe, die im dualen System auf der Grundlage des BBiG bzw. HwO ausgebildet werden; und es gibt die landesgesetzlich geregelten Berufe wie die Ausbildung zu Pflegehelferinnen und Pflegehelfern. Daneben gibt es die bundesgesetzlich geregelten Gesundheitsfachberufe mit einem Abschluss außerhalb des BBiG/der HwO. Das sind vor allem die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege, der Altenpflege, Physiotherapie und Logopädie. Rechtsgrundlage sind die jeweiligen Berufsgesetze und die entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der nicht ärztlichen Heilberufe. Das geplante Pflegeberufsgesetz sieht eine Zusammenführung und Modernisierung der drei bundesgesetzlich geregelten Pflegeausbildungen vor. Neben der Zustimmung von Berufsfachverbänden wird jedoch auch Kritik an der Generalistik laut, weil sich die beruflichen Anforderungen – ungeachtet mancher Gemeinsamkeiten – eben auch unterscheiden. Noch ist nicht absehbar, wann und in welcher Form die Neuregelung umgesetzt wird.

Jenseits der grundständigen beruflichen Bildungsgänge im Sekundarbereich hat ein Trend zur Akademisierung der Gesundheits- und Pflegeberufe eingesetzt. Begründet wird dies in der Regel damit, dass die zunehmende Komplexität der Aufgaben höhere Anforderungen zur Folge hat, die eine ergänzende Qualifizierung an Hochschulen erforderlich machen. Der Wissenschaftsrat und andere Gremien haben deshalb empfohlen, die Ausbildung auf ein akademisches Niveau anzuheben und zumindest in den leitenden Positionen mit einem Studium an Hochschulen zu untermauern. Als Ziel soll eine Akademisierungsquote der Beschäftigten im Gesundheitswesen von 10 bis 20 Prozent erreicht werden.

An vielen Hochschulen werden entsprechende Studiengänge aufgebaut und angeboten. Es handelt sich sowohl um grundständige Studiengänge als auch um aufbauende oder weiterbildende Studiengänge. Haben die ersten Studiengänge primär auf Tätigkeiten in leitenden Positionen vorbereitet, geht es inzwischen vorrangig um eine Qualifizierung für Tätigkeiten in der unmittelbaren Versorgung und Betreuung von Patientinnen und Patienten. Die Landschaft der Studiengänge weist inzwischen eine große Heterogenität auf. Es gibt einen Qualifikationsmix aus unterschiedlichen Profilen und Kooperationen zwischen beruflichen Schulen, Weiterbildungsanbietern und Fachhochschulen. Die Konstruktion der Studiengänge ist wesentlich durch berufsgesetzliche Vorgaben geprägt und führt damit zu curricularen Herausforderungen für eine sinnvolle Vernetzung von Theorie und Praxis. Die Entwicklung findet zudem unter dem Einfluss einer breit geführten berufs-, gesundheits- und bildungspolitischen Diskussion statt. Fachliche und professionspolitische Motive und Argumente überlagern sich. In der beruflichen Wirklichkeit, in den Aufgaben wie auch in den Vergütungsbedingungen hat sich der Trend zur Akademisierung indessen noch kaum niedergeschlagen. Auch stellt sich die

Frage, wie den steigenden beruflichen Anforderungen durch eine weitere Qualitätsentwicklung der Ausbildungsgänge sowie geeignete Fortbildungsangebote Rechnung getragen werden kann. Namentlich der Qualifizierung des Lehr- und Ausbildungspersonals gebührt deshalb verstärkte Beachtung.

Angesichts der skizzierten Entwicklungen ist ein deutlicher Forschungsbedarf festzustellen. Die Gesundheitsberufe verfügen zwar über eine umfangreiche und wertvolle Praxisgeschichte, aber noch nicht über den wissenschaftlichen Erfahrungsschatz, wie das bei etablierten Forschungsgegenständen der Fall ist. Es fehlt vor allem an einer berufsspezifischen Qualifikationsforschung, aber auch an einer Indikatorik für die fortlaufende Bildungsberichterstattung, einer Begleitforschung zu innovativen Modellen wie auch an Forschungsarbeiten zum beruflichen Verbleib und den Berufslaufbahnen der Absolventinnen und Absolventen. Auch die Qualifikation und Professionalisierung des Lehrpersonals sowie die Arbeitsbedingungen der Berufstätigen wären ein wichtiges Feld für Forschung. Mit der Einrichtung einer Geschäftsstelle für die Gesundheitsfachberufe beim Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) soll ein Anstoß zu einer kontinuierlichen Forschung gegeben werden. Nach dem Entwurf des Pflegeberufsgesetzes soll das BIBB in enger Abstimmung mit den zuständigen Ressorts die Entwicklung der Berufe durch Forschung und wissenschaftliche Dienstleistungen unterstützen.

Mit dem Forum der Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN) sollte ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Forschung in den Gesundheits- und Pflegeberufen geleistet werden. Das Forum bot die Möglichkeit zu einem Austausch über den Stand und die Perspektiven der Forschung. Die Dokumentation verfolgt das Ziel, die Herausforderungen zu beschreiben, exemplarisch Forschungsergebnisse darzustellen und Desiderate für die künftige Forschung zu kennzeichnen. Die Beiträge auf dem Forum haben gezeigt, dass inzwischen einiges in Gang gekommen ist und der Forschungsauftrag – ungeachtet zum Teil widriger Rahmenbedingungen – umgesetzt wird. Die Dokumentation soll Anstöße für die weitere Forschung, die inhaltliche und methodische Weiterentwicklung und die Forschungskooperation, aber auch für den Dialog zwischen Wissenschaft und Bildungspraxis geben.

Reinhold Weiß

Karin Reiber, Ulrike Weyland, Andrea Burda-Zoyke

Herausforderungen und Perspektiven für die Gesundheitsberufe aus Sicht der Berufsbildungsforschung

1. Ausgangslage: Zur Sonderstellung der Gesundheitsberufe

Mit ca. fünf Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen stellen die Gesundheitsberufe eine gewichtige wirtschaftliche und arbeitsmarktpolitische Größe dar. Angesichts ihrer Relevanz für die Gesundheitsversorgung nehmen diese zugleich eine bedeutsame gesellschaftliche Rolle ein (vgl. HURRELMANN 2015, S. 13). Mit der Diskussion um den demografischen Wandel und den Fachkräftebedarf (vgl. VOSSELER 2015, S. 231) sowie den damit einhergehenden Folgen für die Gesundheitsversorgung ist die auf diese Berufsgruppe gerichtete Aufmerksamkeit in den letzten Jahren noch weiter gestiegen. Diese prognostizierten Entwicklungen bzw. Szenarien korrespondieren mit Herausforderungen für dieses Berufsfeld, was in quantitativer Hinsicht zunächst den Aspekt der Sicherstellung qualifizierten Personals für die Gesundheitsversorgung betrifft. In qualitativer Hinsicht bedeuten die Veränderungen eine Anpassung der qualifikatorischen Voraussetzungen der Gesundheitsberufe, u. a. im Zusammenhang mit veränderten und der Medizintechnik angepassten Arbeitsabläufen, der Notwendigkeit interprofessionellen Arbeitens in der Gesundheitsversorgung sowie aufgrund immer komplexer werdender Krankheitsbilder und medizinisch-therapeutischer sowie pflegerischer Ansprüche.

Die qualifikatorischen Anpassungen tangieren schließlich die Gestaltung der beruflichen Bildung dieser Berufsgruppe und ihres Bildungspersonals bzw. die Diskussion um „gesundheitsberufliche Bildungskonzepte“ (KÄLBLE/PUNDT 2015, S. 15). Damit verbinden sich zugleich Fragen und Anforderungen an die zu erforschenden Gegenstandsbereiche. Dabei ist eine tradierte Sonderstellung der Gesundheitsberufe im Berufsbildungssystem zu beobachten. Angesichts der gesellschaftlichen Bedeutung dieser Berufsgruppe und aufgrund ihrer partiellen Akademisierung hat aber mittlerweile die Aufmerksamkeit in der *Scientific Community*, der Berufs- und Wirtschaftspädagogik, zugenommen. Dies spiegelt sich ebenfalls in der aktuellen Fassung des Basiscurriculums der Sektion der Berufs- und Wirtschaftspädagogik wider: Während die Gesundheitsberufe im Basiscurriculum aus dem Jahr 2003 noch nicht berücksichtigt wurden, sind sie in der Fassung von 2014 neben den gewerblich-technischen und kaufmännischen Berufen erstmalig aufgenommen worden (vgl. SEKTION BERUFS- UND WIRTSCHAFTSPÄDAGOGIK 2014). Diese Akzentsetzung unterstreicht deren Bedeutung, deutet

jedoch auch auf die in der *Scientific Community* lange Zeit wahrgenommene Sonderstellung der Gesundheitsberufe hin. Diese Sonderstellung korrespondiert u. a. mit den beruflichen Sonderwegen dieser Berufsgruppe, die sich entlang der nachfolgend aufgeführten Kategorien bzw. Aspekte näher beschreiben lassen und die zudem besondere Anforderungen an die Berufsbildungsforschung zu den Gesundheitsberufen stellen:

- ▶ *Begrifflicher Kontext*
- ▶ *Rechtsgrundlagen*
- ▶ *Curricularer Rahmen*
- ▶ *Professionalisierung des Bildungspersonals*

Hinsichtlich des *begrifflichen Kontextes* stellt sich die Problematik einer fehlenden einheitlichen Definition dieser Berufsgruppe. So existieren verschiedene Begriffe nebeneinander, wie u. a. Pflegeberufe, Therapieberufe, personenbezogene Dienstleistungsberufe, Berufe im Berufsfeld Gesundheit und Gesundheitsberufe. Obwohl es keine einheitliche Definition gibt, sei es gängig, so IGL (vgl. SVR 2007, zit. n. IGL 2015, S. 107), den weiten und übergeordneten Begriff „Gesundheitsberufe“ zu verwenden, der i. d. R. alle im Gesundheitswesen vorhandenen Berufe in die Definition einschließt (vgl. auch KÄLBLE/PUNDT 2015, S. 17). Dennoch trifft man in Wissenschaft, Praxis und Politik auf eine je spezifische definitorische Akzentsetzung, sofern man einen den Gesundheitsberufen subsumierten Beruf, wie z. B. den Pflegeberuf, explizit ausweisen möchte. Dies impliziert bzw. erfordert eine dem jeweiligen Sachverhalt entsprechende begriffliche Trennschärfe und Akzentsetzung, soll z. B. die rechtliche oder fachliche Besonderheit/Stellung eines bestimmten Gesundheitsberufes hervorgehoben werden. In diesem Beitrag wurde angesichts der in der Tagung abzubildenden Vielfalt an Gesundheitsberufen ganz bewusst der weite Begriff im Tagungstitel verwendet. Eine entsprechende begriffliche Trennschärfe erfolgt im jeweiligen Beitrag der Autoren und Autorinnen.

Eine weitere Problematik und Kennzeichnung der Sonderstellung der Gesundheitsberufe spiegelt sich in den jeweiligen *Rechtsgrundlagen* wider. Während die Gesundheitsberufe im dualen System der Regelung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) und der Handwerksordnung (HwO) unterliegen, gelten für die außerhalb dieses Systems liegenden Berufe, wie z. B. für die Pflege- und Therapieberufe, als Rechtsgrundlage die sogenannten Berufszulassungsgesetze (vgl. WEYLAND/REIBER 2013; vgl. WEYLAND u. a. 2015). Darüber hinaus gibt es für einzelne Gesundheitsberufe landesrechtliche Bestimmungen (vgl. ZÖLLER 2014). Daraus resultiert eine gewisse Divergenz was die Gestaltungsformen und Standardisierung der beruflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung mit Blick auf curriculare Referenzen und Standards sowie deren Verortung im Berufsbildungssystem betrifft. Diese findet sich zwar stellenweise auch in anderen Sektoren des Berufsbildungssystems (z. B. kaufmännische Berufe im dualen System nach BBiG/HwO und in vollschulischen Bildungsgängen nach Landesrecht; Berufsausbildung am Lernort Betrieb oder in einem Berufsbildungswerk etc.), jedoch nicht in diesem Ausmaß. Davon tangiert sind auch Reformansätze und Modellvorhaben in der beruflichen Bildung der

Gesundheitsberufe, die aufgrund der gegebenen Diversität schwer vergleichbar sind. Dieses Erscheinungsbild schließt auch die Debatte um die Akademisierungsbestrebungen in den Gesundheitsberufen mit ein. Für die Berufsbildungsforschung ergeben sich angesichts der Vielfalt in der Bildungslandschaft somit besondere Herausforderungen. Zu nennende Aspekte sind hier z. B. die notwendigen fachlichen und berufsspezifischen Kenntnisse mit Blick auf einen validen Feldzugang und die Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen.

Diese vielgestaltige Bildungslandschaft im Bereich der Gesundheitsberufe zieht schließlich auch curriculare Konsequenzen nach sich. Das Feld der nach BBiG/HwO geregelten Berufe erweist sich aufgrund der bundeseinheitlichen Ausbildungsordnung für den betrieblichen Ausbildungsteil und des damit abgestimmten Rahmenlehrplans der Kultusministerkonferenz für den schulischen Ausbildungsteil als vergleichsweise geregelter und zumindest orientierungsspendender *curricularer Rahmen*. Die länderspezifischen Lehrpläne können zwar davon abweichen, faktisch werden sie jedoch in weiten Teilen übernommen. Ganz anders sieht dies im Bereich der außerhalb von BBiG/HwO geregelten Berufe aus. So muss hier geradezu von einem „bunten Blumenstrauß“ gesprochen werden. Für die Berufsbildungsforschung in dieser Domäne ergeben sich entsprechende Herausforderungen, u. a. das in Forschungskontexten/-arbeiten erschwerende Vorgehen hinsichtlich curricularer Analysen und der Abbildung kompetenzbezogener Kontexte und Vergleiche (s. hierzu den Band von WEYLAND u. a. 2015).

In Analogie zur Sonderstellung und Divergenz der Gesundheitsberufe in der Berufsbildungslandschaft erweist sich schließlich auch die *Professionalisierung des beruflichen Bildungspersonals* als uneinheitlich. So differieren z. B. die Vorgaben für die Lehrerbildung nicht nur in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitsberuf, sondern auch hinsichtlich der Ausgestaltung in den jeweiligen Bundesländern. In der hochschulischen Bildungslandschaft finden sich sowohl universitär verortete Studienangebote, die i. d. R. den KMK-Empfehlungen für das Lehramt an beruflichen Schulen (s. KMK 1995 i. d. F. von 2016, Lehramtstyp 5) entsprechen und über welche – gemäß dem Abschluss Master of Education – eine Beschäftigung an öffentlichen beruflichen Schulen angestrebt wird. Parallel zu dieser universitären Verortung besteht aufgrund der besonderen „Historie“ der Akademisierung, z. B. der Pflegepädagogen/-pädagoginnen, eine Vielzahl von Studienangeboten an Fachhochschulen. Diese gehen nicht immer mit einem sich anschließenden Masterabschluss einher, zugleich wird i. d. R. für eine Tätigkeit als schulisches Bildungspersonal an sogenannten Schulen des Gesundheitswesens vorbereitet bzw. ausgebildet (vgl. hierzu BISCHOFF-WANNER/REIBER 2008; vgl. REIBER/WINTER/MOSBACHER-STRUMPF 2015). Damit reicht die Diversität über die Heterogenität hinaus, die auch an anderen Stellen in der Professionalisierung und Professionalität des Berufsbildungspersonals an beruflichen Schulen zu finden ist (siehe z. B. zu den unterschiedlichen Lehrkräftetypen und zu den Abweichungen vom Regelmodell aufgrund von Lehrkräftemangel z. B. DIETRICH/MARTENS 2016). Die entsprechende Divergenz spiegelt sich schließlich ebenso in der Ausbildung betrieblichen Bildungspersonals wider (vgl. WEYLAND/KLEMM 2013; vgl. KAUFHOLD/WEYLAND 2015).

Angesichts dieser Ausführungen ergibt sich auch für die Professionalisierungspfade des beruflichen Bildungspersonals in den Gesundheitsberufen eine schwer zu überblickende und vergleichbare Vielfalt, verbunden mit methodologischen Herausforderungen für die Berufsbildungsforschung. Aufgrund des zu erwartenden Lehrermangels und der verspäteten Akademisierung in diesem Bereich sind gezielte Rekrutierungsmaßnahmen ein ebenso wichtiger Gegenstand der Berufsbildungsforschung wie auch die Frage nach einer Standardisierung der Professionalisierung dieser Klientel, ähnlich wie es mit den ländergemeinsamen inhaltlichen Anforderungen (s. KMK) anvisiert wird.

Die Ausführungen zur Sonderstellung der Gesundheitsberufe verdeutlichen die besonderen Herausforderungen für die Berufsbildungsforschung dieser Domäne. Aufgrund der als Problemkontext dargelegten unzureichenden bzw. fehlenden Standardisierung, u. a. auf der rechtlichen und curricularen Ebene sowie bezüglich der Bestrebungen und Zugänge zur Professionalisierung des beruflichen Bildungspersonals, sind zweifelsohne Forschungsdesiderata sichtbar. Die Forschung auf diesem Gebiet hat sich in den letzten zwei Dekaden jedoch erst langsam entwickeln können (vgl. Abschnitt 3). Daher erscheint es erforderlich, die Berufsbildungsforschung in Bezug auf Gesundheitsberufe zu systematisieren und vor dem Hintergrund der skizzierten Herausforderungen weiterzuentwickeln. Hierzu folgt im nächsten Abschnitt zunächst zwecks Anschlussfähigkeit an die Berufs- und Wirtschaftspädagogik eine systematisierende Annäherung an die Berufsbildungsforschung der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Hieran anknüpfend schließt sich die forschungsbezogene inhaltliche Entfaltung und Auseinandersetzung aus der domänenspezifischen Sicht der Gesundheitsberufe an, in der auch die hier bereits kurz skizzierten Besonderheiten ihre Berücksichtigung finden (Abschnitt 3). Dabei wird der Status quo in seinen wesentlichen Grundzügen thematisiert und problematisiert. Darüber hinaus werden grundlegende Forschungsperspektiven formuliert. Der Beitrag schließt mit einer Übersicht über die in diesem Tagungsband dokumentierten Vorträge zur Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen (Abschnitt 4). Dabei zeichnen die Beiträge im Rekurs auf aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder eine Auseinandersetzung mit einzelnen Entwicklungslinien und Perspektiven in den Gesundheitsberufen nach.

2. Berufsbildungsforschung – eine berufs- und wirtschaftspädagogische Betrachtung¹

Die 1990 erschienene Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) pointiert den breiten Diskurs ihrer Zeit in einer auch heute noch vielfach zitierten Definition: „Berufsbildungsforschung untersucht die Bedingungen, Abläufe und Folgen des Erwerbs fachlicher

1 Berufsbildungsforschung wird grundsätzlich von unterschiedlichen Disziplinen betrieben (z. B. Arbeitswissenschaft, Psychologie, Soziologie, Wirtschaftswissenschaften, vgl. KELL 2010, S. 356 f.). Ohne die Bedeutung dieser disziplinären Zugänge gering schätzen zu wollen und in dem Bewusstsein von möglichen Verschränkungen wird in diesem Beitrag und Abschnitt die Berufsbildungsforschung in und aus der Perspektive der Berufs- und Wirtschaftspädagogik skizziert.

Qualifikationen sowie personaler und sozialer Einstellungen und Orientierungen, die für den Vollzug beruflich organisierter Arbeitsprozesse bedeutsam erscheinen“ (DFG 1990, S. 1).² Darin zeigt sich das Bestreben nach einer bedarfsgerechten wie zukunftsfähigen Gestaltung des Berufsbildungssystems zur Sicherung des Wirtschaftsstandortes Deutschland (vgl. PÄTZOLD/WAHLE 2013, S. 29 ff.). Neben der Erforschung beruflicher Bildungsprozesse unter dem Aspekt der Qualifizierung für eine berufliche Tätigkeit geht es – insbesondere aus Sicht der Berufs- und Wirtschaftspädagogik – auch um die Forschung zur Emanzipation bzw. der Ermöglichung beruflicher Mündigkeit und Persönlichkeitsentwicklung (vgl. KELL 2010, S. 359; ARNOLD 1992, S. 600). Die berufs- und wirtschaftspädagogische Berufsbildungsforschung betreibt folglich eine Forschung über den „Zusammenhang von Beruf, Erwerbsarbeit und Bildung“ (PÄTZOLD/WAHLE 2013, S. 28). Die Berufsbildungsforschung kann zudem als Spezifikum der Bildungsforschung verortet werden (vgl. KELL 2010, S. 358). In der Folge kann hier Berufsbildungsforschung im Zusammenhang mit Gesundheitsberufen als Spezifikum derselben verstanden werden, ohne damit die Besonderheiten dieser Domäne negieren zu wollen (vgl. zur Verortung der Pflegepädagogik als Teil der Berufs- und Wirtschaftspädagogik REIBER/REMME 2009; siehe zur weiteren Verortung auch Kapitel 3).

Tabelle 1: Strukturmatrix zur thematischen Verortung von Forschungsarbeiten
(KELL 2010, S. 358 in Anlehnung an VAN BUER/KELL 1999, 2000a, 2000b)

	1. Vorberufliche Bildung	2. Nicht akademische Berufsausbildung	3. Akademische Berufsausbildung	4. Berufliche Weiterbildung	5. Wissenschaftliche Weiterbildung
1. Berufliches Lehren und Lernen (Mikrosystem)					
2. Organisationen und Institutionen (Mesosystem)					
3. Gestaltung/ Politik (Exosystem)					
4. Reflexion/ Theorie (Makrosystem)					

Zur Konkretisierung und Systematisierung des denkbaren bzw. wünschenswerten Gegenstandsbereichs der Berufsbildungsforschung und um vorherrschende Forschungsschwerpunkte und -defizite zu erkennen, haben KELL und VAN BUER eine Strukturmatrix entwickelt

2 Zu kritischen Stellungnahmen zu dieser Denkschrift in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik siehe beispielsweise ARNOLD (1992), KLAASSEN, KRAAYVANGER und VAN ONNO (1992) und ECKERT und TRAMM (2004).

(siehe Tab. 1). Die Spalten bilden fünf Bereiche bzw. Stufen der Praxis bzw. Organisationsform der Berufsbildung ab. In den Spalten unterscheiden sie fünf klassische Bereiche der beruflichen Bildung von der vorberuflichen Bildung über die Berufsausbildung bis zur Weiterbildung. Die Zeilen systematisieren in Anlehnung an BRONFENBRENNERS „Ökologie der menschlichen Entwicklung“ (1981) theoretische Zugriffe auf der Mikro-, Meso-, Exo- und Makroebene. Die fünf Berufsbildungsbereiche können anhand der theoretischen Zugriffe auf diesen drei Ebenen erforscht werden. Dabei sind horizontale und vertikale Wechselwirkungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus verweist KELL darauf, dass der so strukturierte thematische Gegenstandsbereich durch historische und vergleichende Berufsbildungsforschung bearbeitet werden kann (vgl. KELL 2010, S. 357 f.).

Die Frage nach den gegenwärtig tatsächlich bearbeiteten Forschungsgegenständen und nach Schwerpunkten der in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik betriebenen Berufsbildungsforschung wurde in Vergangenheit und Gegenwart immer wieder gestellt (siehe beispielsweise DFG 1990; ECKERT/TRAMM 2004; BONZ 2015). Vielfach ist ein Fokus auf die nicht akademische Berufsausbildung vor allem im dualen System und eine darauf bezogene Weiterbildung erkennbar (vgl. DOBISCHAT/DÜSSELDORF 2010, S. 385 f.; DFG 1990). Hinsichtlich der Schwerpunkte stellt BONZ, der die Publikationen im Jahrbuch der Berufs- und Wirtschaftspädagogik in den Jahren 2000–2015 untersucht hat³ und andere Kategorien verwendet, die folgenden Themen und Häufigkeiten darauf bezogener Beiträge fest:

Tabelle 2: Forschungserträge der Berufs- und Wirtschaftspädagogik (BONZ 2015, S. 20)

Kategorie	Jahr																
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008*	2009*	2010	2011*	2012	2013	2014	2015	Gesamt
1 Lehr-/Lern-/Unterrichtsforschung/Didaktik und Methodik	3	7		3	2	8	9	3	6	5	21	2	2	5	3	1	61
2 Lehrerbildung/pädagogische Professionalität/Hochschuldidaktik	8	2	5		2	1	1	1	5	7	3	11	4	4	3	2	59
3 Betriebliche Praxis, Aus- und Weiterbildung		2		1	3	1	7	5	3	5	3	1	6	3	1	2	43
4 Historische Berufsbildungsforschung		8	5					3		1	1	2	1		3	1	25
5 Kompetenzen: Begriff, Modellierung, Messung, Förderung		1				4	7	1	5	1	2	11		4	3	2	41

- 3 In dem Jahrbuch werden positiv begutachtete Forschungsbeiträge zu auf der Tagung der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik präsentierten Arbeiten publiziert. Auch wenn durchaus kritisch gefragt werden kann, ob dieses Publikationsmedium den Forschungsstand der berufs- und wirtschaftspädagogischen Berufsbildungsforschung widerspiegelt und ob eine quantitative Auszählung der Beiträge aussagekräftig genug ist (man bedenke z. B. Mehrfachpublikationen zu einzelnen Studien, auch Umfang und Tiefe der einzelnen Studien bleibt unberücksichtigt), so kann dies doch als erster Hinweis betrachtet werden.

Tabelle 2: Forschungserträge der Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Bonz 2015, S. 20)

Kategorie	Jahr															Gesamt	
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008*	2009*	2010	2011*	2012	2013	2014		2015
6 Organisation, Bedingungen und Strukturen beruflicher Bildung				2				1	1	3	4	3			2		16
7 Übergangssystem/Berufsorientierung/Benachteiligte	1			1			4	3	7	4	1			2		3	26
8 Europäische internationale Entwicklungen und Vergleiche	1	3			5		5	2	7	2	1			1			27
9 Disziplinäre und forschungsmethodische Reflexionen	2	3	1	5	2		4		3	1			3	1			25
10 Schulentwicklung, Schulleitungsforschung		2	4		3	3	1	5	1		1						59
Gesamt	15	28	15	12	17	17	39	24	40	30	14	30	16	20	15	11	343

* Im betreffenden Jahr erschienen zwei Sektionsbände.

Den größten Bereich bildet demnach die Lehr-/Lernforschung mit der Forschung zur Didaktik und Methodik. Neben der empirisch-analytisch ausgerichteten Lehr-/Lernforschung und vor dem Hintergrund der Kritik mangelnder Anwendung ihrer Befunde haben sich in diesem Zusammenhang auch Studien etabliert, die unter dem Begriff Design Based Research bzw. Design Research⁴ gefasst werden können (vgl. BONZ 2015, S. 21).

Zudem sind Schwerpunkte zur Lehrerbildung und Hochschuldidaktik, zur betrieblichen Praxis und Aus- und Weiterbildung sowie zu Kompetenzen festzustellen. Des Weiteren zeichnet sich ab, dass die historische Berufsbildungsforschung im Vergleich zur empirisch-sozialwissenschaftlichen Forschung im betrachteten Zeitablauf abnimmt (vgl. BONZ 2015, S. 21). Vor dem Hintergrund der seitens des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Programme wie der „Qualitätsoffensive Lehrerbildung“ sowie des „Qualitätspakts Lehre“, an denen auch – wenn auch nicht in dem erwünschten Umfang – die beruflichen Schulen bzw. die Berufs- und Wirtschaftspädagogik beteiligt sind, kann erwartet werden, dass dieser Schwerpunktbereich weiter ausgebaut wird. Für den Schwerpunktbereich der domänenspezifischen Kompetenzmodellierung und -messung ist neben Einzelstudien insbeson-

4 Kurz zusammengefasst geht es in diesem Forschungsansatz um die Konzeption, Entwicklung und Evaluation von Bildungsinterventionen für komplexe Probleme der Bildungspraxis, verbunden mit dem Ziel, weitere Erkenntnisse über Merkmale dieser Interventionen und den Konzeptions- und Entwicklungsprozess zu gewinnen (vgl. EULER 2013, S. 36, in Anlehnung an PLOMP 2007). Damit zeigt dieses aus dem angloamerikanischen Raum stammende Konzept deutliche Gemeinsamkeiten mit in Deutschland entwickelten gestaltungsorientierten Forschungsansätzen wie Modellversuchsforschung (SLOANE 1992) und Wissenschaft-Praxis-Kommunikation (EULER 1994) auf (vgl. EULER 2013, S. 36 ff.; 2014, S. 16).

dere die Forschungsinitiative ASCOT des BMBF (2015) zur Erforschung technologiebasierter Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung zu nennen, in der empirisch-analytische Forschungsansätze dominieren und kognitionspsychologische und fachdidaktische Überlegungen miteinander verbunden werden. Insbesondere in den Erläuterungen zu seinem ersten und größten Schwerpunktbereich (Lehr-/Lernforschung, Didaktik und Methodik) verweist BONZ auf die Vielfalt an Forschungsansätzen, Paradigmen und Methoden, die sich in der berufs- und wirtschaftspädagogischen Berufsbildungsforschung entwickelt hat (vgl. ebd. 2015, S. 21) und die sich auch in der Breite der Forschungsarbeiten zeigt. Bereits in den 1970er-Jahren, als der Paradigmenstreit besonders vehement geführt wurde, hatte ZABECK einen Paradigmenpluralismus eingefordert (vgl. ebd. 1978). Ohne hier abschließend beurteilen zu wollen, inwieweit dieser Paradigmenpluralismus erreicht worden ist, so kann doch festgestellt werden, dass heute eine breite Spanne an Forschungsansätzen und insbesondere empirischer Methoden erkennbar ist (vgl. auch EULER 2010, S. 388).

Ein besonders prägendes Merkmal der beruflichen Bildung ist – seit jeher – der permanente Modernisierungsbedarf, was auch Auswirkungen auf die Berufsbildungsforschung hat. Das heißt, es geht zum einen darum, Veränderungen des gesellschaftlichen Umfeldes zu erfassen und zum anderen Gestaltungsprozesse durch Forschungsprozesse aufzuklären und anzuleiten (vgl. ECKERT/TRAMM 2004). Daher wird auch die Politikberatung als ein prägendes Leitmotiv der Berufsbildungsforschung verstanden (vgl. PÄTZOLD/WAHLE 2013, S. 31). Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft bzw. von Erkenntnisgewinnung und Praxisgestaltung immer wieder kritisch reflektiert und durchaus unterschiedlich betrachtet wird (vgl. SLOANE/TWARDY/BUSCHFELD 2004, S. 63 ff., 350 ff.; EULER 2010).

Fragt man nach der institutionellen Verankerung der berufs- und wirtschaftspädagogischen Berufsbildungsforschung, dann eröffnet sich eine vielfältige Landschaft. Ein bedeutender Teil findet an den Universitäten statt, an denen sich die Berufsbildungsforschung insbesondere im Zuge der Akademisierung der Lehrerbildung für berufliche Schulen entwickelt hat. Daneben sind außeruniversitäre Einrichtungen zu nennen – auf Bundesebene vor allem das in den 1960er- und 1970er-Jahren entstandene Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Hinzu kommen diverse Einrichtungen auf Landesebene, die die Bildungsplanung und die Reform des Schulwesens wissenschaftlich stützen sollen. Darüber hinaus betreiben außerstaatliche gemeinnützige Institutionen wie das Forschungsinstitut für Betriebliche Bildung (f-bb) Berufsbildungsforschung. Die institutionelle Vielfalt legt eine Kooperation bzw. Vernetzung nahe, wie sie durch die Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN) angeregt wird (vgl. KELL 2010, S. 364 ff.; SLOANE 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich die berufs- und wirtschaftspädagogische Berufsbildungsforschung grundsätzlich auf ein breites Gegenstandsspektrum bezieht, welches über die Bereiche bzw. Phasen beruflicher Bildung, darauf bezogene theoretische Zugänge auf der Mikro-, Meso-, Exo- und Makro-Ebene sowie durch unterschied-

liche Forschungszugänge gekennzeichnet werden kann. Allerdings wird dieses grundsätzlich denkbare oder wünschenswerte Spektrum nicht in gleichem Maße bearbeitet. Vielmehr lassen sich Schwerpunkte erkennen, die sich im Zeitablauf verschieben. Das hängt – trotz des großen Anteils der universitären Forschung und der damit verbundenen Ressourcen – auch mit durch Drittmittelgeber finanzierten Programmen und Schwerpunktbereichen zusammen. Insofern ist auch die Legitimationsfrage von Forschung kritisch zu stellen und immer wieder neu zu bedenken, d. h., es ist kritisch zu prüfen, welche Interessen und Interessengruppen die Forschungsarbeiten leiten – und welche Forschungsgegenstände andererseits möglicherweise wenig bis unbearbeitet bleiben, da finanzielle Mittel fehlen. Zudem zeichnet sich die berufs- und wirtschaftspädagogische Berufsbildungsforschung durch eine Vielfalt an Forschungsmethoden aus, die aktuell in besonderer Weise durch empirische Ansätze geprägt ist. Inwiefern die konstruktive Ergänzung dieser Methoden und der durch sie gewonnenen Erkenntnisse bereits gelingt und wie das synergetische Potenzial noch besser ausgeschöpft werden könnte, ist noch zu prüfen. Dabei sind auch forschungsgegenständliche, forschungsmethodologisch-methodische und institutionelle Synergieeffekte im Zusammenhang mit der Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen zu prüfen, auf die im folgenden Abschnitt näher eingegangen wird.

3. Zur Situation der Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsberufen – zwischen Sonderstellung und Normalität

Analog zur Berufsbildung der Gesundheitsberufe, ihren Strukturen und ihrer Ordnung (s. Abschnitt 1) weist auch die darauf bezogene Berufsbildungsforschung einige Besonderheiten auf. Bedingt durch eine verspätete Akademisierung der entsprechenden beruflichen Fachrichtungen und/oder ihrer Bezugsdisziplinen, gab es bis in die Neunzigerjahre kaum universitäre Strukturen, die eine entsprechende Forschungsleistung hätten initiieren können (vgl. WEYLAND/REIBER 2013). Für die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, die Pflegeberufe, sehen die entsprechenden Berufsgesetze inzwischen einen (nicht näher definierten) Hochschulabschluss für eine Lehrtätigkeit in der Ausbildung vor. Ein Großteil davon ist an Hochschulen für angewandte Wissenschaften (HaW) angesiedelt, d. h. einem Hochschultyp, der nicht primär an Forschung ausgerichtet ist (vgl. DARMANN-FINCK 2015).

Trotz geringer Kapazitäten an forschungsaktiven Hochschulen – zu denen übrigens gerade auch die HaW zählen – lassen sich Forschungsbestrebungen und -ergebnisse in nennenswertem Umfang seit den 1990er-Jahren nachweisen. In einer ersten diesbezüglichen Bestandsaufnahme für die berufliche Fachrichtung Pflege untersuchten REIBER/REMME (2009) Qualifikationsarbeiten zum Gegenstand der pflegeberuflichen Aus-, Fort- und Weiterbildung, um die Bezugsdisziplinen pflegepädagogischer Forschung zu identifizieren. Anhand der Qualifikationsarbeiten lässt sich insbesondere der Stand universitärer Forschung abbil-

den, da bisher einzig den Universitäten das Promotionsrecht obliegt. Erkenntnisleitendes Interesse war die Relationierung dieses – aus Sicht der beiden Autoren – Teilgebiets der Berufspädagogik, die ihrerseits wiederum eine Subdisziplin der Erziehungswissenschaft darstellt, zur Erziehungswissenschaft. Die Analyse ergab, dass „heterogene wissenschaftstheoretische, bezugswissenschaftliche sowie methodologische Zugänge zu diesem Arbeitsgebiet“ (REIBER/REMME 2009, S. 20) vorzufinden sind und die pflegepädagogischen Dissertationen noch kein einhelliges disziplinäres Selbstverständnis aufweisen. Dieses Bild universitärer Forschung, exemplarisch dargestellt an pflegepädagogischen Dissertationen, zeigte zum damaligen Zeitpunkt über verschiedene Disziplinen hinweg verteilte Forschungsleistungen. Eine in sich kohärente Berufsbildungsforschung ließ sich auf Basis dieser Bestandsaufnahme nicht abbilden – ein Befund, der mit dem im zweiten Abschnitt dieses Beitrags dargestellten Desiderat korrespondiert.

In eine erweiterte Analyse gingen neben den Qualifikationsarbeiten auch Ergebnisse aus der Begleit- und Evaluationsforschung zu Modellprojekten in der Pflegeausbildung sowie Beiträge in referierten Fachzeitschriften zur Pflegeausbildung mit empirischem Forschungsbezug ein (vgl. REIBER 2011). Dieses Review zeigt, dass im Rahmen pflegepädagogischer Dissertationen vorwiegend qualitative empirische Methoden zum Einsatz kommen. Thematische Schwerpunkte liegen dabei auf der sozialen Dimension von pflegerischer Handlungskompetenz und fachdidaktischen Fragestellungen. Einzelne Arbeiten nehmen die Lernenden und deren Aneignungsprozesse in den Blick, sei es bei der Bewältigung von Praxiserfahrungen oder im Rahmen des Wissenserwerbs. Die Begleitforschung untersucht die Wirkung von Modellversuchen in der Pflegeausbildung hinsichtlich der Zufriedenheit und des Nutzens aus Sicht der beteiligten Akteure. Bei den Publikationen ist die Bandbreite an Themen und Methoden gefächert. Neben qualitativen finden sich hier auch einzelne quantitative Studien; untersucht werden unterschiedliche Qualitätsaspekte der Ausbildung wie die Wirkung bestimmter Unterrichtsmethoden (z. B. problembasierter Lernens) (vgl. REIBER 2011).

Ebenfalls gleichsam paradigmatisch für die Gesundheitsberufe wertet DARMANN-FINCK (2015) wissenschaftliche Übersichtsarbeiten zu pflegepädagogischen Themen aus. Neben den ausdrücklich hervorzuhebenden Forschungsleistungen im Bereich der beruflichen Didaktik und Curriculumentwicklung konstatiert sie Desiderata hauptsächlich mit Blick auf empirische Unterrichtsforschung und Lernerfolgsbewertung/-messung (vgl. DARMANN-FINCK 2015). Auch bezogen auf die empirisch fundierte Kompetenzmessung sieht sie weiteren Forschungsbedarf, verweist aber bereits auf das BMBF-geförderte Verbundprojekt TEMA (vgl. ebd.). Der hier vorliegende Band zeigt diesbezüglich zwischenzeitlich eine Weiterentwicklung, da er Ergebnisse des Projekts präsentiert (vgl. Abschnitt 4). In struktureller Hinsicht weist die Autorin darauf hin, dass die bisherige Forschung zur Berufsbildung in den Gesundheitsberufen größtenteils nicht über Drittmittel läuft und der Initiative einzelner Akteure/-innen zu verdanken ist – neben der Modellversuchsforschung (vgl. ebd.), die ja insgesamt für die Berufsbildungsforschung eine wichtige Rolle spielt (vgl. Abschnitt 2 die-

ses Beitrags). Umso wichtiger ist vor dem Hintergrund der o. g. strukturellen Erschwernisse die Funktion der außeruniversitären Forschungseinrichtungen, wie des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) oder des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB). Dem BIBB sind beispielsweise maßgebliche Impulse aus der Forschung für die Ausbildungsstrukturen und die Curricula der Gesundheitsberufe sowie Ergebnisse aus der Modellversuchsforschung zu verdanken, dem IAB belastbare Daten und Fakten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsberufen (vgl. ebd.).

Die Pflege als größte Berufsgruppe der Gesundheitsfachberufe wird an dieser Stelle deshalb exemplarisch für die Berufsbildungsforschung dargestellt, da sie mit ihrer Bezugsdisziplin Pflegewissenschaft eine Vorreiterfunktion hinsichtlich des Zeitpunkts und der Ausbreitung von entsprechenden Studiengängen und damit einer breiteren und sichtbareren Verortung im tertiären Bildungssystem einnimmt (vgl. EWERS u. a. 2012a). Gleichwohl sind auch für die Gesundheitsberufe Forschungsprogrammatiken und -ergebnisse vorzuweisen.

In ihren Empfehlungen zur Forschung in den Gesundheitsberufen weist die Arbeitsgruppe „Gesundheitsfachberufe“ des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bereits 1990 eingerichteten Beratungsgremiums „Gesundheitsforschungsrat“ Forschungslinien aus, die insbesondere die komplexer werdenden Bedarfe in der Gesundheitsversorgung adressieren. Dazu zählen die Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation im hohen Alter, die Langzeitversorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen sowie die Gesundheitsversorgung vulnerabler Bevölkerungsgruppen. Dabei sind natürlich auch implizit Aspekte der Berufsbildung tangiert, wenn es z. B. um die „Rollenveränderungen zwischen den chronisch kranken Menschen und ihren professionellen Helfern“ (EWERS u. a. 2012a, S. 54) oder die Überschneidung der „Zuständigkeiten zwischen Sozialarbeit/Sozialpädagogik einerseits und den Gesundheitsfachberufen andererseits“ (ebd., S. 55) geht. Noch deutlicher wird der Bezug zur Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe mit Blick auf das vierte der von der Arbeitsgruppe ausgewiesenen Forschungsfelder, der Interdisziplinarität als doppelte Herausforderung: Interdisziplinarität in der praktischen Gesundheitsversorgung und Interdisziplinarität im Rahmen von Forschung (vgl. EWERS u. a. 2012a). Die Arbeitsgruppe fordert insgesamt eine stärkere Vernetzung, um Forschungsstrukturen und -leistungen voranzubringen (vgl. EWERS u. a. 2012b).

Speziell mit dem Fokus auf die Ausbildung hat sich innerhalb der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung ein Ausschuss „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“ institutionell etabliert. In seinem Positionspapier (vgl. WALKENHORST u. a. 2015) formuliert der Ausschuss vor dem Hintergrund des Befunds eher defizitärer Strukturen hinsichtlich der interprofessionellen Ausbildung in den Gesundheitsberufen, entsprechende Bestrebungen aus dem Modellversuchsstatus herauszuführen und zu verstetigen. Gefordert werden insbesondere Ausbildungskonzepte, die sich an standortübergreifenden Standards ausrichten und in ein Gesamtcurriculum didaktisch kohärent integriert sind. Um dies realisieren zu können, empfiehlt der Ausschuss passgenaue hochschuldidaktische Konzepte und Hochschulstruk-

turen, um eine entsprechende interprofessionelle Didaktik voranzubringen (vgl. ebd.). Weiterhin plädiert der Ausschuss dafür, Forschungsstrukturen aufzubauen, um die Effekte von interprofessionellen Ausbildungs- und Studienmodulen mit Blick auf ihre Wirkung bezüglich beruflicher und interprofessioneller Identität und hinsichtlich des Nutzens für die praktische Gesundheitsversorgung zu evaluieren (vgl. ebd.).

Ebenfalls mit einer professionsübergreifenden Gesundheitsversorgung argumentierend stellt SOTTAS (2015) bildungspolitische Postulate auf – basierend auf einer intersektoralen Gesundheitspolitik –, aus denen er wiederum Handlungsstrategien für die Berufsbildungsforschung ableitet. Dazu zählen Forschungsvorhaben bezogen auf die vertikale und horizontale Durchlässigkeit der Berufsbildung und auf die Kooperation aller beteiligten Lernorte – von der makro- bis zur mikrodidaktischen Ebene sowie eine neu ausgerichtete Versorgungsforschung mit Fokus auf einem partizipativen Management (vgl. SOTTAS 2015).

Diese kursorische Bestandsaufnahme zeigt, dass es einerseits eine Reihe erster Überblicksarbeiten zu berufsbezogener Forschung für den zahlenmäßig stärksten Gesundheitsberuf, den Pflegeberuf, gibt. Die Befunde lassen sich dahin gehend zusammenfassen, dass es eine nennenswerte Anzahl an Forschungsarbeiten gibt, die angesichts der oben dargestellten suboptimalen Rahmenbedingungen bemerkenswert ist. Eindeutige Schulen oder Forschungsrichtungen lassen sich – trotz des ausgewiesenen Schwerpunkts auf fachdidaktischen Fragestellungen und qualitativen Forschungsdesigns – noch nicht nachweisen. „Eine (der in der BWP geführten Debatte um Forschung, insb. Modellversuchsforschung, Anm. d. A.) vergleichbare Diskussion oder eine systematische Methodenentwicklung etwa mit Blick auf die in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit bestehenden Spezifika (...) steht in der BBF (Berufsbildungsforschung, Anm. d. A.) in den Gesundheitsfachberufen noch aus“ (DARMANN-FINCK 2015, S. 10).

Für die Gesundheitsberufe insgesamt gibt es bereits hinreichend konkrete Aussagen von Experten/Expertinnen zu Forschungsleitlinien; diese sind eng verwoben mit grundlegenden Fragen der Versorgungsforschung. Das heißt, hier wird Forschung, die sich auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie das Studium in den Gesundheitsberufen bezieht, immer in Hinsicht auf Wirkungen und Effekte für die Versorgungspraxis betrachtet. Im Fokus dabei steht die interprofessionelle Zusammenarbeit im Dienste der Versorgungsqualität – in deutlicher Abgrenzung zu einer schon sehr alten Debatte über die Gesundheitsberufe mit der Betonung auf dem „Suchen und Bestimmen der eigenen Identität (...) untermauert durch Methoden zur praktischen Problemlösung und arrondiert durch Anmaßungen (...) und Ausgrenzungen“ (SOTTAS 2015, S. 2).

Eine Fachtagung an der Fachhochschule Bielefeld stellte 2014 die Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich in den Mittelpunkt; die Ergebnisse wurden in Form einer *bwp@*-Spezialausgabe dokumentiert (vgl. WEYLAND u. a. 2015). Dass bereits eineinhalb Jahre später, im Oktober 2015, eine weitere Tagung, diesmal als AG BFN-Forum und von deren Vorstand angeregt, stattfand, zeigt zum einen, dass die Gesundheitsberufe in ihrer

Bedeutung deutlicher wahrgenommen werden. Es ist andererseits ein Beleg dafür, dass die Forschung auf diesem Feld inzwischen so einen Stellenwert erreicht hat, dass sich mit deren Befunden unschwer zwei wissenschaftliche Tagungen in enger zeitlicher Abfolge gestalten lassen.

Die AG BFN-Tagung an der Universität Münster, die im vorliegenden Band dokumentiert wird, richtete sich in ihrer Konzeption an den aktuellen Herausforderungen und Entwicklungen der Gesundheitsberufe aus: Die sich dynamisch verändernde Versorgungspraxis und ihre aktuellen sowie zukünftigen Bedarfe (vgl. Abschnitt 1) wirken sich auf die Berufsbildung aus und ziehen hier z. T. weitreichende Konsequenzen nach sich. Die Tagung adressierte gezielt die damit verbundenen Fragen mit der Absicht, valide und belastbare Daten aus der Forschung sichtbar und anschlussfähig zu machen. Dazu zählen die Fragen nach der Positionierung der Gesundheitsberufe im Beschäftigungssystem und nach der Wirksamkeit beruflicher Bildung hinsichtlich beruflicher Kompetenzentwicklung sowie die damit korrespondierenden Problemstellungen bezüglich des Berufsbildungspersonals. Weiteres Leitthema ist das o. g. interprofessionelle Lernen, das auf eine gelingende interprofessionelle Kooperation in der Versorgungspraxis abzielt.

4. Übersicht über den Band

Im vorliegenden Tagungsband werden diese Entwicklungslinien nun auf der Basis der eingereichten Beiträge und der darin präsentierten Forschungsergebnisse dokumentiert. Dass dabei nicht alle Entwicklungslinien gleichermaßen bzw. in gleichem Umfang abgebildet werden können, liegt an der in Abschnitt 3 ausgeführten Forschungslage insgesamt. Das heißt, die vorliegenden Beiträge wurden thematisch systematisiert, ohne den Anspruch damit zu erheben, die Forschungsthemen vollständig zu repräsentieren, die bei der ursprünglichen Konzeption der Tagung im Blick waren. An der Systematik des Bandes lässt sich vielmehr erkennen, zu welchen Fragenkomplexen sowohl theoretisch-systematisch als auch empirisch geforscht wird – natürlich ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Und es können konkretere Hinweise im Sinne von Hypothesen daraus abgeleitet werden, in welchen Themenbereichen weiterer Forschungsbedarf liegen könnte, was natürlich noch weiter zu prüfen wäre.

Zunächst erfolgt anhand eines zweiten einleitenden Beitrags eine Einführung in eine grundsätzliche Problematik, die sich mit der hier verhandelten Thematik verbindet. Von ihrer Tradition her sind die Gesundheitsberufe immer auch als typische Frauenberufe zu betrachten, die als personenbezogene Dienstleistungsberufe der Sorgearbeit (*Care Work*) in ihrem gesamten Professionalisierungsprozess von dieser Tatsache determiniert und limitiert waren. Dieser Beitrag von Marianne Friese (Universität Gießen) nimmt die Modernisierungsrisiken und berufspädagogischen Gestaltungsoptionen der beruflichen und akademischen Ausbildung für *Care Work* in den Blick.

Der Teil „*Fachkräftebedarf und -gewinnung unter besonderer Berücksichtigung der Pflegeberufe*“ versammelt drei Beiträge, die sich empirisch mit dem Problem des Fachkräftemangels auseinandersetzen. Dazu gehört der Aufsatz von Carsten Welker und Frank Schiemann (Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen Berlin); die Autoren legen darin Daten zum Fachkräftebedarf sowie zur Fachkräftesituation und -entwicklung aus Sicht der Einrichtungen mehrerer ausgewählter Gesundheitsfachberufe in der Region Berlin-Brandenburg vor. Der zweite Beitrag dieses Buchteils stammt von einer Arbeitsgruppe des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (Sarah Pierenkemper und Markus Körbel) und stellt – mit dem Ziel der Kompensation des Fachkräftemangels – Zahlen, Daten und Fakten zur erfolgreichen Gewinnung ausländischer Pflegekräfte vor. Im dritten Aufsatz dieses Thementeils referiert Juliane Dieterich (Universität Kassel) über erste Ergebnisse einer ethnografischen Studie zum Weiterbildungsbedarf ausländischer Pflegekräfte.

Der Themenkomplex „*Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel der therapeutischen Berufe*“ umfasst zwei Beiträge. Der Aufsatz der Autorengruppe um Robert Richter u. a. (IB Hochschule Berlin) befasst sich mit der Akademisierung von Therapeuten/Therapeutinnen aus Sicht der Arbeitgeber unter der Fragestellung, was der wissenschaftliche Mehrwert der hochschulisch qualifizierten Fachkräfte ist. Ein Kooperationsprojekt der Fachhochschule und des Universitätsklinikums Münster wird im zweiten Beitrag abgebildet (Trenczek u. a.). Es stellt ein Mentoren/Mentorinnen-Konzept für den ausbildungsbegleitenden Modellstudiengang Physiotherapie vor und referiert Evaluationsergebnisse zu dessen Wirksamkeit.

„*Kompetenz und Kompetenzerhebung als Forschungsgegenstand in den Gesundheitsberufen*“ ist das Leitthema der nächsten drei allesamt empirisch ausgerichteten Beiträge. Die Autorengruppe um Lisa Gödecker u. a. (Universität Osnabrück) befasst sich mit der Frage nach den erforderlichen Kompetenzen für die Berufe der Heilerziehungspflege und Physiotherapie. Hierfür werden auf Basis empirischer Zugänge zukünftige Aufgabenfelder und damit korrespondierende Anforderungen analysiert. Intendiertes Ziel ist die Entwicklung bedarfsorientierter akademischer Weiterbildungen. In einem weiteren Beitrag stellen Eveline Wittmann (Technische Universität München), Roman Kaspar (Goethe-Universität Frankfurt) und Ottmar Döring (Forschungsinstitut Betriebliche Bildung, Nürnberg) auf der Basis eines Projektes zur Kompetenzmodellierung und -messung das methodische Vorgehen und die Ergebnisse zur Entwicklung eines videogestützten computerbasierten Testverfahrens zur Abbildung berufsfachlicher Handlungskompetenz in der unmittelbar klientenbezogenen Pflege vor. Der letzte Beitrag in diesem Themenkomplex zielt auf die Pflegebildung in Europa ab. Nadin Dütthorn (Fachhochschule Münster) thematisiert in einer qualitativen Studie die begriffliche Verwendung und das Verständnis um pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum am Beispiel von Deutschland, Schottland und der Schweiz.

Der abschließende Themenkomplex „*Das Berufsbildungspersonal in den Gesundheitsberufen*“ erstreckt sich über drei gegenständlich different gesetzte Beiträge zum schulischen und betrieblichen Bildungspersonal. Im ersten empirisch ausgerichteten Beitrag fokussieren

Katja Driesel-Lange und Christian Weyer (beide Westfälische Wilhelms-Universität Münster) die Thematik der Entwicklungsprozesse angehender Lehrpersonen im Bereich Gesundheit/Pflege. Dabei ist die Frage nach der gezielten Rekrutierung zukünftiger Lehrpersonen unter Einschluss der Bestimmung berufswahlrelevanter Faktoren ebenso leitend. Der sich hieran anschließende Beitrag von Bärbel Wesselborg (Fliegener Fachhochschule, Düsseldorf) thematisiert die Gesundheitssituation von Lehrer/-innen an Pflegeschulen, und zwar ausgehend von steigenden Anforderungen an den Schulen des Gesundheitswesens. Im Rekurs auf weitere empirische Befunde zur Lehrgesundheit an öffentlichen Schulen werden Forschungsperspektiven formuliert, welche die Gesundheit von Lehrer/-innen an Pflegeschulen im Zusammenhang zur Thematik Lehrer-Schüler-Beziehungen aufgreifen. Im abschließenden Beitrag dieses Themenkomplexes nimmt Marisa Kaufhold (Fachhochschule Bielefeld) einen Perspektivwechsel vom schulischen zum betrieblichen Bildungspersonal vor. Ausgehend von gesellschaftlichen Entwicklungen und Veränderungsprozessen werden – verbunden mit dem Ziel der Qualitätssicherung betrieblichen Lernens – Qualifizierungs- und Professionalisierungsbedarfe für betriebliches Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich am Beispiel der Pflegeberufe thematisiert.

Im Rekurs auf die nun nachfolgend dargelegten, sich über mehrere Handlungs- und Forschungsfelder erstreckenden Beiträge des vorliegenden Tagungsbandes werden nicht nur verschiedene Handlungs- und Forschungsfelder in bzw. zu den Gesundheitsberufen aus unterschiedlichen Perspektiven thematisiert, sondern auch das weitere Forschungspotenzial im Allgemeinen bis hin zu konkreten weiterführenden Forschungsfragen evident. Mit Blick auf die Ausrichtung der Berufsbildungsforschung sollte sich die zukünftige Forschung zu den Gesundheitsberufen noch stringenter an der Systematik und den Entwicklungslinien der Berufsbildungsforschung, so wie sie hier aus Sicht der Berufs- und Wirtschaftspädagogik vorgestellt wurde, orientieren, ohne jedoch die Besonderheiten dieser Domäne zu vernachlässigen. Dies würde nicht nur die disziplinäre Verständigung befördern, sondern gerade in berufspädagogischer Hinsicht auch für die professionelle Weiterentwicklung der Gesundheitsberufe zielführend sein. Darüber hinaus werden damit in forschungsbezogener Perspektive fachliche Standards und qualitätsbezogene Orientierungen gesetzt sowie eine disziplinäre Verortung und Kontextuierung gewährleistet.

Literatur

- ARNOLD, Rolf: Universitäre Berufsbildungsforschung „auf dem Prüfstand“. Anmerkungen zur Denkschrift der DFG-Senatskommission „Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland“. In: Zeitschrift für Pädagogik, (1992) 4, S. 599–612
- BISCHOFF-WANNER, Claudia; REIBER, Karin (Hrsg.): Lehrerbildung in der Pflege. Standortbestimmung, Perspektiven und Empfehlungen vor dem Hintergrund der Studienreformen. Weinheim, München 2008

- BONFENBRENNER, Urie: Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart 1981
- BONSE-ROHMANN, Mathias: Strukturen, Orientierungen und neuere Entwicklungen der Lehrerinnen- und Lehrerbildung in den beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 165–197
- BONZ, Bernhard: Die Berufs- und Wirtschaftspädagogik als wissenschaftliche Disziplin. In: SEIFRIED, Jürgen; BONZ, Bernhard (Hrsg.): Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Handlungsfelder und Grundprobleme (Berufsbildung konkret, Band 12). Baltmannsweiler 2015, S. 7–24
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG: Technologiebasierte Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung (ASCOT). Ergebnisse und Bedeutung für Politik und Praxis. Bonn 2015. URL: <https://www.bmbf.de/pub/ASCOT.pdf> (Zugriff: 12.12.2016)
- DARMANN-FINCK, Ingrid: Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen – auf dem Weg zu einer Agenda. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) bwp@Spezial 10, S. 1–15. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff: 02.08.2016)
- DEUTSCHE FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT (DFG) (Hrsg.): Berufsbildungsforschung an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland. Denkschrift. Weinheim 1990
- DIETRICH, Andreas; MARTENS, Janet: Regelmodell und Vielfalt: Anforderungen und Konzepte der Lehrerbildung für berufsbildende Schulen. In: BALS, Thomas; DIETRICH, Andreas; ECKERT, Manfred; KAISER, Franz (Hrsg.): Diversität im Zugang zum Lehramt an berufsbildenden Schulen. Vielfalt als Chance? Detmold 2016, S. 31–65.
- DOBISCHAT, Rolf; DÜSSELDORF, Karl: Berufliche Bildung und Berufsbildungsforschung. In: TIPPELT, Rudolf; SCHMIDT, Bernhard (Hrsg.): Handbuch Bildungsforschung. 3. durchgesehene Aufl. Wiesbaden 2010, S. 383–404
- ECKERT, Manfred; TRAMM, Tade: Stand und Perspektiven der Berufsbildungsforschung aus Sicht der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. In: CZYCHOLL, Reinhard; ZEDLER, Reinhard (Hrsg.): Stand und Perspektiven der Berufsbildungsforschung: Dokumentation des 5. Forums Berufsbildungsforschung 2003 an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Nürnberg 2004, S. 55–86
- EULER, Dieter: Didaktik einer sozio-informationstechnischen Bildung. Köln 1994
- EULER, Dieter: Paradigmata im Vergleich. In: NICKOLAUS, Reinhold; PÄTZOLD, Günter; REINISCH, Holger; TRAMM, Tade (Hrsg.): Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn 2010, S. 386–389
- EULER, Dieter: Unterschiedliche Forschungszugänge in der Berufsbildung – eine feindliche Koexistenz? In: SEVERING, Eckart; WEISS, Reinhold (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Berufsbildungsforschung. Bonn 2013, S. 29–46
- EULER, Dieter: Design-Research – a paradigm under development. In: Design-Based Research. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, (2014) Beiheft 27, S. 15–43

- EWERS, Michael; GREWE, Tanja; HÖPPNER, Heidi; HUBER, Walter; SAYN-WITTGENSTEIN, Friederike; STEMMER, Renate; VOIGT-RADLOFF, Sebastian; WALKENHORST, Ursula: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, (2012a) 137, S. 37–73. URL: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf (Zugriff: 18.10.2016)
- EWERS, Michael; GREWE, Tanja; HÖPPNER, Heidi; HUBER, Walter; SAYN-WITTGENSTEIN, Friederike; STEMMER, Renate; VOIGT-RADLOFF, Sebastian; WALKENHORST, Ursula (Hrsg.): Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Kernaussagen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, (2012b) 137, S. 34–36. URL: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/DMW_Supplement_Gesundheitsfachberufe_2012.pdf (Zugriff: 18.10.2016)
- HURRELMANN, Klaus: Vorwort. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 13–14
- IGL, Gerhard: Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 107–138
- KÄLBLE, Karl; PUNDT, Johanne: Einleitung. Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 15–38
- KAUFGHOLD, Marisa; WEYLAND, Ulrike: Betriebliches Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich – Herausforderungen und Ansätze zur Qualifizierung und Professionalisierung. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) bwp@ Spezial 10, S. 1–22. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/kaufhold_weyland_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff: 21.12.2016)
- KELL, Adolf: Berufsbildungsforschung: Gegenstand, Ziele, Forschungsperspektiven. In: NICKOLAUS, Reinhold; PÄTZOLD, Günter; REINISCH, Holger; TRAMM, Tade (Hrsg.): Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn 2010, S. 355–367
- KLAASSEN, Cees; KRAAYVANGER, Geert; VAN ONNA, Ben: Forschung zwischen Bildung und Beruf. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (1992) 3, S. 245–252
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (1995 i. d. F. von 2016). Rahmenvereinbarung über Fachschulen. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2002/2002_11_07-RV-Fachschulen.pdf
- PÄTZOLD, Günter; WAHLE, Manfred: Berufsbildungsforschung: Selbstverständnis einer Disziplin im historischen Rückblick. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, (2013) 3, S. 28–31
- PLOMP, Tjeerd: Educational Design Research: An Introduction. In: PLOMP, Tjeerd; NIEVEEN, Nienke (Hrsg.): An Introduction to Educational Design Research. Enschede 2007, S. 9–36
- REIBER, Karin; WINTER, Maik H.-J.; MOSBACHER-STRUMPF, Sascha: Berufseinstieg in die Pflegepädagogik. Eine empirische Analyse von beruflichem Verbleib und Anforderungen. Lage (Jacobs) 2015.

- REIBER, Karin; REMME, Marcel: Das erziehungswissenschaftlich-berufspädagogische Selbstverständnis der Pflegepädagogik – Empirische Befunde und wissenschaftstheoretische Positionierungen. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, 2009 (16), S. 1–28. URL: http://www.bwpat.de/content/uploads/media/reiber_remme_bwpat16.pdf (Zugriff: 02.08.2016)
- REIBER, Karin: Evidenzbasierte Pflegeausbildung – ein systematisches Review zur empirischen Forschungslage. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, (2011) 2, S. 1–12. URL: <http://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2011-28/zma000739.pdf> (Zugriff: 02.08.2016)
- SEKTION BERUFS- UND WIRTSCHAFTSPÄDAGOGIK: Basiscurriculum für das universitäre Studienfach Berufs – und Wirtschaftspädagogik im Rahmen berufs- und wirtschaftspädagogischer Studiengänge. 2014. URL: http://www.bwp-dgfe.de/images/Dokumente/Basiscurriculum_Berufs-und_Wirtschaftspaedagogik_2014.pdf (Zugriff: 21.12.2016)
- SLOANE, Peter F. E.: Modellversuchsforschung. Überlegungen zu einem wirtschaftspädagogischen Forschungsansatz. Köln 1992
- SLOANE, Peter F. E.: Berufsbildungsforschung. In: ARNOLD, Rolf; LIPSMEIER, Antonius (Hrsg.): *Handbuch der Berufsbildung*. Wiesbaden 2010, S. 610–627
- SLOANE, Peter F. E.; TWARDY, Martin; BUSCHFELD, Detlef: *Einführung in die Wirtschaftspädagogik*. 2. vollständig überarbeitete Aufl. Paderborn 2004
- SOTTAS, Beat: Perspektiven der Berufsbildungsforschung in einer intersektoralen Gesundheitsbildungspolitik. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, (2015) bwp@ Spezial 10, S. 1–18. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/sottas_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff: 02.08.2016)
- VOSSELER, Birgit: Lernortkooperation: Standpunkte für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflegeausbildung. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen 2015, S. 199–227
- WALKENHORST, Ursula; MAHLER, Cornelia; AISTLEITHNER, Regina; KAAP-FRÖHLICH, Sylvia; KARSTENS, Sven; REIBER, Karin; STOCK-SCHROER, Beate; SOTTAS, Beat: Positionspapier GMA-Ausschuss – „Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 2015 (2), S. 1–19. URL: <http://www.egms.de/static/en/journals/zma/2015-32/zma000964.shtml> (Zugriff: 02.08.2016)
- WEYLAND, Ulrike; KAUFHOLD, Marisa; NAUERTH, Annette; ROSOWSKI, Elke: Editorial zu Spezial 10: Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich. In: *Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online*, (2015) bwp@ Spezial 10, S. 1–9. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/editorial_bwpat-spezial10-2015.pdf (Zugriff: 02.08.2016)
- WEYLAND, Ulrike; REIBER, Karin: Lehrer/-innen-Bildung für die berufliche Fachrichtung Pflege in hochschuldidaktischer Perspektive. In: FASSHAUER, Uwe; FÜRSTENAU, Bärbel; WUTTKE, Eveline (Hrsg.): *Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013*. Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE). Opladen u. a. 2013, S. 189–202

- WEYLAND, Ulrike; KLEMMER, Beate: Qualifizierung des betrieblichen Ausbildungspersonals – aktuelle Herausforderungen für therapeutische Gesundheitsberufe. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2013) bwp@ Spezial 6, S. 1–17. URL: http://www.bwpat.de/ht2013/ft10/weyland_klemme_ft10-ht2013.pdf (Zugriff: 21.12.2016)
- ZABECK, Jürgen: Paradigmenpluralismus als wissenschaftstheoretisches Programm – Ein Beitrag zur Überwindung der Krise der Erziehungswissenschaft. In: BRAND, Willi; BRINKMANN, Dörte (Hrsg.): Tradition und Neuorientierung in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Festschrift für Ludwig Kiehn. Hamburg 1978, S. 291–332
- ZÖLLER, Maria: Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere. Bonn 2014

Marianne Friese

► Care Work. Eckpunkte der Professionalisierung und Qualitätsentwicklung in personenbezogenen Dienstleistungsberufen

„Bach, (...) als seine Frau starb, sollte zum Begräbnis Anstalten machen. Der arme Mann aber war gewohnt, alles durch seine Frau besorgen zu lassen; dergestalt, dass da ein alter Bedienter kam und ihm für den Trauerflor, den er einkaufen wollte, Geld abforderte, er unter stillen Tränen, den Kopf auf einen Tisch gestützt, antwortete: Sagt's meiner Frau“ (GREINER 1996, S. 1). Diese im 18. Jahrhundert entstandene Anekdote des Dichters Kleist über den Komponisten Bach und die damit verbundene „Besorgung des Alltags“ durch seine Frau umreißt in prägnanter Weise den Begriff Care Work, der in der Gegenwart im Sinne von Sorgearbeit auf personenbezogene Dienstleistungsberufe in den Feldern Gesundheit und Pflege, Erziehung und Soziales sowie Hauswirtschaft und Ernährung bezogen wird (vgl. FRIESE 2010a, S. 47 ff.). Freilich konnte Bach noch nicht ahnen, dass diese mit der „Arbeit des Alltags“ von Frauen erworbenen Care-Kompetenzen mehr als ein Jahrhundert später als „heimliche Ressource“ in Ausbildungs- und Beschäftigungsstrukturen einfließen sollten. Noch nicht absehbar mag auch gewesen sein, dass die damit verbundenen Genderstrukturen mehr als ein weiteres Jahrhundert ihre Gültigkeit behalten und nicht zuletzt den gegenwärtigen Transformationsprozess von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft nachhaltig prägen.

Historisch entstand Ende des 19. Jahrhunderts mit der Entwicklung von industrieller Facharbeit ein geschlechtlich strukturiertes Berufsbildungssystem, das gegenüber den männlich geprägten gewerblich-technischen Ausbildungsformen im Betrieb für personenbezogene Ausbildungen schulberufliche Strukturen vorsah, verbunden mit einer niedrigeren gesellschaftlichen Bewertung sowie mangelnder ordnungsrechtlicher Standardisierung und Professionalisierung. Eine historische Last liegt darin, dass diese Berufsstrukturen auf Basis einer naturalistisch begründeten Konstruktion von Mütterlichkeit und Zuweisung für private, institutionalisierte und berufliche Sorgearbeit im Feld haushälterischer, pflegerischer sowie sozialer Arbeit konstituiert wurden und sich bis in die Gegenwart auf allen Ebenen der beruflichen und akademischen Ausbildung personenbezogener Fachrichtungen als Stolperstein der Professionalisierung von Care Work erweisen.

Gegenüber diesem Modernisierungsrückstand deuten sich im Zuge der Globalisierung, des demografischen Wandels und der Expansion der Dienstleistungsgesellschaft arbeits-

markt- und berufsbildungspolitische Reformen an, die für Qualitätsentwicklung und Professionsstrategien in personenbezogenen Dienstleistungsberufen wirksam werden können. Der folgende Beitrag nimmt dieses Anliegen auf. Ziel ist es, Modernisierungsrisiken sowie berufspädagogische Gestaltungsoptionen der beruflichen und akademischen Ausbildung für Care Work zu diskutieren. Dazu erfolgen im ersten Schritt historische und systematische Analysen von Care Work im Spannungsfeld der Modernisierung. Es werden zweitens aktuelle Entwicklungen der Beschäftigungs- und Ausbildungssituation personenbezogener Berufe auf empirischer Basis dargestellt. In einem dritten und vierten Schritt schließen sich ordnungsrechtliche und curriculare sowie professionstheoretische Überlegungen auf Ebene der beruflichen Bildung an. Abschließend werden Fragen der Akademisierung personenbezogener Dienstleistungsberufe diskutiert. Dabei geraten Studiengangentwicklungen an Hochschulen in Deutschland sowie curriculare und fachdidaktische Perspektiven in den Blick.

1. Care Work: Systematische und historische Einordnungen

Die gegenwärtige Expansion des Dienstleistungssektors beruht wesentlich auf der vornehmlich demografisch bedingten Ausweitung personenbezogener Dienstleistungsberufe und der steigenden Nachfrage nach qualifizierten Fachkräften in Sozial- und Gesundheitsberufen sowie in haushaltsnahen Dienstleistungen. Diesen wachsenden quantitativen und qualitativen Bedarfen stehen fehlende Qualitäts- und Professionsstandards der Ausbildungs- und Beschäftigungsstruktur gegenüber. Aus systematischer Sicht stehen personenbezogene Dienstleistungsberufe in einem Spannungsverhältnis zwischen historisch gewachsenen Strukturen von „Semi-Professionalität“ in der Industriegesellschaft und wachsenden Professionsbedarfen im Zuge der Transformation zur Dienstleistungsgesellschaft. Aus der Perspektive personenbezogener Arbeit vollzieht sich der Beginn der Dienstleistungsgesellschaft mit der Herausbildung der Sozial- und Gesundheitsberufe sowie der hauswirtschaftlichen Berufe bereits im 19. Jahrhundert mit bedeutsamen Impulsen für ökonomische, kulturelle und soziale Kapitalbildung in der gesellschaftlichen Entwicklung des 20. Jahrhunderts. Diese Entwicklung sollte sich allerdings als ambivalenter Prozess zwischen Partizipation an Arbeit und Beruf sowie Schließung des Berufsbildungs- und Beschäftigungssektors erweisen. Aus historisch-systematischer Perspektive sind vier Etappen bedeutsam:

(1) Bereits im 18. Jahrhundert werden im Zuge der Verstädterung und Arbeitsmigration vornehmlich junge Frauen vom Lande für den Dienst in städtischen Haushalten rekrutiert, ausgebildet und erwerbsförmig beschäftigt. Ende des 19. Jahrhunderts haben sich die „Dienstmägde“ in bürgerlichen Haushalten als größte weibliche Berufsgruppe herausgebildet, basierend auf einer berufsförmigen Ausbildung, die schon seit Mitte des 18. Jahrhunderts parallel zu den gewerblichen Schulen in hauswirtschaftlichen Ausbildungsstätten vermittelt wurde. Von sozial-ökonomischer Bedeutung ist, dass der Dienstbotenberuf im 19. Jahrhundert wesentlich zur

demografischen und kulturellen Modernisierung der Gesellschaft beigetragen hat. Aus dieser Perspektive kann Care Work als entscheidender Motor des sozialen Wandels gelten (vgl. FRIESE 2007, S. 338 ff.). Aus berufsbildungstheoretischer Perspektive ist bedeutsam, dass die Herausbildung der Gesindekultur und die Ausbildung der weiblichen Dienstboten auf dem pädagogisch-philosophischen Konzept der Geschlechterdifferenz und dem normativen Konstrukt der „weiblichen Kulturaufgabe“ beruhen. Bereits mit der Etablierung der Industripädagogik im 18. Jahrhundert werden durch CAMPE (1789) analog zu den Gemeinschaftstugenden und staatsbürgerlichen Pflichten der Männer die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und Mutterpflichten der Frau explizit zum berufsförmig ausgestalteten Faktor konzipiert. Dieses theoretische Gebilde des pädagogischen Jahrhunderts wird in der Folgezeit an jene Bildungsaufgabe gebunden, die im soziologischen Dialog des 19. Jahrhunderts von Georg Simmel und Marianne Weber schon mit dem Begriff der „subjektiven Kultur des Hauses“ gewürdigt wird (WOBBE 1997).

Eine Folge ist die differenztheoretisch begründete Konstitution der „Frauenberufe“ im 19. Jahrhundert. Es ist zum einen die Frauenbewegung selbst, die den Diskurs der Aufklärung im Zuge der Institutionalisierung der sozialen, pflegerischen und haushälterischen Berufe sowie der höheren nicht akademischen Mädchen- und Frauenbildung aufgreift. Mit Ausnahme von einigen Radikalen wie beispielsweise Hedwig Dohm, die eine Aufhebung der Geschlechterdifferenz, Koedukation und wissenschaftliche Emanzipation fordert, knüpfen die Gemäßigten im Bund Deutscher Frauenvereine (BDF) an das Differenzkonstrukt an. Verknüpft mit einer Moraldebatte wird das Leitbild der „Kulturaufgabe der Frau“ mit dem Prinzip der „organisierten Mütterlichkeit“ zum berufspädagogischen Programm erhoben.

(2) Mit der beginnenden Institutionalisierung des Berufsbildungssystems schließen sich Anfang des 20. Jahrhunderts berufspädagogische Konzepte auf Basis des Leitbildes Differenz und Mütterlichkeit an. Mit dem von KERSCHENSTEINER unter normativen Prämissen entwickelten Leitbild der „Erziehung zum Weibe“ (1902, S. 12) werden zwei Berufsbildungssysteme mit unterschiedlichen Wertesystemen vorbereitet. Während die männliche Facharbeiterausbildung auf Basis des Berufsprinzips in das seit den 1960er Jahren sich konsolidierende duale System der beruflichen Bildung einfließt, mündet die Ausbildung für haushaltsnahe, pflegerische, versorgende und soziale „Frauenberufe“ vornehmlich in vollzeitschulische Ausbildungsgänge. Begründet wird dieses Format auf der normativen Idee der „Kulturaufgabe der Frau“, verbunden mit der Abwertung von Care Work als reproduktive, gegenüber industrieller Facharbeit weniger wertgeschätzte und niedriger entlohnte Arbeit.

(3) Einen neuen Charakter erhält Sorgearbeit in der Folgezeit des 20. Jahrhunderts. Mit der Etablierung der bürgerlichen Kleinfamilie und des männlichen Facharbeitermodells wandelt sich berufsförmig ausgestaltete Hauswirtschaft zur privaten und unbezahlten Arbeit, verbunden mit einem normativen Konzept von „Arbeit aus Liebe“. Im Zuge der Entberuflichung sorgender Tätigkeit wird ein neues Bild der bürgerlichen Frau konstruiert, indem ihr die für

die Erziehung der Kinder und Ausübung der Pflege wichtig erscheinenden Eigenschaften als „natürlich weiblich“ im Konstrukt der „Jede-Frau-Tätigkeit“ zugeschrieben werden. Wenn GALBRAITH als „größten Erfolg der gemeinschaftsbezogenen Tugend die Bekehrung der Frau zu niederen Diensten als ökonomische Leistung ersten Ranges“ (1974, S. 49) charakterisiert, verweist er damit auf die bis in die Gegenwart ökonomisch vernachlässigte Größe der privaten, institutionell und beruflich erbrachten Sorgearbeit für Wertschöpfung und Konstitution des ökonomischen Kapitals. In Anlehnung an BOURDIEU kann festgehalten werden, dass sich mit der Herausbildung von Care-Berufen neue ökonomische Praxisformen konstituieren, die „zwar objektiv ökonomischen Charakter tragen, aber als solche im gesellschaftlichen Leben nicht anerkannt werden“ (1983, S. 52).

Mit diesen ökonomisch bedingten Implikationen sind zugleich Bezüge zur Transformation des kulturellen und sozialen Kapitals hergestellt. Denn für die Übertragung des pädagogischen Konzepts von Mütterlichkeit in das Erwerbsleben hat sich die von Frauen geleistete Kulturvermittlung bestens bewährt. Kennzeichnet ELIAS die Verallgemeinerung der Weiblichkeitsnorm als „eine der wichtigsten Eigentümlichkeiten im Prozess der Zivilisation“ (1976, S. 344), ist diese Eigentümlichkeit konstitutiv für das Verhältnis von Mütterlichkeit und Profession (vgl. RABE-KLEBERG 2006). Es ist genau dieser Geschlechtshabitus, der in der privaten, institutionellen und beruflichen Entwicklung von Care Work zu „Modernisierungsfallen“ geführt hat (vgl. FRIESE 1995).

(4) Für die partielle Überwindung dieser Fallstricke werden seit Ende des 20. Jahrhunderts aufgrund von demografischem, soziokulturellem und familialem Wandel der Gesellschaft sowie durch veränderte Beschäftigungsstrukturen neue Weichen gestellt. Der Bedeutungszuwachs frühkindlicher Bildung, die gestiegene Erwerbstätigkeit von Frauen mit Kindern sowie erhöhte Bedarfe an außerhäuslicher Altenpflege haben die mit dem männlichen „Alleinernährermodell“ verbundene Genderstruktur in Arbeit und Beruf seit Anfang des 21. Jahrhunderts verändert. Die gegenwärtig am häufigsten zutreffende Kombination in der familienbezogenen Erwerbsstruktur ist die Vollerwerbstätigkeit des Mannes und Teilzeittätigkeit der Frau, deren Umfang abhängig von Kinderzahlen und familialen Betreuungsaufgaben variiert (vgl. AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG 2016, S. 24). Als ursächlich für den gesellschaftlichen Strukturwandel lässt sich festhalten, dass die mit der weiblichen Erwerbstätigkeit entstehenden familialen Versorgungslücken hinsichtlich Kinderbetreuung und Pflege von älteren Familienangehörigen, die neuen bildungspolitischen Leitlinien der Qualitätsentwicklung frühkindlicher Bildung sowie die Pflege- und Konsumbedarfe der älter werdenden Gesellschaft zu einem dynamischen Bedeutungszuwachs personenbezogener Dienstleistungsarbeit mit hohen Bedarfen an fachlicher Qualifikation in Ausbildung und Beschäftigung geführt haben. In historischer Systematik erfährt Sorgearbeit mit der gegenwärtigen Tendenz der stärkeren Verlagerung privater Tätigkeiten in institutionelle und erwerbsförmige Segmente der Wirtschaft erneut einen weitreichenden Statuswandel. Zwar hat sich inzwischen erwiesen,

dass die von FOURASTIÉ (1954) prognostizierte „große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts“ auf Vollbeschäftigung durch den „Hunger nach Tertiärem“ zu euphorisch war (vgl. BATHGE 2001, S. 23 ff.). Jedoch bestehen Innovationspotenziale für personenbezogene Dienstleistungen als Gestaltungsfeld der Zukunft.

2. Care Work in Beschäftigung: Bedeutungswachstum und Reformbedarfe

Die durch ökonomischen, demografischen sowie soziokulturellen Wandel bedingte Ausdehnung des personenbezogenen Dienstleistungssektors und die damit verbundenen hohen Bedarfe an professionell erbrachten Care-Leistungen in öffentlichen und privaten Beschäftigungsfeldern haben insbesondere in den Gesundheits- und Sozialberufen zu einem großen Beschäftigungswachstum geführt. Dieser Trend ist keineswegs lediglich als konjunkturelle Entwicklung zu sehen. Beschäftigungspolitischen Prognosen zufolge wird bis 2030 eine deutliche Steigerung der Beschäftigtenzahl in den Gesundheits- und Sozialberufen erwartet, die aus einer höheren Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsdiensten resultiert (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES 2013, S. 22; ZIKA u. a. 2015, S. 9). Dabei wird der Bedarf nach qualifiziertem Personal insbesondere in der Altenpflege anhaltend wachsen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2016, S. 117; BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2016, S. 6).

Eine genauere Betrachtung der Ausweitung von Tätigkeitsfeldern zeigt zugleich erhebliche Differenzierungen zwischen den einzelnen Care-Segmenten. Einen hohen Stellenwert haben der Ausbau der Betreuung von Kindern unter drei Jahren, flächendeckende und möglichst ganztägige Kindergärten, der Ausbau von Ganztagschulen wie auch die stationäre und ambulante Pflege älterer Menschen (vgl. RAUSCHENBACH/GRGIC/LOTTE 2014; BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2012). Zugleich erweist sich die private Familie, in der gegenwärtig rund 70 Prozent der 2,5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland von Angehörigen betreut werden, noch immer als der größte „Pflegedienstleister der Nation“ (BUNDESÄRZTEKAMMER UND KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2014, S. 715).

Gegenüber diesem ökonomischen Bedeutungswachstum und Bedarfen an hoher fachlicher Qualität stellt sich die Beschäftigungs- und Ausbildungssituation in personenbezogenen Berufen instabil dar. Im internationalen Vergleich erweisen sich die geschlechtsspezifischen Segmentierungen der Berufsstrukturen in Deutschland als äußerst beharrlich: Gültigkeit hat bis in die Gegenwart die historisch gewachsene Spaltung der „Männerberufe“ in technisch-industriellen, handwerklichen und landwirtschaftlichen Arbeitsfeldern und der „Frauenberufe“ in den Beschäftigungsbereichen personenbezogener Dienstleistungsberufe. Die weibliche Beteiligung beträgt gegenwärtig 77 Prozent im Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2016, S. 33 f.; BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2016, S. 10).

Signifikant für den personenbezogenen Sektor sind die für Frauenberufe charakteristischen atypischen und prekären Beschäftigungsformen, die durch arbeitsrechtliche Dere-

gulierungen und Arbeitsmarktreformen seit 2002 wesentlich verstärkt wurden. Bis in die Gegenwart ist die häufigste Form weiblicher Erwerbsarbeit die Teilzeitarbeit. Auch das in der Gesamtwirtschaft bestehende empfindliche Lohngefälle zwischen Frauen und Männern bildet sich in personenbezogenen Dienstleistungsberufen ab, verstärkt durch äußerst fragmentierte oder nicht vorhandene Tarifbindungen. Insbesondere in Tätigkeitsbereichen der Körperpflege, in Arztpraxen sowie im Hotel- und Gastgewerbe bestehen erhebliche Abweichungen vom Durchschnittseinkommen: Beispielsweise liegt das Durchschnittseinkommen eines Industriemechanikers 230 Prozent über dem Durchschnittseinkommen einer Fachkraft in der Körperpflege (vgl. AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTSERSTATTUNG 2016, S. 119).

Kennzeichnend für Care Work ist zudem ein hoher Anteil von illegaler Beschäftigung und Konkurrenz durch den Schwarzarbeitsmarkt. Nach Erhebungen des INSTITUTS DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT (2009) sind in Deutschland in 4,5 Millionen Haushalten 95 Prozent der Beschäftigten nicht angemeldet. Im Unterschied zu europäischen Nachbarländern, die schon seit den 1980er-Jahren steuerpolitische Erleichterungen sowie Subventionen für die Gründung von professionellen Dienstleistungsagenturen geschaffen haben, wird dieses hohe Potenzial für eine reguläre Beschäftigung im Bereich familienunterstützender Dienstleistungen in bildungs- und arbeitsmarktpolitischen Konzepten in Deutschland nur marginal zur Kenntnis genommen. Diese Entwicklung verschärft sich durch Globalisierung und Kostendruck: Mit der Pflegehilfe aus Ungarn, dem Kindermädchen aus Ecuador und der Putzfrau aus Kroatien ist ein Schattenarbeitsmarkt globalisierter Arbeitsverhältnisse entstanden, der geschlechtsspezifische und internationale Arbeitsteilungen vereint. Neben der Rekrutierung ausländischer Arbeitskräfte gehört dazu auch die Verlagerung von Pflege und Care Work ins Ausland, beispielsweise nach Polen oder Thailand (vgl. JURCZYK 2015, S. 261)

Care-Berufe sind des Weiteren durch hohe physische und psychische Belastungen gekennzeichnet. Arbeitszeitverdichtung, Zeitdruck, Personalverknappung bei gleichzeitig steigenden Ansprüchen an frühkindliche Bildung, Aktivierung in der Pflege bei Verengung der Zeittakte sowie steigende Ansprüche an nachhaltige Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung erhöhen den Druck auf die Kompetenz- und Qualitätsanforderungen der Arbeitskräfte, die dafür nicht entsprechend ausgebildet sind. Gleichzeitig können die Beschäftigten mit adäquater Ausbildung ihre Kompetenzen unter den restriktiven Rahmenbedingungen nicht entfalten.

Noch weitgehend unerforscht sind Fragen zum Gestaltungsfeld personenbezogener Dienstleistungen im Zuge der Digitalisierung und Automatisierung (vgl. ERNST u. a. 2016, S. 3). Die arbeits- und berufsbildungswissenschaftliche Vernachlässigung personenbezogener Dienstleistungsarbeit spiegelt sich auch in der aktuellen Fachdebatte um „Industrie 4.0“ wider, die dringend um den Bereich „Dienstleistung 4.0“ zu erweitern ist. Weitere curriculare Entwicklungsbedarfe entstehen durch neue Nahtstellen personenbezogener Arbeit, die ver-

änderte Qualifikations- und Tätigkeitsprofile zwischen den Berufsfeldern und Organisationsformen wie beispielsweise zwischen ambulanten und häuslichen Gesundheits-, Pflege- und Haushaltsdienstleistungen erfordern. Zudem steigt die Nachfrage nach hoher Qualifizierung von Fachkräften wie auch von fachlich qualifiziertem Service- und Assistenzpersonal. Mit dieser Entwicklung folgen personenbezogene Dienstleistungsberufe dem allgemeinen Trend der Wirtschaft, der insbesondere Arbeitskräftemangel auf dem mittleren Qualifikationsniveau ausweist, während der Bedarf an Arbeitskräften ohne abgeschlossene Berufsausbildung weiter sinkt (vgl. HAUSMANN/KLEINERT 2014, S. 7).

Für die Neujustierung der beruflichen Bildung besteht die Aufgabe, die mit den neuen Tätigkeitsfeldern und fachübergreifenden Schnittmengen entstehenden Kompetenzanforderungen empirisch zu erfassen und curricular in Ausbildungskonzepten und Lehrplänen abzubilden. Neben hoher fachlicher Qualifizierung sind zugleich – und nicht zuletzt vor dem Hintergrund weiblicher Erwerbsbiografien mit familienbedingten Unterbrechungen – Angebote für Nachqualifizierung sowie Quer- und Wiedereinstiege anzubieten. Diese Vielfalt und Komplexität der Tätigkeitsfelder und Kompetenzanforderungen macht es erforderlich, Qualifikationen auf allen Niveaustufen der beruflichen Aus- und Weiterbildung sowie Kompetenzprofile für ein breites Spektrum personenbezogener Tätigkeiten in öffentlichen Einrichtungen und Wirtschaftsunternehmen sowie in Privathaushalten zu entwickeln.

3. Care Work in Ausbildungsstrukturen

Wachstum, Geschlechtersegmentierung und Reformbedarfe kennzeichnen auch die Ausbildungslandschaft, die jedoch keineswegs zureichend auf die gestiegenen quantitativen Zukunftsbedarfe und qualitativen Gestaltungsaufgaben vorbereitet ist. Der in den 1990er-Jahren begonnene Anstieg personenbezogener, zumeist vollzeitschulischer Bildungsgänge stagniert zwar gegenwärtig aufgrund des allgemeinen demografischen Rückgangs von Schüler- und Schülerinnenzahlen. Jedoch vollzieht sich im schulischen Ausbildungssystem eine deutliche Differenzierung und fundamentale Umschichtung nach Berufen. Während hauswirtschaftliche Ausbildungen und Assistenzberufe rückläufig sind, ist in Bildungsgängen der Gesundheits- und Krankenpflege sowie Erziehung und Kinderpflege ein kontinuierlicher Anstieg des Schüler- und SchülerInnenbestandes zu verzeichnen (vgl. AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG 2016, S. 105).

Eine offensichtliche Parallele zur Beschäftigungsstruktur weist auch das Geschlechterverhältnis auf. Die historisch langfristig angelegte geschlechtsspezifische Prägung dualer und vollzeitschulischer Strukturen wirkt nachhaltig und verstärkt sich gegenwärtig. So ist seit Anfang 2000 und insbesondere seit 2009 ein kontinuierlicher Rückgang der Beteiligung von jungen Frauen am dualen System zu beobachten: Wurden im Jahr 2002 noch 43,4 Prozent aller neu abgeschlossenen Verträge mit Frauen abgeschlossen, waren es im Jahr 2015 nur noch 39,8 Prozent. Dabei sind Frauen im dualen System nicht nur quantitativ geringer

vertreten; sie zeichnen sich auch durch ein engeres Berufswahlspektrum aus: Auf die 25 von Frauen am häufigsten gewählten Ausbildungsberufe (vorzugsweise Kauffrau für Büromanagement) verteilen sich 74,9 Prozent aller Ausbildungsanfängerinnen, während sich die männlichen Jugendlichen mit 61,7 Prozent auf die 25 am häufigsten gewählten Berufe (vorzugsweise Kraftfahrzeugmechatiker) verteilen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2016, S. 33 f.). Die Befunde der historisch gewachsenen geschlechtsspezifischen Berufswahlmuster, nach denen Frauen vorzugsweise Gesundheits- und Sozialberufe außerhalb des dualen Systems wählen, sind ungebrochen wirksam. Diese Muster werden gegenwärtig durch zwei ineinandergreifende Trends der Ausbildungs- und Beschäftigungssituation begünstigt: durch den Trend der Höherqualifizierung in der Allgemeinbildung und den Trend der zunehmenden Studienorientierung, der im Geschlechtervergleich stärker für junge Frauen zutrifft, gepaart mit dem erhöhten Bedarf der von Frauen favorisierten Berufe im Gesundheits- und Pflegesektor (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2016, S. 36). Hier liegt eine Chance für Professionalisierung und Aufwertung im Zuge der parallel verlaufenden Akademisierung der Care-Berufe.

Ein Spezifikum vollzeitschulischer Ausbildung und ein gravierendes Hindernis der Professionalisierung ist die überaus große Heterogenität der ordnungsrechtlichen Strukturen und Bildungsgänge, wodurch eine einheitliche Steuerung, ein zuverlässiges statistisches Monitoring und ein transparentes Controlling der Ausbildungslandschaft erschwert werden. Gegenüber den 327 nach Berufsbildungsgesetz (BBiG) bzw. Handwerksordnung (HwO) geordneten dualen Ausbildungsberufen (vgl. BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG 2015, S. 126) können in den nach der Kultusministerkonferenz definierten vier beruflichen Fachrichtungen „Gesundheit und Körperpflege“, „Ernährung und Hauswirtschaft“, „Erziehung und Soziales“ sowie „Pflege“ ca. 90 personenbezogene Ausbildungsberufe identifiziert werden (das unzureichende statistische Monitoring ermöglicht nur eingeschränkt präzise Zahlen). Dabei erweist sich der Berufsbereich Gesundheit und Pflege mit ca. 35 Berufen als größte Domäne, gefolgt vom Berufsbereich Ernährung und Hauswirtschaft mit ca. 30 Berufen, Erziehung und Soziales mit ca. 20 Berufen sowie der kleinste Bereich Körperpflege mit vier Berufen (vgl. FRIESE 2010b, S. 318; die Analyse wird gegenwärtig fortgesetzt).

Die ordnungsrechtlichen Bestimmungen sind mehrheitlich durch die unterschiedlichen schulrechtlichen Regelungen nach jeweiligem Länderrecht geregelt (vgl. BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG 2015, S. 231). Während lediglich ca. 30 der Berufe auf dem BBiG sowie der HwO fußen, werden ca. 60 Berufe im Schulberufssystem in sehr unterschiedlichen Schulformen wie Berufsfachschulen, Fachschulen, Fachoberschulen, Schulen des Gesundheitswesens und Verwaltungsschulen angeboten. Dabei existieren sehr differenzierte Bildungsgänge: Teilzeitberufsschulen im Rahmen der Berufsvorbereitung und der beruflichen Grundbildung, vollqualifizierende Ausbildungsgänge mit Möglichkeiten des beruflichen Abschlusses sowie Bildungsgänge ohne Abschlussmöglichkeit in der Berufsorientierung.

Innerhalb dieser Struktur unterscheiden sich die einzelnen Fachrichtungen erheblich. Während in der Fachrichtung Ernährung und Hauswirtschaft vorwiegend nach BBiG/HwO ausgebildet wird, findet die Ausbildung in der Fachrichtung Erziehung und Soziales größtenteils in Berufsfachschulen sowie die Weiterbildung in Fachschulen statt. Der zahlenmäßig geringe Bereich der Körperpflege wird in dualen und schulischen Strukturen ausgebildet. Eine Sonderstellung haben Schulen des Gesundheitswesens und Pflegeschulen: Sie sind weder dem dualen System noch den öffentlichen Berufsfachschulen zugeordnet, sondern sind größtenteils als Schulen in Trägerschaft von Krankenhäusern oder Altenhilfeverbänden sowie als Schulen für Therapieberufe mit unterschiedlichen Rechtsformen und ordnungsrechtlichen Zuständigkeiten definiert.

Auch die ordnungsrechtlichen Strukturen bilden eine große Heterogenität im Gesamtsystem der personenbezogenen Berufe wie auch innerhalb der einzelnen Fachrichtungen ab. Allein im Bereich Ernährung und Hauswirtschaft ist die ordnungsrechtliche Zuständigkeit auf drei Kammerbereiche (Industrie- und Handels-, Handwerks- und Landwirtschaftskammer), auf den öffentlichen Dienst sowie auf länderrechtliche Regelungen aufgeteilt. Dagegen werden die Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, Erziehung und Soziales sowie Körperpflege mit der vornehmlichen Ansiedlung an Berufsfachschulen und Schulen des Gesundheitswesens durch einzelne Länderregelungen, durch unterschiedliche ministerielle Zuständigkeitsbereiche sowie durch Bundesgesetze für Berufe im Gesundheitswesen geregelt.

4. Ordnungsrechtliche Steuerung und Curriculumentwicklung

Die durch eine große strukturelle Vielfalt geprägte Landkarte der vollzeitschulischen Bildungsgänge birgt eine Fülle von Problemlagen, jedoch auch einige Gestaltungsoptionen. Potenziale liegen in den flexiblen curricularen Zuschnitten. Sie ermöglichen Fach- und Niveaudifferenzierungen und eröffnen Optionen für Durchlässigkeit zwischen den unterschiedlichen Stufen der Ausbildung. Damit könnte der aktuellen bildungspolitischen Forderung nach Flexibilisierung, Differenzierung und Durchlässigkeit der beruflichen Bildung entsprochen werden. Bislang jedoch bleiben diese Potenziale aufgrund von Strukturschwächen noch weitgehend ungenutzt.

Probleme wie die Verwendung gleicher Bezeichnungen für unterschiedliche Qualifikationsabschlüsse, die fehlende Abgrenzung der Berufe hinsichtlich ihrer Leistungsprofile auf horizontaler und vertikaler Ebene, die Heterogenität der Ausbildungsordnungen, Berufsbezeichnungen und Tätigkeitsprofile sowie die uneinheitliche Tarifgestaltung personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten verhindern eine systematische Steuerung und curriculare Vereinheitlichung. Besteht diese Problematik generell für vollzeitschulische Ausbildungsgänge, stellt sich das Problem in besonderer Weise für die Pflegeausbildung dar (vgl. REIBER 2011, S. 25).

Dieses Problem der rechtlichen und curricularen Uneindeutigkeit wird verstärkt seit der Jahrhundertwende in der bildungspolitischen Fachdebatte kritisch diskutiert. Die Reform-

debatten führten 2010 zum Einsatz einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSF) und des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), die 2012 Eckpunkte zur Vorbereitung eines neuen Pflegeberufgesetzes vorlegte (vgl. HILBERT/BRÄUTIGAM/EVANS 2014, S. 49). In Folge wurde im Januar 2016 das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (PflBRefG) beschlossen, das mit vorgesehenem Start 2018 die Dreigliedrigkeit der Pflegeberufe zu einem einheitlichen Berufsbild zusammenführen soll.

In der dreijährigen Ausbildung an Berufsfachschulen sollen sowohl universelle als auch spezifische Kompetenzen, wie beispielsweise für die Pflege von Personen mit Demenzerkrankungen, vermittelt werden. Ergänzend zur staatlich finanzierten fachberuflichen Ausbildung ist eine bundesgesetzliche Grundlage für eine primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung geplant. Die neue Ausbildung zielt darauf, einen universellen Einsatz in allen Arbeitsfeldern der Pflege, den Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen, Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Qualifikationsstufen sowie Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten zu ermöglichen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2016, S. 117 ff.; PFLEGEBERUFEREFORMGESETZ 2016). Mit dieser geplanten Reform der Pflegeausbildung in Deutschland können sinnvolle Anschlüsse an europäische Nachbarländer sowie an den Europäischen Qualifikationsrahmen hergestellt werden (vgl. FLAIZ u. a. 2014, S. 41 ff.).

Die Orientierung am Europäischen (EQR) und am Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR) eröffnet zwar neue Optionen für die ordnungsrechtliche und curriculare Standardisierung sowie notwendige Durchlässigkeit personenbezogener und schulrechtlicher Bildungsgänge für Aus- und Weiterbildung (vgl. BERTH u. a. 2013). Jedoch bestehen in der Fachdebatte der beruflichen Bildung wie auch in den Bereichen Hauswirtschaft, Erziehung und Pflege Kontroversen und Unklarheiten hinsichtlich der Implementierung der Konzepte. Unsicherheiten bestehen zum einen generell bezüglich der Spaltung zwischen den Systemen der beruflichen Bildung und der Hochschulausbildung sowie der Anerkennung beruflicher Qualifikationen auf den Bachelorabschluss an der Hochschule. Diese manifestieren sich beispielsweise bei der auf Stufe sechs vorgenommenen Gleichstellung von Qualifikationen von Fortbildungsabschlüssen (z. B. Fachwirte, Meister) an Fachschulen mit Abschlüssen des Bachelorstudiums an Hochschulen (vgl. BAETHGE 2013, S. 104 f.). Unklarheiten bestehen zum anderen hinsichtlich der Vergleichbarkeit zwischen den unterschiedlichen Systemen der beruflichen Bildung wie beispielsweise die Gleichwertigkeit einer dreijährigen berufsfachschulischen Ausbildung mit einer dreijährigen dualen Ausbildung. Noch offen sind des Weiteren eine Fülle von Fragen zu der Vergleichbarkeit innerhalb der ordnungsrechtlich zersplitterten Ausbildungsordnungen der vollzeitschulischen Bildungsgänge in den unterschiedlichen Care-Berufen.

Trotz dieser noch bestehenden Ungewissheiten eröffnen die gegenwärtigen durch europäische Reformen angestoßenen Bemühungen um neue Steuerung, Durchlässigkeit und Standardisierung der beruflichen Bildung sehr gute Möglichkeiten für Reformen der vollzeitschulischen Bildung sowie Herstellung von Durchlässigkeit zu dualen Prinzipien der beruflichen

Bildung. Das System der dualen Berufsausbildung gilt aufgrund seiner einheitlichen, bundesweiten Regelung im Zusammenspiel von Staat, Kammern, Arbeitgeberverbänden und Gewerkschaften sowie aufgrund seiner Prinzipien der Lernortkooperation und arbeitsplatzbezogenen beruflichen Handlungskompetenz zwar noch als „Königsweg“ der beruflichen Bildung und Garant zur Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland. Für die Schaffung von europäischer Anschlussfähigkeit, horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit sowie Flexibilität sind jedoch auch Erneuerungen vonnöten. Mit Blick auf das Wachstum des tertiären Sektors und den Wandel des Sozial- und Gesundheitswesens als einen der größten Wirtschaftszweige und Arbeitsplatzanbieter sind neue Formate der beruflichen Bildung dringend geboten. Wurde in der Reformdebatte der 1990er-Jahre noch die Dualisierung jeglicher Berufsausbildung unterhalb der Hochschulbildung gefordert, erscheint es heute sinnvoll, die jeweiligen Schwachpunkte und positiven Prinzipien beider Systeme auszuloten und Durchlässigkeit zwischen den Systemen herzustellen.

Dazu gehören Ansätze zur Stärkung des Theorie-Praxis-Transfers, die Intensivierung von Lernortkooperation und Netzwerkbildung, die Einrichtung von Ausbildungsverbänden sowie die Anerkennung und Zertifizierung von erworbenen Abschlüssen, vorberuflichen Qualifikationen und modularisierten Elementen. Zur curricular-didaktischen Umsetzung dieser Perspektiven hat die Novellierung des deutschen Berufsbildungsgesetzes (BBiG) von 2005 erheblich beigetragen. Prinzipien zur Einbeziehung vollzeitschulischer Ausbildung in das Berufsbildungsgesetz haben wichtige Voraussetzungen für notwendige Verschränkungen zwischen dualen und vollzeitschulischen Ausbildungsprinzipien hergestellt sowie Durchlässigkeit für berufsbiografische Verläufe ermöglicht. Wegweisend ist auch die im Berufsbildungsgesetz verankerte Teilzeitberufsausbildung, die auch für die biografische Statuspassage der Ausbildung die Umsetzung des Leitbildes Work-Life-Balance (vgl. FRIESE 2008) ermöglicht. Zugleich sind historisch erstmals ordnungsrechtliche Verankerungen vorgenommen, welche die für Care-Berufe kennzeichnenden lebensweltlichen Kompetenzen in das Berufsbildungssystem aufnehmen.

Neben der Verankerung von Professionsstandards auf einem hohen fachberuflichen Niveau sind vor dem Hintergrund der Arbeitsmarktnachfrage nach qualifiziertem Assistenzpersonal und den Problemlagen des Übergangssystems auch Instrumente für geringer qualifizierte Personengruppen zu schaffen, die Einstiege und Rückkehr in formale Ausbildungs- und Erwerbsfelder ermöglichen. Als ein wirksames Instrument im Feld haushaltsnaher Segmente haben sich modulare Strukturen wie auch die Implementierung und Zertifizierung von Qualifizierungsbausteinen in der Berufsvorbereitung sowie die Einführung von Ausbildungsabschnitten, -bausteinen und Stufenkonzepten im Rahmen modularisierter Ausbildungsstrukturen erwiesen (vgl. BRUTZER 2014; FRIESE/BRUTZER 2008). Trotz zum Teil berechtigter Skepsis hinsichtlich kurzfristiger Nutzbarmachung für den Arbeitsmarkt sind gleichwohl Vorteile einer besseren Durchlässigkeit in Ausbildungsverläufen zu sehen, die den häufig durch Familienpflichten entstehenden biografischen Brüchen von Frauen im Bildungsverlauf entgegenkommen.

Ordnungsrechtlich und curricular zu sichern ist zudem die Implementierung von geeigneten Instrumenten zur Qualitätssicherung, die ebenso differenzierte Arbeitsprozesse und Tätigkeiten, Kundennachfrage sowie Dienstleistungs- und Marktorientierung einbeziehen. Vor dem Hintergrund des Bedarfswachstums und der Entstehung neuer Qualifikations- und Berufsprofile an fachübergreifenden Schnittstellen zwischen personenbezogenen Berufen wie auch an Nahtstellen innerhalb der Fachberufe sind neue curriculare Konzepte notwendig, die einerseits fachrichtungsübergreifende Kompetenzen fördern und andererseits spezifische Qualifikationen hinsichtlich der Alleinstellungsmerkmale der jeweiligen Fachberufe beschreiben. Diese sollten eine horizontale Durchlässigkeit zwischen den Ausbildungsberufen und zugleich eine vertikale Differenzierung für fachliche Spezialisierungen sowie Weiterbildung und Akademisierung ermöglichen. In dieser Perspektive kann mit Blick auf die seit Mitte der 1990er-Jahre geführte Debatte um europäische Kernberufe für personenbezogene Ausbildungsgänge eine curriculare Gleichzeitigkeit von Basis- und Teilkompetenzen sowie Strukturierung von „Berufsfamilien“ in gemeinsame Kernqualifikationen und Spezialisierungsmöglichkeiten professionswirksam sein.

5. Professionstheoretische und curriculare Weiterungen

Ein zentrales Problem der Professionsdebatte ist die Ausblendung von Genderstrukturen und Sorgearbeit im Ausbildungs- und Beschäftigungssystem. Hat diese Leerstelle bislang erheblich zur geschlechtsexklusiven Schließung von Professionen sowie zu semiprofessionellen Strukturen in Care-Berufen beigetragen, sind erweiterte professionstheoretische, professionpolitische sowie curriculare Konzepte zu erarbeiten. Diese Strategie erfordert empirische Forschung zu den aktuellen und zukünftigen Entwicklungen und Kompetenzbedarfen sowie zu curricularen Ansätzen in Ausbildungs-, Weiterbildungs- sowie in Beschäftigungssegmenten.

Vorzunehmen sind professionstheoretische und curriculare Neubestimmungen, die sich auf detaillierten Analysen der Arbeits- und Geschäftsprozesse, der Ableitung von Qualifikationsanforderungen und der Beschreibung von Kompetenzen begründen. Dabei sind präzise Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandards zu entwickeln, die sowohl merkmals- und sachbezogene Zuschreibungen als auch interaktionistische und strukturlogische Konzepte zugrunde legen. Hier liegen Chancen, die Etikettierung personenbezogener Arbeit als „Jede-Frau-Tätigkeit“ und die fehlende Wertschätzung weiblicher Sorgearbeit zugunsten eines durch Rationalität und emotionale Kompetenz fundierten Curriculums von Care Work zu überwinden.

In dieser Perspektive sind systematische und curriculare Neubestimmungen personenbezogener Sorgearbeit mit Blick auf ihre spezifische Lagerung im Spannungsfeld von ökonomischen und sozialen Bedingungsfaktoren vorzunehmen. Dazu sind erstens Faktoren der Wertschöpfung im Kontext entlohnter und marktförmig erbrachter Arbeit im Systemzusammenhang von Berufsbildung und Arbeitsmarkt zu bestimmen. Es ist zweitens der Prozesscharakter personenbezogener Arbeit mit sozialen, kommunikativen und interaktiven

Leistungen zu berücksichtigen. Zum Dritten sind die Dimensionen von beruflicher Handlungskompetenz im komplexen Gefüge von fachlichen, methodischen und sozialen Kompetenzen für spezifische Tätigkeitsfelder von Sorgearbeit zu präzisieren.

Im Unterschied zu Produktionsprozessen und wissensintensiver Dienstleistung ist personenbezogene Dienstleistungsarbeit wesentlich durch die Sorgearbeit am und mit dem Menschen begründet (vgl. FRIESE 2010a). Aus der beruflichen Perspektive von Care Work ist das menschliche Subjekt zugleich Objekt einer marktförmig erbrachten Dienstleistung (vgl. ERNST u. a. 2016, S. 1). Subjekt- und prozessbezogene Fähigkeiten wie Sozialkompetenz, emotionale und insbesondere interaktive Kompetenzen sowie die Erbringung von Leistung in „Ungewissheitsstrukturen“ (RABE-KLEBERG 1996, S. 293) fungieren in personenbezogenen Segmenten auch als Fachkompetenz, die in Tätigkeitsprofilen und in Fachcurricula abzubilden sind.

Personenbezogene Dienstleistungen stehen des Weiteren vor hohen Anforderungen des moralischen Handelns im Beruf. Zwar hat diese Komponente für alle Professionen Gültigkeit, jedoch sind ethische Aspekte genuin an personenbezogene Sorgearbeit gebunden. Mit dieser Lesart von Kompetenz kann die für personenbezogene Arbeit charakteristische Konfliktlinie zwischen (Für-)Sorge und Vermarktung verringert werden (vgl. CONRADI 2001). Zugleich können die Parameter in die Implementierung kompetenzbasierter Curricula im Kontext des Deutschen und des Europäischen Qualifikationsrahmens (DQR, EQR) einfließen (vgl. FUNK 2013).

Aus professionstheoretischer Perspektive setzen personenbezogene Dienstleistungen analog zu pädagogischen Handlungsfeldern ein „Arbeitsbündnis“ (vgl. OEVERMANN 1996) zwischen Leistungserbringern und Nutzern voraus. Die für Professionen allgemein geltenden Störpotenziale und Paradoxien (vgl. SCHÜTZE 1996) dokumentieren sich in personen- und pflegebezogenen Berufen durch ein gravierendes Spannungsverhältnis zwischen den subjektiven Bedürfnissen der Nutzer und den ökonomischen sowie bildungspolitischen Anforderungen des Sozial- und Gesundheitssystems (vgl. EVANS/HILBERT 2006; ERTL-SCHMUCK/GREB 2013, S. 429). Wenngleich dieses Spannungsverhältnis nicht gänzlich aufzuheben ist, können doch professionstheoretische Ansätze, die Expertise und Autonomie für die Bestimmung von Professionen zugrunde legen, zur Minderung der spezifischen Antinomien in personenbezogenen Handlungsfeldern beitragen. Hierzu sind professionelle Normierungen einer „Fürsorgerationalität“ (vgl. WAERNESS 2000) zu entwickeln, die ausreichende Spielräume in der Gestaltung von Arbeitssituationen sowie für ein autonomes Expertenhandeln schaffen.

6. Akademisierung personenbezogener Dienstleistungsberufe

6.1 Studiengangentwicklung an Hochschulen in Deutschland

Im Vergleich zu internationalen Entwicklungen hat die verstärkt seit den 1970-Jahren geforderte Akademisierung personenbezogener Dienstleistungsberufe in Deutschland erhebliche Nachholbedarfe, erhält jedoch durch Professionalisierungsdruck und aufgrund demografiebe-

zogener und versorgungstechnischer Bedarfe eine neue Dynamik. Diese wird begünstigt durch den Umbau des Hochschulwesens im Zuge der Bologna-Reform und der damit verbundenen internationalen Anschlussperspektiven. Insbesondere für die Bereiche Pflege und Gesundheit sowie Kindheitspädagogik ist seit den 1990er-Jahren eine dynamische Gründungswelle neuer Studiengänge mit sehr unterschiedlichen Formaten und Studiengangprofilen zu konstatieren. Nachdem zunächst vornehmlich Modell- und Bachelorstudiengänge an Fachhochschulen eingerichtet wurden, folgen in neuerer Zeit berufsbegleitende Studiengänge der wissenschaftlichen Weiterbildung (vgl. SCHAEFFER 2011; RAUSCHENBACH/SCHILLING 2013; FLAIZ u. a. 2014, S. 8 ff.). Zögerlicher erfolgt die Einrichtung von universitären Masterstudiengängen und Lehramtsstudiengängen für personenbezogene Fachrichtungen (vgl. FRIESE 2010b, S. 312).

Diese Zurückhaltung von Universitäten beim Ausbau der Lehramtsausbildung für personenbezogene Fachrichtungen verläuft analog zur Vernachlässigung personenbezogener Ausbildungsstrukturen. Während die Lehramtsausbildung für Fachrichtungen im gewerblich-technischen sowie im kaufmännisch-verwaltenden Bereich parallel zur Etablierung der dualen Ausbildung im 20. Jahrhundert implementiert wurde, haben sich Studiengänge der Lehrerbildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe historisch relativ spät konstituiert. Nachdem in den 1960er-Jahren die ersten lehramtsbezogenen Studiengänge für den Bereich Haushalts- und Ernährungswissenschaften (an der Justus-Liebig-Universität Gießen verbunden mit Agrarwirtschaft) eingerichtet werden, folgten sozialpädagogische Lehramtsstudiengänge in den 1970er-Jahren und Lehramtsstudiengänge im Bereich Gesundheit und Pflege größtenteils seit den 1990er-Jahren. Bei aller Vorsicht hinsichtlich des unzureichenden statistischen Monitorings und der uneinheitlichen Bezeichnungen der Studienangebote lassen sich gegenwärtig im Rahmen der insgesamt 16 beruflichen Fachrichtungen mit bundesweit ca. 50 universitären Standorten für gewerblich-technische sowie Berufe in Wirtschaft und Verwaltung ca. 20 Standorte mit lehramtsbezogenen Studiengängen identifizieren, die unterschiedlich auf die vier beruflichen Fachrichtungen Gesundheit und Pflege, Ernährung und Hauswirtschaft, Sozialpädagogik, Pflege verteilt sind (vgl. FRIESE 2010b, S. 13; FRIESE 2014, S. 75 ff.).

Mit dieser Entwicklung werden gegenwärtig zwar Modernisierungslücken geschlossen. Jedoch bestehen angesichts der hohen quantitativen und qualitativen Nachfragen der beruflichen Ausbildung erhebliche Entwicklungsbedarfe zum Aufbau weiterer Studiengänge sowie Anforderungen hinsichtlich der Klärung hochschulrechtlicher und curricularer Fragen. Entwicklungsbedarf besteht bezüglich der bundeseinheitlichen Homogenisierung von Studienprofilen, Benennungen und Abschlüssen sowie Anrechnungsverfahren und Ausbildungsniveaus (vgl. RAUSCHENBACH/SCHILLING 2013, S. 104 ff.). Noch zu klären ist das Verhältnis von fachschulischer, fachhochschulischer und universitärer Ausbildung. Die erfolgreich eingerichteten Kooperationsmodelle der Lehramtsausbildung zwischen Universitäten und Fachhochschulen wie beispielsweise an den Hochschulstandorten Gießen und Münster sind auszubauen (vgl. FRIESE 2010b, S. 311 ff.; KETTSCHAU 2010, S. 772 ff.). Mit Blick auf den hohen

Personalbedarf in personenbezogenen Dienstleistungsberufen auf allen Qualifikationsebenen der beruflichen und akademischen Bildung einerseits und den demografisch bedingten Rückgang von Ausbildungskapazitäten andererseits hat das Nebeneinander und Miteinander der unterschiedlichen Ausbildungen auf Ebene der Berufsfachschulen, Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten hohe Priorität. Diese Perspektive einer Teilakademisierung personenbezogener Ausbildungsbereiche mag die in der Fachdebatte geäußerte Sorge um den Legitimationsverlust aufseiten der Fachschulen schmälern. Zu entwickeln ist vielmehr eine wirksame Gesamtprofessionalisierungsstrategie (vgl. CLOOS/OEHLMANN/HUNDERTMARK 2013, S. 27 ff.). In dieser Perspektive wäre die Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Ausbildungsorte sowie Äquivalenzen von Zuständigkeiten und Tätigkeitsfeldern innerhalb der Berufe mit unterschiedlich formalen Abschlüssen auszuloten. Vergleichbar zu den Reformen der beruflichen Ausbildung um curriculare Vereinheitlichung und Durchlässigkeit der Bildungsgänge und Ausbildungsstufen sollten auch in der Lehramtsausbildung neue Studiengangstrukturen mit Bezug zu empirischen Qualifikationsanforderungen der Berufsfelder entwickelt werden. Während auf der Bachelorebene primärqualifizierende und generalistische Curricula entwickelt werden können, lassen sich für Masterstudiengänge oder berufsbegleitende Studiengänge fachwissenschaftliche Spezialisierungen für spezifische Aufgaben der späteren Tätigkeitsfelder vorsehen. Diese Strategie der gleichzeitigen Generalisierung und Spezialisierung ermöglicht zugleich eine bessere Verschränkung von beruflicher und akademischer Ausbildung sowie horizontale und vertikale Durchlässigkeit der Studienfelder.

6.2 Hochschulcurricula und fachdidaktische Kompetenzen

Akademisierung der personenbezogenen Fachrichtungen erfordert systematischen und reflexiven Wissenserwerb im Rahmen von fach- und berufsbildungswissenschaftlicher, diagnostischer, curricular gestaltender und methodisch-didaktischer Kompetenzausstattung. Studierende benötigen Kenntnisse und reflexives Wissen zu den komplexen Dimensionen des wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Wandels von Ausbildungs-, Berufs- und Lebensweltstrukturen, insbesondere im Segment personenbezogener Dienstleistungsberufe sowie zu den Sozialisations- und Lebenswelterfahrungen der sehr heterogenen Zielgruppen in den personenbezogenen und vollzeitschulischen Ausbildungsberufen. Vor dem Hintergrund der Bedeutung von Berufswahl und Berufsorientierung für gelingende berufsbiografische Verläufe ist die curriculare Verankerung von Kenntnissen der Studierenden zu Berufswahltheorien und Berufsverhalten von jungen Menschen und insbesondere zu geschlechtsspezifischen Berufswahlmustern von hoher Relevanz.

Auch das Wissen um biografische Suchbewegungen und ambivalente Identitätsfindung junger Menschen im Prozess der Ausbildung hat einen hohen Stellenwert in Curricula der personenbezogenen Fachrichtungen. Studierende sind zu befähigen, die für Care-Berufe typischen Erfahrungen von ungewissen Arbeitsstrukturen, von Identitätsbrüchen und risikobe-

hafteten biografischen Statuspassagen der sehr heterogenen Zielgruppen in den verschiedenen Bildungsgängen der personenbezogenen Ausbildung zu diagnostizieren, zu reflektieren und pädagogisch-didaktisch zu bearbeiten (vgl. ERTL-SCHMUCK/GREB 2013, S. 429; FRIESE 2010b, S. 327). Die unterrichtliche Umsetzung der komplexen fachdidaktischen und diagnostischen Kenntnisse erfordert ein breites Methodenrepertoire (vgl. ERTL-SCHMUCK/GREB 2013, S. 424 ff.; HÜLSKEN-GIESLER 2013, S. 66 ff.; WEYLAND/REIBER 2013, S. 18 ff.).

Darüber hinaus sind die in der beruflichen Bildung für personenbezogene Berufe geforderten spezifischen Kompetenzen der Interaktion und Kommunikation auch in den hochschulischen Curricula abzubilden. Studierende haben die Aufgabe, selbstreflexive, moralisch-ethische sowie interaktive und kommunikative Kompetenzen in ihr professionelles Handeln einzubeziehen. Die fachlichen und fachdidaktischen Anforderungen sind in handlungsorientierten Curricula umzusetzen. Gegenwärtig existieren zwar noch unzureichende forschungsbasierte, fachdidaktische Konzepte für personenbezogene Fachrichtungen. Jedoch kann an arbeitsplatz- und lösungsorientierte Ansätze der beruflichen Bildung wie auch an vielfältige handlungsorientierte Ansätze angeknüpft werden wie etwa an interaktionistische und fallrekonstruktive Ansätze der Pflegedidaktik (vgl. ERTL-SCHMUCK/GREB 2013), an Simulationsmethoden und Experimente in der Fachrichtung Gesundheit (vgl. BALS/WEYLAND 2010, S. 532) sowie an kompetenzorientierte Lernfeldorientierung in der Erzieher- und Erzieherinnenausbildung (vgl. CLOOS/OEHLMANN/HUNDERTMARK 2013, S. 23).

Einen besonderen Stellenwert in der beruflichen Lehramtsausbildung haben die beruflichen Praxiserfahrungen der Studierenden. In personenbezogenen Fachrichtungen hat die Theorie-Praxis-Relation stets einen doppelten Bezug: auf die biografisch bereits erworbene berufliche Praxis einerseits und auf die zukünftig wissenschaftlich reflektierte Praxis des unterrichtlichen Handelns. Begünstigend für die Ausbildung dieser Kompetenzen kann die verspätete Akademisierung der personenbezogenen Lehramtsausbildung sein. Ein Großteil der Studierenden verfügt bereits über beachtliche Praxiserfahrungen in Form von Ausbildung, Berufspraxis oder Weiterbildung. Diese Erfahrungen können in hochschuldidaktischen Konzepten wissenschaftlich reflektiert und fachlich integriert werden (vgl. WEYLAND/REIBER 2013).

Des Weiteren ist für personenbezogene Fachdidaktik die systematische Entwicklung von Genderkompetenz als Bezugspunkt von Professionshandeln unverzichtbar (vgl. HORSTKEMPER 2010, S. 37 ff.; FRIESE 2012, S. 64 f.). Besondere Anforderungen in personenbezogenen Fachrichtungen bestehen zudem in der Ausbildung von Kooperationskompetenzen und bereichsübergreifenden Vernetzungen zwischen Institutionen und Sozialisationsinstanzen vom Kindergarten bis zur Altenbildung über Schule, Jugendbildung, betriebliche Bildung und Hochschule. Die bislang in Care-Berufen weitgehend vernachlässigte verbandliche und berufsständische Vertretung kann durch den Aufbau von kooperativen Dienstleistungsnetzwerken und die Sicherung von verbindlichen Qualitäts- und Zulassungsstandards professionswirksam entwickelt werden.

7. Fazit

Der Beitrag hat die vielschichtigen Problemlagen und Zukunftsbedarfe der beruflichen Bildung und Lehramtsausbildung für Fachrichtungen personenbezogener Dienstleistungsberufe aus historischer und aktueller Perspektive aufgezeigt. Hemmnisse der Professionalisierung begründen sich zum einen aus historisch gewachsenen Strukturen von Care Work, die auf dem bildungstheoretisch begründeten Konstrukt von „Mütterlichkeit“ und „weiblicher Kulturaufgabe“ beruhen. Die normativen Muster sind zum anderen im Prozess der Entstehung und Ausdifferenzierung von beruflicher Bildung nachhaltig in geschlechtlich konnotierte Ausbildungs- und Berufsstrukturen eingeflossen. Konnten diese Genderstrukturen bis in die Gegenwart ihre Gültigkeit bewahren, zeichnet sich im Zuge des aktuellen Wachstums der Dienstleistungsgesellschaft ein facettenreiches Spannungsverhältnis zwischen fehlender Professionalisierung und zunehmenden Chancen der Modernisierung ab. Diese ambivalente Entwicklung spiegelt sich auf allen Ebenen der Ausbildung und Beschäftigung sowie im Bereich der Akademisierung wider.

Für die Zukunftsgestaltung personenbezogener Aus- und Weiterbildung können vier Eckpunkte benannt werden. Qualitäts- und Professionsentwicklung ist erstens auf hohem Niveau in Ausbildungsstrukturen sowie im Beschäftigungssystem zu verankern. Zum Zweiten sind neue ordnungsrechtliche Regelungen zur Standardisierung und zur Vereinheitlichung personenbezogener Ausbildungsstrukturen, insbesondere im Bereich der vollzeitschulischen Ausbildung, sowie Instrumente der horizontalen und vertikalen Durchlässigkeit der Ausbildungsgänge weiterzuentwickeln. In einer dritten Perspektive sind professionstheoretische, professionspolitische und curriculare Weiterungen der Qualifikations- und Kompetenzbeschreibungen in personenbezogenen Handlungsfeldern vorzunehmen. Unverzichtbar sind schließlich verstärkte Bemühungen um Akademisierung von Care Work. Auszubauen ist der quantitative und qualitative Ausbau von Hochschulstandorten für personenbezogene Fachrichtungen, verbunden mit neuen Konzepten für die Implementierung von Hochschulcurricula zur Kompetenzentwicklung und Professionalisierung des pädagogischen Personals. Eine nachhaltige Implementierung der aufgezeigten Perspektiven bedarf weiterer berufsbildungswissenschaftlicher und fachdidaktischer Forschung sowie grundlegender bildungs- und beschäftigungspolitischer Reformen.

Literatur

- AUTORENGRUPPE BILDUNGSBERICHTERSTATTUNG (Hrsg.): Bildung in Deutschland 2016. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung und Migration. Bielefeld 2016
- BAETHGE, Martin: Abschied vom Industrialismus. Konturen einer neuen gesellschaftlichen Ordnung der Arbeit. In: BAETHGE, Martin; WILKENS, Ingrid (Hrsg.): Die große Hoffnung für das 21. Jahrhundert? Perspektiven und Strategien für die Entwicklung der Dienstleistungsbeschäftigung. Wiesbaden 2001, S. 23–44

- BAETHGE, Martin: Professionalisierungspfade bei personenbezogenen Dienstleitungen. Anmerkungen zu einer aktuellen Debatte. In: BERTH, Felix; DILLER, Angelika; NÜRNBERG, Carola; RAUSCHENBACH, Thomas (Hrsg.): Gleich und doch nicht gleich. Der Deutsche Qualifikationsrahmen und seine Folgen für frühpädagogische Ausbildungen. München 2013, S. 101–129
- BALS, Thomas; WEYLAND, Ulrike: Berufliche Fachrichtung Gesundheit. In: PAHL, Jörg-Peter; HERKNER, Volkmar (Hrsg.): Handbuch Beruflicher Fachrichtungen. Bielefeld 2010, S. 521–533.
- BOURDIEU, Pierre: Zur Soziologie der symbolischen Formen. Frankfurt am Main 1983
- BRUTZER, Alexandra: Niedrigschwelligkeit in personenbezogenen Dienstleistungsberufen. In: Haushalt in Bildung & Forschung. Europäische Zeitschrift für Haushaltsökonomie, Haushaltstechnik und Sozialmanagement, (2014) 1, S. 96–106
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Frauen und Männer am Arbeitsmarkt 2015. Nürnberg 2016
- BUNDESÄRZTEKAMMER UND KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (Hrsg.): Aktuell. Sozialministerkonferenz: Pflegeberufegesetz soll 2015 kommen. In: Deutsches Ärzteblatt, (2014) 17, S. 715
- BUNDESINSTITUT FÜR BERUFSBILDUNG (Hrsg.): Datenreport zum Berufsbildungsbericht 2015. Informationen und Analysen zur Entwicklung der beruflichen Bildung. Bonn 2015. URL: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/bibb_datenreport_2015.pdf (Zugriff: 08.09.2016)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.): Arbeitsmarktprognose 2030. Eine strategische Vorausschau auf die Entwicklung von Angebot und Nachfrage in Deutschland. Bonn 2013
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (Hrsg.): Berufsbildungsbericht 2016. Bonn 2016
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Zeit für Familie. Familienzeitpolitik als Chance einer nachhaltigen Familienpolitik. 8. Familienbericht. Meckenheim 2012
- CAMPE, Joachim Heinrich: Väterlicher Rath für meine Töchter. Ein Gegenstück zum Theopron. Braunschweig 1789 (1988)
- CLOOS, Peter; OEHLMANN, Sylvia; HUNDERTMARK, Maren: Vertikale Durchlässigkeit in der Ausbildung von ErzieherInnen in Niedersachsen. Ein Transferprojekt. In: CLOOS, Peter; OEHLMANN, Sylvia; HUNDERTMARK, Maren (Hrsg.): Von der Fachschule in die Hochschule. Modularisierung und Vertikale Durchlässigkeit in der kindheitspädagogischen Ausbildung. Wiesbaden 2013, S. 21–44
- CONRADI, Elisabeth: Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/New York 2001
- ELIAS, Norbert: Über den Prozeß der Zivilisation: Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Band 1. Wandlungen des Verhaltens in den weltlichen Oberschichten des Abendlandes. Frankfurt am Main 1976

- ERNST, Gerhard u. a.: Personenbezogene Dienstleistungen als Gestaltungsfeld. In: WISO direkt, (2016) 18, S. 1–4
- ERTL-SCHMUCK, Roswitha; GREB, Ulrike: Synopse und Ausblick. In: ERTL-SCHMUCK, Roswitha; GREB, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim und München 2013, S. 424–434
- EVANS, Michaela; HILBERT, Josef: Die Gestaltung von Arbeit und Qualifizierung: Schlüsselherausforderung und Achillesferse für die Zukunft der Gesundheitswirtschaft. In: PUNDT, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potenziale – Perspektiven. Bern 2006, S. 193–212
- FLAIZ, Bettina u. a.: Handreichung Pflege und Gesundheit. Handreichung der wissenschaftlichen Begleitung des Bund-Länder-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“. 2014. URL: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/2014_HANDREICHUNG_%20Pflege%20und%20Gesundheit_final_OH.pdf (Zugriff: 08.09.2016)
- FOURASTIÉ, Jean: Die große Hoffnung des zwanzigsten Jahrhunderts. Köln 1954
- FRIESE, Marianne: Care Work. Professionalisierung der Berufsbildung und Lehramtsausbildung. In: Berufsbildung. Zeitschrift für Praxis und Theorie in Betrieb und Schule, (2014) 148, S. 2–5
- FRIESE, Marianne: Didaktik der Arbeitslehre und Geschlechterforschung. In: KAMPSHOFF, Marita; WIEPCKE, Claudia (Hrsg.): Handbuch Geschlechterforschung und Fachdidaktik. Wiesbaden 2012, S. 55–68
- FRIESE, Marianne: Die „Arbeit am Menschen“. Bedarfe und Ansätze der Professionalisierung von Care Work. In: MOSER, Vera; PINHARD, Inga (Hrsg.): Care. Wer sorgt für wen? Jahrbuch Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft. Bd. 6. Opladen 2010a, S. 47–68
- FRIESE, Marianne: Didaktisch-curriculare Aspekte für Fachrichtungen und Fachrichtungsbereiche personenbezogener Dienstleistungsberufe. In: PAHL, Jörg-Peter; HERKNER, Volkmar (Hrsg.): Handbuch Berufliche Fachrichtungen. Bielefeld 2010b, S. 311–327
- FRIESE, Marianne: Kompetenzentwicklung für junge Mütter. Förderansätze der beruflichen Bildung. Bielefeld 2008
- FRIESE, Marianne; BRUTZER, Alexandra: Von „niedrigen Schwellen“ zu „hohen Stufen“. Neue Qualifizierungswege in der beruflichen Benachteiligtenförderung. In: Haushalt und Bildung, (2008) 4, S. 37–47
- FRIESE, Marianne: Soziale Ungleichheit an der Schnittstelle von Lebenswelt und Beruf. Der Beitrag personenbezogener Arbeit und Bildung zur Transformation des ökonomischen, kulturellen und sozialen Kapitals. In: HEUER, Ulrike; SIEBERS, Ruth (Hrsg.): Weiterbildung am Beginn des 21. Jahrhunderts. Festschrift für Wiltrud Gieseke. Eine Publikation des Erwachsenenpädagogischen Instituts Berlin e.V. Münster 2007, S. 338–353
- FRIESE, Marianne: Modernisierungsfallen im historischen Prozeß. Zur Entwicklung der Frauenerwerbsarbeit in einem gewandelten Europa. In: Berliner Journal für Soziologie, (1995) 2, S. 149–162

- FUNK, Eberhard: Die Integration eines europäischen Konzepts. Idee, Umsetzung und Potenziale des Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. In: BERTH, Felix u. a. (Deutsches Jugendinstitut) (Hrsg.): Gleich und doch nicht gleich. Der Deutsche Qualifikationsrahmen und seine Folgen für frühpädagogische Ausbildungen. DJI-Fachforum Bildung und Erziehung. München 2013, S. 153–170
- GALBRAITH, John Kenneth: Wirtschaft für Staat und Gesellschaft. München, Zürich 1974
- GREINER, Ulrich (1996): Warum erregen sich die deutschen Schriftsteller in einer Nebensache (Rechtschreibung) und schweigen in der Hauptsache? URL: <http://www.zeit.de/1996/46/thema.txt.19961108.xml?page=2> (Zugriff: 09.12.2009).
- HAUSMANN, Ann-Christin; KLEINERT, Corinna: Berufliche Segregation auf dem Arbeitsmarkt: Männer- und Frauendomänen kaum verändert. In: IAB-Kurzbericht, (2014) 9, S. 1–8
- HILBERT, Josef; BRÄUTIGAM, Christoph; EVANS, Michaela: Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen. In: WSI-Mitteilungen, (2014) 1, S. 43–51
- HORSTKEMPER, Marianne: Schulentwicklung und Differenz. Gender. In: BOHL, Thorsten u. a. (Hrsg.): Handbuch Schulentwicklung. Bad Heilbrunn 2010, S. 37–42
- HÜLSKEN-GIESLER, Manfred: Hochschuldidaktik – eine Einführung. In: ERTL-SCHMUCK, Roswitha; GREB, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim und München 2013, S. 66–89
- INSTITUT DER DEUTSCHEN WIRTSCHAFT (Hrsg.): Arbeitsplatz Privathaushalt – Ein Weg aus der Schwarzarbeit. Köln. URL: <http://www.iwkoeln.de/de/presse/veranstaltungen/beitrag/67603> (Zugriff: 08.09.2016)
- JURCZYK, Karin: Zeit für Care. Fürsorgliche Praxis in „atmenden Lebensverläufen“. In: HOFFMANN, Reiner; BOGEDAN, Claudia (Hrsg.): Arbeit der Zukunft. Möglichkeiten nutzen, Grenzen setzen. Frankfurt, New York 2015, S. 260–288
- KERSCHENSTEINER, Georg: Eine Grundfrage der Mädchenerziehung. Leipzig und Berlin 1902
- KETTSCHAU, Irmhild: Fachrichtungsbereich Hauswirtschaft. In: PAHL, Jörg-Peter; HERKNER, Volker (Hrsg.): Handbuch Berufliche Fachrichtungen. Bielefeld 2010, S. 772–780
- OEVERMANN, Ulrich: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In: COMBE, Arno; HELSPER, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main 1996, S. 70–182
- PFLERGEBERUFEREFORMGESETZ: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). 2016. URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entwurf-pflegeberufsgesetz,property=pdf> (Zugriff: 08.09.2016)
- RABE-KLEBERG, Ursula: Mütterlichkeit und Profession – oder: Mütterlichkeit, eine Achillesferse der Fachlichkeit? In: DILLER, Angelika; RAUSCHENBACH, Thomas (Hrsg.): Reform oder Ende der Erzieherinnenausbildung? Beiträge zu einer kontroversen Fachdebatte. München 2006, S. 95–109

- RABE-KLEBERG, Ursula: Professionalität und Geschlechterverhältnis. Oder: Was ist „semi“ an traditionellen Frauenberufen? In: COMBE, Arno; HELSPER, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main 1996, S. 276–303
- RAUSCHENBACH, Thomas; GRGIC, Mariana; LOTTE, Josefin: Der U3-Ausbau – Die Last der großen Hoffnungen. Eine Zwischenbilanz. In: DJI-Impulse, (2014) 3, S. 7–10
- RAUSCHENBACH, Thomas; SCHILLING, Matthias: Die Akademisierungsfrage der Frühpädagogik und ihre Nebenwirkungen. In: SEKTION SOZIALPÄDAGOGIK UND PÄDAGOGIK DER FRÜHEN KINDHEIT DER DGFE (Hrsg.): Konsens und Kontroversen zwischen Sozialer Arbeit und Pädagogik der Frühen Kindheit. Weinheim und München 2013, S. 104–120
- REIBER, Karin: Pflegeausbildung zwischen horizontaler Vereinheitlichung und vertikaler Differenzierung. In: Berufsbildung. Zeitschrift für Praxis und Theorie in Betrieb und Schule, (2011) 131, S. 25–27
- SCHAEFFER, Doris: Professionalisierung der Pflege. Verheißungen und Realität. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, (2011) 5/6, S. 30–37
- SCHÜTZE, Fritz: Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: COMBE, Arno; HELSPER, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main 1996, S. 183–275
- WAERNES, Kari: Fürsorgerationalität. In: Feministische Studien Extra: Fürsorge – Anerkennung – Arbeit, (2000), S. 54–66
- WEYLAND, Ulrike; REIBER, Karin: Lehrer/-innen-Bildung für die berufliche Fachrichtung Pflege in hochschuldidaktischer Perspektive. In: FASSHAUER, Uwe; FÜRSTENAU, Bärbel; WUTTKE, Eveline (Hrsg.): Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013. Op-laden u. a. 2013, S. 189–202
- WOBBE, Theresa: Wahlverwandtschaften. Die Soziologie und die Frauen auf dem Weg zur Wissenschaft. Frankfurt am Main 1997
- ZIKA, Gerd u. a.: Qualifikations- und Berufsfeldprojektionen bis 2030. Engpässe und Überhänge regional ungleich verteilt. In: IAB-Kurzbericht, (2015) 9, S. 1–12

I. Fachkräftebedarf und -gewinnung
unter besonderer Berücksichtigung
der Pflegeberufe

Carsten Welker, Frank Schiemann

Fachkräftesituation ausgewählter Gesundheitsfachberufe in Berlin-Brandenburg – Stand und Perspektiven

In dem Forschungsprojekt wurde der Frage nachgegangen, wie sich die Fachkräftenachfrage in 13 ausgewählten Gesundheitsberufen in den letzten Jahren entwickelt hat und wie sich der Fachkräftebedarf in den kommenden Jahren darstellen wird. Dazu wurde die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erstmals auf der Grundlage der „Klassifikation der Berufe 2010“, einer Initiative der Bundesagentur für Arbeit, berufsspezifisch untersucht. Ein wesentlicher Baustein der Untersuchung war die Befragung von 1.268 Gesundheitseinrichtungen in Berlin und Brandenburg nach ihrem künftigen Bedarf in diesen Gesundheitsberufen. Durch die Untersuchung konnte u. a. nachgewiesen werden, dass das Beschäftigungswachstum in fast allen untersuchten Berufen mehr als doppelt so hoch war wie das durchschnittliche Beschäftigungswachstum insgesamt. In der Mehrzahl der untersuchten Berufe ist auch künftig von einem deutlich steigenden Fachkräftebedarf auszugehen. Dabei werden die drei grundlegenden Quellen der Fachkräftesicherung, die in folgendem Beitrag diskutiert werden, in unterschiedlichem Maße zur Deckung des künftigen Fachkräftebedarfs beitragen können.

1. Einleitung

Die Entwicklungen in den Gesundheitsberufen können aus unterschiedlichen Perspektiven – z. B. methodisch-didaktisch oder wirkungsanalytisch – betrachtet werden. Der vorliegende Beitrag konzentriert sich auf die Darstellung der aktuellen und zukünftigen Fachkräftesituation in 13 Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten in Berlin und Brandenburg. Er nimmt damit eine regionalspezifische arbeitsmarktpolitische Perspektive ein. Darüber hinaus sind auch qualitative Einflussfaktoren wie z. B. aktuelle Entwicklungstendenzen in der Gesundheitspolitik berücksichtigt worden, um quantitative Entwicklungstendenzen interpretieren zu können.

Die Fachkräftesicherung entwickelt sich zu einer der wesentlichen Herausforderungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Einige Einrichtungen berichten bereits heute von Problemen bei der Fachkräftegewinnung. Darüber, welche Gesundheitsfachberufe in Berlin und Brandenburg in welchen Einrichtungstypen von der

(zukünftigen) Anspannung auf dem Gesundheitsarbeitsmarkt wie stark betroffen sind (und sein werden), liegen allerdings keine verlässlichen Daten vor.

Um diese Lücke näherungsweise zu schließen, wurde zwischen Dezember 2013 und Dezember 2014 durch das Institut für sozialökonomische Strukturanalysen (SÖSTRA) und das Institut für Medienforschung und Urbanistik (IMU) unter dem Namen „Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg“ eine Untersuchung der bisherigen und künftigen Beschäftigungsentwicklung in 13 ausgewählten Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg durchgeführt. Kern der Untersuchung bildete die Befragung von über 1.200 Einrichtungen, in denen diese 13 Berufe zum Einsatz kommen. Darüber hinaus konnte die Entwicklung der Beschäftigung in diesen Berufen erstmals auf der Grundlage der Klassifizierung der Berufe 2010 (KldB) berufsspezifisch abgebildet werden. Damit geht die Studie auch über Untersuchungen mit ähnlichem Erkenntnisinteresse hinaus (vgl. u. a. THÜRINGER MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, ARBEIT UND TECHNOLOGIE 2011).

Auftraggeber der Studie waren die Wirtschaftsförderungen der Länder Berlin und Brandenburg. Unterstützt wurde die Analyse durch die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, die Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen sowie das Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie und das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz.

Damit liegt eine komplexe Studie zu aktuellen und künftigen Entwicklungstendenzen in 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufen in der Region Berlin-Brandenburg vor. Hierbei wurden alle Einrichtungstypen befragt, die für eine Beschäftigung in diesen Berufen relevant sind (Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Praxen, Labore etc.). Aufgrund der Vielschichtigkeit der Entwicklungszusammenhänge, Herausforderungen und Erklärungsansätze – relevant sind sowohl berufs- als auch branchenspezifische Sachverhalte wie auch regionale Besonderheiten – ist im Ergebnis ein umfangreicher Abschlussbericht entstanden. In dem Bericht werden die analysierten Gegebenheiten im Detail vorgestellt. Dabei bilden Berufsprofile von jeweils 15–25 Seiten den Kern (WELKER u. a. 2015).

Im vorliegenden Beitrag wird zunächst im zweiten Kapitel das methodische Herangehen an die Untersuchung vorgestellt. Im dritten Kapitel wird die Beschäftigungsentwicklung für diese 13 Berufe erstmals berufsspezifisch auf der Grundlage der KldB 2010 abgebildet und eine Abschätzung der künftigen Beschäftigungsentwicklung in diesen 13 Berufen vorgenommen. Im vierten Kapitel werden die Möglichkeiten der drei grundlegenden Quellen der Fachkräftesicherung – also der Arbeitsmarkt für Gesundheitsberufe, die berufliche Erstausbildung in diesen Berufen und die betriebliche Personalentwicklung – zur Deckung der künftigen Fachkräftebedarfs aufgezeigt, um im abschließenden fünften Kapitel absehbare Herausforderungen künftiger Fachkräftesicherung zu diskutieren.

2. Breiter methodischer Zugang

Untersucht wurden folgende Berufe und Tätigkeiten:

Pflegeberufe

- ▶ Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger
- ▶ Gesundheits- und Krankenpflegehelferin bzw. -helfer
- ▶ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger
- ▶ Altenpflegerin bzw. Altenpfleger
- ▶ Altenpflegehelferin bzw. -helfer mit staatlicher Anerkennung (mind. einjährige Ausbildung)
- ▶ Sozialassistentin bzw. Sozialassistent mit Schwerpunkt Pflege
- ▶ Pflegehelferin bzw. Pflegehelfer (Helferin/Helfer in der Altenpflege ohne staatliche Anerkennung)
- ▶ Hebamme bzw. Entbindungspfleger

Medizinisch-technische Assistenzberufe

- ▶ Medizinisch-technische/-r Laboratoriumsassistentin bzw. -assistent
- ▶ Medizinisch-technische/-r Radiologieassistentin bzw. -assistent
- ▶ Medizinisch-technische/-r Assistentin bzw. Assistent für Funktionsdiagnostik

Therapieberufe

- ▶ Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut
- ▶ Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut
- ▶ Logopädin bzw. Logopäde
- ▶ Podologin bzw. Podologe

Ziel der empirischen Analysen war es, den kurz-, mittel- und langfristigen Fachkräfte- sowie Aus- und Weiterbildungsbedarf in den ausgewählten Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten in Berlin und Brandenburg zu ermitteln. Der Analyse der Nachfrageseite wurde das vorhandene und zu erwartende Fachkräfteangebot gegenübergestellt. Neben der Bestandsanalyse wurden Berechnungen zur zukünftigen Fachkräftesituation in den ausgewählten Berufsfeldern angestellt. Flankiert wurden die so generierten Erkenntnisse mit ca. 30 Experteninterviews sowie einem intensiven Diskurs im projektbegleitenden Fachbeirat und in mehreren thematischen Workshops.

Die Abbildung der Nachfrage erfolgte als Analyse der Beschäftigung (realisierte Nachfrage), vor allem mithilfe der Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2011. Hierbei wurde die größtmögliche Differenzierungstiefe (der sog. 5-Steller der KldB 2010) zugrunde gelegt. Auf der 5-Steller-Ebene werden in der KldB 2010 insgesamt 1.286 Berufsgattungen

ausgewiesen. Es ist damit die tiefste Gliederungsebene der Berufe in dieser hierarchisch aufgebauten Klassifikation (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2011, S. 16). Das Fachkräfteangebot wurde anhand von Daten zur Ausbildung (Fachschule, Hochschule), zur Weiterbildung (geregelt/nicht geregelt/Maßnahmen der Bundesagentur für Arbeit) und zum Arbeitsmarkt (Arbeitslosigkeit nach SGB III und II) berufsspezifisch dargestellt. Auch hierbei wurde, soweit dies möglich war, auf die 5-Steller-Ebene zurückgegriffen. In bisherigen Untersuchungen zur Fachkräfteentwicklung in Gesundheitsberufen konnte auf diese Ebene der Berufe nicht zurückgegriffen werden. In der vorhergehenden Klassifikation der Berufe aus dem Jahr 1988 (KldB88) war der 4-Steller – die Berufsklasse – die tiefste Gliederung der Berufe (vgl. PAULUS/MATTHES 2013, S. 31).

Zur Abschätzung künftiger Fachkräftebedarfe wurde ein Prognose-Instrumentarium konzipiert, das verschiedene Quellen, die Hinweise auf mögliche Entwicklungen geben, nutzt und miteinander kombiniert. Basierend auf den Hauptkomponenten der Bedarfsermittlung (alters- und fluktuationsbedingtem Ersatzbedarf sowie Bestandsveränderungen/Erweiterungsbedarf) wurden für zwei Zeithorizonte (bis 2020 und 2030) künftige Fachkräftebedarfe projiziert. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen künftiger Fachkräfteentwicklungen wurde eine Status-quo-Annahme als Grundlage für die Projektion herangezogen. Zusätzlich wurden mögliche Entwicklungstendenzen unter veränderten Rahmenbedingungen aufgezeigt (Alternativszenarien). In diesem Beitrag wird aus Platzgründen auf die Darstellung der Alternativszenarien verzichtet.

Im Zentrum der Studie steht eine Online-Befragung, die als Vollerhebung aller Berliner und Brandenburger Einrichtungen mit Beschäftigten in mindestens einem der 13 ausgewählten Gesundheitsfachberufe bzw. Helfertätigkeiten durchgeführt wurde. Themenkomplexe der Befragung waren unter anderem die aktuelle und perspektivische Fachkräftesituation in den Einrichtungen, betriebliche Maßnahmen zur Fachkräftesicherung oder der wahrgenommene Unterstützungsbedarf. Durch die Befragung konnten die Ergebnisse der statistischen Analysen validiert und umfangreich ergänzt werden. Insgesamt wurden 7.151 Kontaktpersonen in 7.765 Einrichtungen angesprochen. Auf die Befragung haben insgesamt 1.101 Personen geantwortet. Die Zahl der damit erreichten Einrichtungen liegt bei 1.268. Damit ist insgesamt ein Rücklauf von gut 16 Prozent erreicht worden. In Bezug auf das Antwortverhalten sind zwischen den Einrichtungstypen deutliche Unterschiede festzustellen: Während die Rücklaufquote aus den Krankenhäusern, den Pflege- und Reha-Einrichtungen, den Hospizen und den sozialpädiatrischen Zentren deutlich höher als im Durchschnitt war, hat die vergleichsweise geringere Anzahl der Rückmeldungen aus den jedoch zahlenmäßig dominanten Praxen (rund 4.200 von 7.800 Einrichtungen) die Rücklaufquote insgesamt gesenkt (ohne Berücksichtigung der Praxen liegt die Rücklaufquote bei ca. 30 Prozent). Da sich dennoch eine hohe Anzahl an Praxen an der Befragung beteiligt hat, sind auch für diesen Bereich aussagekräftige Auswertungen möglich.

3. Tendenzen der Beschäftigung in den Gesundheitsfachberufen

3.1 Bisherige Beschäftigungsentwicklung

Die Gesundheitswirtschaft hat in den letzten Jahren einen deutlichen Bedeutungsaufschwung erfahren. So wuchs die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (SV-Beschäftigten) in den untersuchten Berufen in Berlin-Brandenburg zwischen dem 31.12.2012 und dem 31.12.2013 von gut 128.000 auf knapp 133.000. Mit dieser Steigerung von 3,7 Prozent wird die Steigerungsrate der SV-Beschäftigten in der Region insgesamt um mehr als das Doppelte übertroffen. Der Beschäftigungszuwachs ist in beiden Bundesländern festzustellen. In Brandenburg ist jedoch der Abstand zum Gesamtbeschäftigungszuwachs (4,0 Prozent in den untersuchten Berufen gegenüber 0,4 Prozent gesamt) erheblich stärker ausgefallen als in Berlin (3,4 gegenüber 2,4 Prozent). Dieser Beschäftigungszuwachs hat sich auch 2014 – soweit im Rahmen der Studie beobachtbar – fortgesetzt.

Tabelle 1: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen

Bundesland	SV-Beschäftigte in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten					
	31.12.2012	30.06.2013	30.09.2013	31.12.2013	30.06.2014	30.09.2014
Berlin	78.551	79.425	80.270	81.254	81.560	81.743
Brandenburg	49.717	49.985	50.497	51.700	52.000	52.167
Berlin-Brandenburg	128.268	129.410	130.767	132.954	133.560	133.910

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Berechnungen

In fast allen hier untersuchten Gesundheitsfachberufen lag das Beschäftigungswachstum mehr als doppelt so hoch wie das durchschnittliche Beschäftigungswachstum in den beiden Bundesländern insgesamt. Für dieses Wachstum standen die erforderlichen Fachkräfte – zumindest quantitativ – weitgehend zur Verfügung. Die scheinbar entspannte Arbeitsmarktsituation ist jedoch Ergebnis einer rein quantitativen Betrachtung und könnte ganz erheblich die reale Fachkräftesituation verdecken. Besonders in der Gesundheits- und Krankenpflege scheint die Personalausstattung und dementsprechend die Beschäftigungsentwicklung seit Jahren hinter dem für die Erbringung der Behandlungsleistungen erforderlichen Fachkräfteeinsatz zurückzubleiben (vgl. BRÄUTIGAM u. a. 2014). Es gibt Hinweise, dass das auch für die Altenpflege gilt. Grund hierfür könnte die Ökonomisierung des Gesundheitswesens sein, die – nach verschiedenen Quellen – beispielsweise in Krankenhäusern zu einem erheblichen Ab-

bau des Pflegepersonals beigetragen hat (vgl. JONITZ/GANTEN 2014). Darüber hinaus haben in den Gesundheitsfachberufen atypische Beschäftigungsverhältnisse – Minijobs, „klassische“ Teilzeit, Midijobs, befristete Beschäftigung, Leiharbeit – in den vergangenen Jahren stark zugenommen.¹ Bei den Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen ist der Beschäftigungszuwachs zwischen 2003 und 2010 sowohl in Berlin als auch in Brandenburg ausschließlich und danach vorrangig durch eine Zunahme derartiger Beschäftigung entstanden.

Tabelle 2: Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte nach Altersgruppen am Stichtag 30.06.2013

Beruf/Tätigkeit	SV-pflichtig Beschäftigte gesamt	Davon (absolut/in Prozent)				
		Unter 35 Jahre	35 bis unter 50 Jahre	50 bis unter 55 Jahre	55 bis unter 60 Jahre	60 Jahre und älter
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	51.195	17.034 (33,3)	19.896 (38,9)	7.169 (14,0)	4.617 (9,0)	2.478 (4,8)
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	13.397	3.668 (27,4)	5.149 (38,4)	2.103 (15,7)	1.573 (11,7)	904 (6,7)
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	5.063	1.685 (33,3)	1.968 (38,9)	709 (14,0)	457 (9,0)	245 (4,8)
Altenpfleger/-in	15.291	5.353 (35,0)	5.366 (35,1)	2.239 (14,7)	1.595 (10,4)	738 (4,8)
Pflegehilfskräfte	19.737	5.327 (27,0)	7.552 (38,3)	3.232 (16,4)	2.447 (12,4)	1.179 (6,0)
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/-in	6.064	1.547 (25,5)	2.128 (35,1)	1.008 (16,6)	796 (13,1)	585 (9,6)
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/-in	2.108	480 (22,8)	820 (38,9)	362 (17,2)	292 (13,9)	154 (7,3)
Medizinisch-techn. Assistent/-in für Funktionsdiagnostik	280	79 (28,2)	125 (44,6)	34 (12,1)	27 (9,6)	15 (5,4)
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	741	318 (42,9)	230 (31,0)	111 (15,0)	50 (6,7)	32 (4,3)
Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut	10.715	4.777 (44,6)	3.780 (35,3)	1.162 (10,8)	691 (6,4)	305 (2,8)
Ergotherapeutin bzw. Ergotherapeut	3.484	1.783 (51,2)	1.043 (29,9)	330 (9,5)		328 (9,4)
Logopädin bzw. Logopäde	1.051	575 (54,7)	351 (33,4)	66 (6,3)	41 (3,9)	18 (1,7)
Podologin bzw. Podologe	284	118 (41,5)	99 (34,9)	31 (10,9)	22 (7,7)	14 (4,9)
GESAMT	129.410	42.744 (33,0)	48.507 (37,5)	18.556 (14,3)	12.808 (9,9)	6.795 (5,3)

Quelle: Beschäftigtenstatistik der Bundesagentur für Arbeit, eigene Darstellung. Rundungsfehler sind möglich.

1 Dieser Trend kann nur zum Teil durch das Interesse von Beschäftigten an Teilzeitbeschäftigung erklärt werden.

Die Altersstruktur der Beschäftigten ist von zentraler Bedeutung für die Einschätzung des zukünftig zu erwartenden Fachkräftebedarfs. Hier zeigt sich, dass in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und den Helfertätigkeiten bis 2020 ca. 5 Prozent, bis 2030 insgesamt knapp 30 Prozent altersbedingt ausscheiden werden – unter der Annahme des Renteneintritts mit 65 Jahren. Mit dieser Altersstruktur liegen die untersuchten Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten etwas unter der Altersstruktur aller sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Berlin und Brandenburg (der Anteil der über 55-Jährigen liegt hier insgesamt um etwa zwei Prozentpunkte höher). Bei der differenzierten Betrachtung lassen sich anteilig zum Teil deutliche Unterschiede feststellen (vgl. Tabelle 2).

Während in den einzelnen Pflegeberufen und den Helfertätigkeiten die Anteile variieren, ist die Alterszusammensetzung in den medizinisch-technischen Assistenzberufen durch einen hohen Anteil älterer sozialversicherungspflichtig Beschäftigter gekennzeichnet. Demgegenüber finden sich in den Therapieberufen vergleichsweise hohe Anteile jüngerer Beschäftigter. Anzumerken ist hierbei jedoch, dass die Altersstruktur der Selbstständigen aufgrund fehlender Daten nicht abgebildet werden kann. Dies dürfte insbesondere bei den Therapieberufen und den Hebammen/Entbindungspflegern von Bedeutung sein.

3.2 Voraussichtlicher Fachkräftebedarf

Unter Status-quo-Annahmen variiert die durchschnittliche jährliche Beschäftigungsentwicklung in den untersuchten Gesundheitsfachberufen und Helfertätigkeiten bis 2030 zwischen einem leichten Rückgang von 0,5 Prozent bei den medizinisch-technischen Laboratoriumsassistenten/-innen und einem Zuwachs von 4 Prozent bei den Altenpflegern/-pflegerinnen. Entsprechend unterschiedlich entwickeln sich Beschäftigtenbestände und der daraus resultierende Erweiterungsbedarf. Insgesamt ergibt sich – unter Status-quo-Annahmen – in den untersuchten Berufen in der Region Berlin-Brandenburg bis 2030 ein Erweiterungsbedarf von rund 60.000 Fachkräften. Hinzu kommt Ersatzbedarf für altersbedingt aus der Erwerbstätigkeit ausscheidende Beschäftigte und für Beschäftigte, die in eine andere berufliche Tätigkeit wechseln (Fluktuation). Trotz der relativ jungen Altersstruktur in der Mehrzahl der Berufe entsteht ein altersbedingter Ersatzbedarf in der Größenordnung von rund 40.000 Fachkräften.

Möglicherweise in noch größerem Umfang verursacht die Fluktuation Ersatzbedarf (vgl. hierzu JOOST/KIPPER/TEWOLDE 2009; WIETHÖLTER 2012). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieser Schätzung relativ unsichere Annahmen zugrunde liegen und insbesondere die Angaben zu den Pflegehilfskräften in der Altenpflege – sie bilden rund die Hälfte der Gesamtsumme der Fluktuation – mit großer Unsicherheit behaftet sind. Mit rund 150.000 Fachkräften würde in der Berlin-Brandenburger Region bis 2030 eine Arbeitskräftenachfrage in einer Größenordnung entstehen, die den gegenwärtig vorhandenen Beschäftigtenbestand in diesen Tätigkeiten deutlich übersteigt. Das gilt auch für das jeweilige Bundesland.

Tabelle 3: Fachkräfteprojektion 2020 und 2030 in Berlin und Brandenburg

Tätigkeit	Beschäftigtenbestand			Arbeitskräfte Neubedarf 2013–2030			Insgesamt
	2013	2020	2030	Erweiterungsbedarf	altersbedingt	fluktuationsbed.	
Altenpfleger/-in	15.291	20.100	29.800	14.500	4.700	10.000	29.200
Pflegehilfskräfte Altenpflege	19.737	26.000	38.400	18.600	6.700	24.000	49.300
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	51.195	54.900	60.600	9.400	14.000	7.000	30.400
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	13.397	14.400	15.900	2.500	4.500	2.000	9.000
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	5.063	5.300	4.900	-150	1.500	500	1.850
Hebammen/Entbindungspfleger	741	*					
Ergotherapeut/-in	3.484	4.200	6.900	3.400	800	1.000	5.200
Physiotherapeut/-in	14.500	16.700	27.200	12.700	4.100	3.500	20.300
Logopäde/Logopädin	1.712	2.000	2.250	550	200	300	1.050
Podologe/Podologin	284	*					
MTA Laboratorium	6.064	5.950	5.700	-400	2.500	600	2.700
MTA Radiologie	2.108	2.300	2.500	400	900	300	1.600
MTA Funktionsdiagnostik	280	*					
Insgesamt	133.856	151.850	194.150	61.500	39.900	49.200	150.600

* Tabellenfach gesperrt, weil Aussage nicht sinnvoll; Quelle: eigene Berechnungen; Rundungsdifferenzen möglich

Bezüglich der Darstellung der alternativen Szenarien soll an dieser Stelle aus Platzgründen auf die Studie verwiesen werden. Unabhängig von der Ausprägung der zukünftigen Entwicklung wird deutlich, dass eine große Anzahl an Fachkräften zur Deckung des Bedarfs notwendig wird. Neben der Möglichkeit, Ansätze zur Verringerung der Pflegeprävalenz – die folglich zu einer Verringerung der Nachfrage nach Fachkräften beitragen würde – zu prüfen, stehen angebotsseitig grundsätzlich folgende Quellen zur Deckung des Fachkräftebedarfs zur Verfügung:

- ▶ der Arbeitsmarkt im Sinne der vorhandenen Arbeitslosigkeit und der stillen Reserve,
- ▶ die berufliche Erstausbildung und
- ▶ die Personalentwicklung und -bindung.

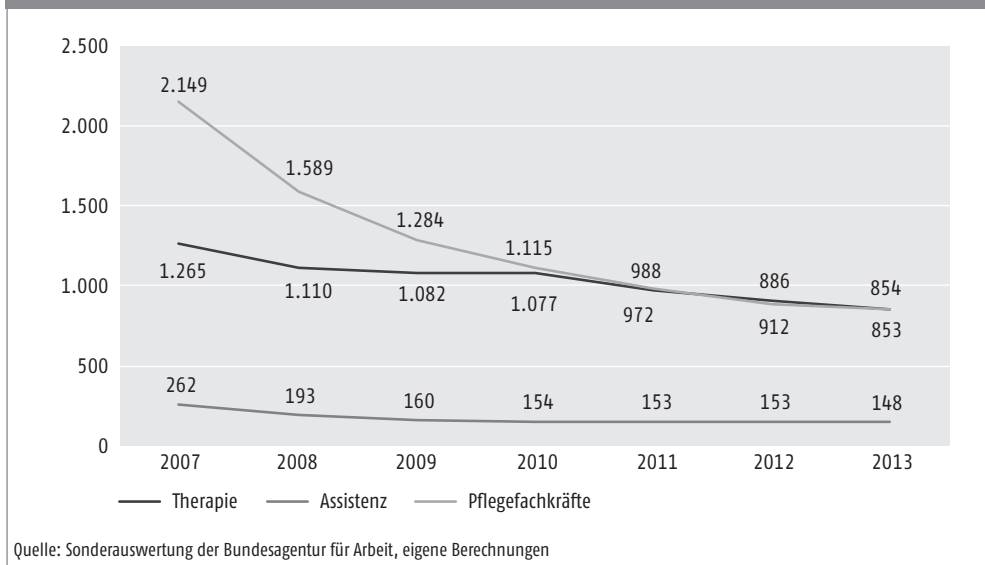
Diese Optionen werden im Folgenden beschrieben.

4. Deckung des Fachkräftebedarfs

4.1 Möglichkeiten der Fachkräftebedarfsdeckung

In den letzten Jahren konnten Arbeitssuchende in weiten Teilen in den Arbeitsmarkt für Gesundheitsfachberufe integriert werden. Dies bedeutet, dass sich die Spielräume zur Deckung des Fachkräftebedarfs aus diesem Reservoir ganz erheblich reduziert haben.

Abbildung 1: Entwicklung der Arbeitslosenzahlen (Jahresdurchschnittswerte) 2007–2013



Ein Ausreißer dieser Entwicklung sind die Hilfskräfte in der Altenpflege (nicht in Abbildung dargestellt), bei denen die Arbeitslosigkeit gestiegen ist. Ein möglicher Erklärungsansatz könnte sein, dass die Arbeitsagenturen und Jobcenter arbeitslose Personen in den letzten Jahren verstärkt auf Hilfstätigkeiten in der Altenpflege hin orientiert haben, da dort kurz-, mittel- und langfristige Beschäftigungsmöglichkeiten bestehen. Dennoch zeigen sich auch hier Probleme bei der Besetzung vakanter Stellen. Dies wird durch die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung deutlich, nach denen insbesondere Pflegehilfskräfte ohne staatliche Anerkennung von den Einrichtungen gesucht werden, die dann jedoch nicht im quantitativen erwartenden Maße in Beschäftigung einmünden. Unter Umständen begründet sich das in der oftmals eingeschränkten Vermittlungsfähigkeit der arbeitssuchenden Pflegehilfskräfte.²

² Diese Vermutung wurde in mehreren Expertengesprächen geäußert. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass die Gruppe der Pflegehilfskräfte insgesamt sehr heterogen ist und sich die Qualifikationen deutlich voneinander unterscheiden können.

Tabelle 4: Kompromisse bei Einstellungen im Jahr 2013

Beruf, in dem eingestellt wurde	Anzahl Antworten	Eingegangene Kompromisse (Angaben in Prozent)				
		Reduzierung fachlicher Ansprüche	Bessere Bezahlung	Teilzeit statt Vollzeit	Vollzeit statt Teilzeit	Anpassung zeitliche Flexibilität
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	150	17,3	13,3	16,7	14,0	36,7
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	65	12,3	1,5	10,8	1,5	10,8
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	64	9,4	4,7	18,8	6,3	18,8
Altenpfleger/-in	140	20,7	11,4	15,7	12,9	33,6
Altenpflegehelfer/-in mit staatlicher Anerkennung	65	13,8	3,1	3,1	1,5	9,2
Sozialassistent/-in mit Schwerpunkt Pflege	32	9,4	0,0	3,1	0,0	12,5
Pflegehelfer/-in (Helfer/-in in der Altenpflege)	134	26,1	6,0	10,4	9,7	23,1
Medizinisch-techn. Laboratoriumsassistent/-in	6	16,7	0,0	16,7	0,0	0,0
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/-in	11	9,1	0,0	18,2	0,0	27,3
Med.-techn. Assistent/-in für Funktionsdiagnostik	7	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	8	25,0	12,5	0,0	25,0	12,5
Physiotherapeut/-in	128	41,1	3,5	24,2	8,6	47,7
Ergotherapeut/-in	78	32,1	6,4	11,5	5,1	28,2
Logopädin bzw. Logopäde	40	27,5	7,9	22,5	10,0	52,5
Podologin bzw. Podologe	16	50,0	18,8	18,8	18,8	50,0

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014

Das geringe Potenzial des Arbeitsmarktes spiegelt sich zum Teil im aktuellen Einstellungsverhalten der Einrichtungen wider. Während in der Gesundheits- und Krankenpflege und den medizinisch-technischen Assistenzberufen die Einstellungen moderat ausfallen, ist in der Altenpflege und in den Therapieberufen ein reges Einstellungsverhalten zu beobachten.³ Damit einhergehend sind erste Anzeichen von Fachkräfteengpässen zu beobachten, die sich u. a. in einer steigenden Kompromissbereitschaft der Einrichtungen bei der Einstellung neuer Arbeitskräfte niederschlagen. So sind 60 Prozent aller Antwortenden, die 2013 eingestellt haben, Kompromisse eingegangen. Dabei sind es eher Einrichtungen mit Sitz in Berlin, bei denen dies der Fall ist. Das ist insofern interessant, da in Berlin ein größeres Angebot an Arbeitskräften zur Verfügung steht und daher damit gerechnet werden könnte, dass die Einrichtungen seltener Kompromisse schließen würden als in Brandenburg. Der Sachverhalt macht zum einen darauf aufmerksam, dass neben einer rein quantitativen Arbeitskraftlücke auch erhebliche qualitative Mismatch-Probleme zu lösen sein dürften. Darüber hinaus ist es wahr-

3 Der Beruf Hebamme/Entbindungspfleger bildet einen Sonderfall, da Beschäftigte hier entweder sozialversicherungspflichtig beschäftigt und/oder freiberuflich tätig sind.

scheinlich, dass in Berlin die branchenübergreifende Konkurrenz um Arbeits- und Fachkräfte aufgrund des breiteren Beschäftigungsangebotes für die Einrichtungen der Gesundheitswirtschaft eine größere Herausforderung darstellen als für die Einrichtungen in Brandenburg.

4.2 Entwicklung der Ausbildungszahlen

Gesundheitsfachberufe und Helfertätigkeiten haben in den letzten Jahren nicht nur in der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ganz erheblich an Bedeutung gewonnen. Auch in der Berufsausbildung findet dieser Trend seinen Niederschlag. So stieg die Anzahl der Schüler/-innen in 17 Ausbildungsgängen bundesrechtlich geregelter Gesundheitsfachberufe zwischen den Jahren 2007/2008 und 2011/2012 bundesweit um 5,9 Prozent (vgl. ZÖLLER 2014). In den untersuchten Gesundheitsfachberufen betrug die Steigerung sogar 8,2 Prozent. Vergleichbares gilt für Berlin und Brandenburg. Die Anzahl der Auszubildenden in allen hier untersuchten Berufen ist von ca. 11.000 Auszubildenden im Jahr 2006/2007 auf etwa 11.750 Auszubildende im Jahr 2012/2013 angewachsen.

Diese Entwicklung gilt bei einer genaueren Betrachtung nach Beruf und Bundesland jedoch nur eingeschränkt: So wird der insgesamt positive Trend durch die Entwicklung in Berlin getragen, während im Land Brandenburg insgesamt ein Rückgang der Ausbildungszahlen zu verzeichnen ist. Gleichwohl finden sich auch im Land Brandenburg einzelne Bereiche, in denen die Ausbildungszahlen gestiegen sind (vgl. Tabelle 5).

Eine Begründung für die unterschiedliche Entwicklung in Berlin und Brandenburg kann im demografischen Wandel gesehen werden: Die Anzahl der Schulabgänger/-innen hat sich im Land Brandenburg nach erheblichem Rückgang (von etwa 39.000 im Jahr 2000) auf niedrigem Niveau (rund 19.000 im Jahr 2013) stabilisiert. Auch in Berlin waren die Schulabgangszahlen rückläufig: Sie sanken allein zwischen 2000 und 2011 von ca. 37.000 auf etwa 27.000 Personen. Allerdings wird sich in Berlin die Anzahl der Schüler/-innen – und damit auch der Schulabgänger/-innen – im Zuge des Bevölkerungswachstums in den kommenden Jahren wieder erhöhen.

Vor allem fehlende Ausbildungsberechtigungen (bspw. weil die Einrichtung ausbildungsrelevante Qualitätsstandards nicht erfüllen können)⁴ stehen einem Zuwachs an Ausbildungsplätzen entgegen. Während die fehlende Ausbildungsberechtigung von Berliner Einrichtungen häufiger als Grund der Nichtausbildung angegeben wurde als von Brandenburger, sind dort die Anteile derjenigen, die den personellen und finanziellen Aufwand einer Ausbildung als zu hoch einschätzen, deutlich ausgeprägter. Ein Grund hierfür könnte die geringere Größe Brandenburger Einrichtungen sein. Insbesondere in den ambulanten Diensten wird unabhängig vom Bundesland der Aufwand häufig als Grund der Nichtausbildung angegeben, was in der spezifischen Arbeitsorganisation der ambulanten Versorgung begründet sein dürfte: In ambu-

⁴ So muss z. B. die Einrichtung der praktischen Ausbildung in der Physio- und Egotherapie in Brandenburg es den Auszubildenden ermöglichen, täglich mindestens 4 bis 6 Behandlungen gemäß Ausbildungsplan selber durchzuführen.

lantenen Diensten können Auszubildende in der Regel nicht alleine eingesetzt werden. Damit entstehen Probleme bezüglich des Einsatzes und der Refinanzierung der Auszubildenden.

Tabelle 5: Entwicklung der Ausbildungszahlen in den untersuchten beruflichen Tätigkeiten

Beruf/Tätigkeit	Jahr	Entwicklung der Ausbildungszahlen 2006/2007–2012/2013 ⁵					
		Deutschland		Berlin		Brandenburg	
		absolut	prozentual	absolut	prozentual	absolut	prozentual
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	2007	55.609		2.341		1.890	
	2013	59.857	+7,6	2.444	+4,4	1.854	-1,9
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	2007	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	65	
	2013					128	+96,9
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	2007	6.150		185		59	
	2013	6.442	+4,7	178	-3,8	42	-28,8
Altenpfleger/-in	2007	41.104		1.620		1.321	
	2013	55.966	+36,2	2.554	+57,5	1.478	+11,9
Altenpflegehelfer/-in mit staatlicher Anerkennung	2007	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	78	
	2013					(2009) 181	+132,1
Med.-techn. Laboratoriumsassistent/-in	2007	4.357		170		150	
	2013	3.573	-18,0	175	+2,9	138	-8,0
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/-in	2007	2.701		96		102	
	2013	2.751	+1,9	142	+47,9	99	-3,0
Medizinisch-techn. Assistent/-in für Funktionsdiagnostik	2007	742		11		k. A.	k. A.
	2013	363	-51,1	43	+390,0		
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	2007	1.849		60		13	
	2013	1.895	+2,5	109	+81,6	15	+15,4
Physiotherapeut/-in	2007	25.087		1.470		613	
	2013	22.557	-10,1	1.032	-29,8	372	-39,3
Ergotherapeut/-in	2007	13.342		346		135	
	2013	10.183	-23,7	394	+13,9	61	-54,9
Logopädin bzw. Logopäde	2007	3.880		187		58	
	2013	3.782	-2,5	176	-5,9	12	-81,8
Podologin bzw. Podologe	2007	1.036		59		k. A.	k. A.
	2013	1.344	+29,7	127	+115,3		
Gesamt	2007	155.857		6.545		4.484	
	2013	168.663	+8,2	7.374	+12,7	4.380	-2,3

Quellen: ZÖLLER 2014: Gesundheitsfachberufe im Überblick; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

5 Bei den Angaben handelt es sich um Stichtagsangaben zum 30.11.2006 und 30.11.2012.

Auch bei den Berufen, in denen die Einrichtungen Fachpraktika im Rahmen der schulischen Ausbildung ermöglichen, beteiligt sich ein Teil der Einrichtungen an der Ausbildung. Von allen Befragten mit den einschlägigen Berufen (641 Fälle) hat knapp die Hälfte (48 Prozent) gesagt, derartige Praktikumsplätze anzubieten. In Brandenburg war dies mit 52 Prozent häufiger der Fall als in Berlin (44 Prozent). Vor allem von größeren Einrichtungen (mit Einstellungspotenzial) wird die Bereitstellung von Praktikumsplätzen als wirksame Maßnahme der Fachkräftegewinnung in der Einrichtung gesehen – und zwar unabhängig davon, ob die Einrichtungen solche Fachpraktika anbieten oder nicht.⁶ Die Physiotherapeuten/Physiotherapeutinnen weichen in ihrer Einschätzung von dieser Sichtweise ab. Hier liegt der Anteil der Einrichtungen, die Fachpraktika anbieten, deutlich unter den Anteilen der anderen Berufe. Ebenso wurde in der Physiotherapie in den letzten Jahren von den Einrichtungen seltener ein/-e Praktikant/-in aus der schulischen Berufsausbildung übernommen. Ein Grund für diesen Befund könnte sein, dass in diesem Beruf oftmals größere Gruppen an Auszubildenden die Fachpraktika gleichzeitig absolvieren. Dies könnte aus Sicht v. a. der Praxen dazu führen, dass diese zum einen nicht ausreichend Plätze anbieten können, zum anderen aber auch die Ansprache einzelner Auszubildender erschwert wird.

Bei der Bewertung der Ausbildungszahlen sind die jeweiligen Rahmenbedingungen zu beachten. Alle in dieser Studie untersuchten Berufe werden auf Grundlage eines jeweils spezifischen Berufszulassungsgesetzes und der dazugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Die Ausbildungen finden an staatlich anerkannten Schulen statt. Sie unterscheiden sich organisatorisch, strukturell und von den Rahmenbedingungen her teilweise erheblich voneinander. Unterschiede bestehen auch bei den Finanzierungsmöglichkeiten der Ausbildungen: Über das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) können in den untersuchten Berufen – mit Ausnahme der Altenpflege, der Altenpflegehilfe und der Podologie – die Ausbildungskosten über die Pflegesätze der Krankenhäuser refinanziert werden, sofern das Krankenhaus Träger oder Mitträger der Ausbildungsstätte und als solches im Krankenhausplan des Landes aufgeführt ist (§ 2 Nr. 1a KHG). Als Ausbildungskosten gelten die Kosten für den theoretischen und praktischen Unterricht (Schulkosten) und, sofern es das Berufsgesetz vorschreibt, die Ausbildungsvergütung. Dies ist in den Berufen nach dem Krankenpflegegesetz und im Hebammenwesen der Fall. Die Länder zahlen zudem für die pflegesatzfinanzierten Ausbildungsplätze eine Investitionszuschuss. Werden die Ausbildungsplätze nicht über die Pflegesätze refinanziert, erfolgt die Finanzierung durch die Zahlung von Schulgeld durch die Auszubildenden. Für den Beruf Hebamme/Entbindungspfleger und die Berufe nach dem

6 Gründe für das Nichtanbieten solcher Praktika sind vor allem im personellen Aufwand sowie in den äußeren Voraussetzungen zu sehen. So weisen knapp ein Drittel der Antwortenden darauf hin, dass die Zahl der für die Betreuung durch Praktikanten bzw. Praktikantinnen geeigneten Patienten nicht ausreichend sei. Damit trifft die grundsätzlich positive Sichtweise auf schwierige Rahmenbedingungen der Umsetzung. Während zwischen Berlin und Brandenburg keine Unterschiede festzustellen sind, sagen innerhalb Brandenburgs verstärkt die berlinfernen Einrichtungen aus, vor allem aufgrund von geringer Patientenzahlen solche Praktika nicht anzubieten.

Krankenpflegegesetz sind Schulgeldzahlungen gesetzlich ausgeschlossen. In der Altenpflege werden im Land Brandenburg die Kosten des theoretischen und praktischen Unterrichts an den Altenpflegesschulen vom Land getragen. In Berlin fällt an den privaten Altenpflegesschulen Schulgeld an. Für den praktischen Teil der Altenpflegeausbildung wird ein Ausbildungsvertrag mit den Einrichtungen geschlossen. Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Ausbildungsvergütung. Die Kosten der Ausbildungsvergütung können von den Trägern der praktischen Ausbildung über die Pflegesätze refinanziert werden. Da die Ausbildung in der Podologie weder über das KHG finanziert werden kann noch die Schulkosten vom Land Berlin bzw. Brandenburg getragen werden, erheben die Schulen für Podologie Schulgeld. Insgesamt ergibt sich somit ein vielfältiges Bild (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Kostenbeteiligung für den schulischen Teil der Ausbildung

Beruf/Tätigkeit	Bundesland	
	Berlin	Brandenburg
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	Kostenfrei	Kostenfrei
Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/-in	Keine Ausbildung	Kostenfrei
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	Kostenfrei	Kostenfrei
Altenpfleger/-in	I. d. R. schulgeldpflichtig	Kostenfrei
Altenpflegehelfer/-in mit staatl. Anerkennung	Keine Ausbildung	Kostenfrei
Sozialassistent/-in mit Schwerpunkt Pflege	Kostenfrei	Keine Ausbildung
Pflegehelfer/-in mit Basisqualifizierung	Keine Ausbildung	Keine Ausbildung
Medizinisch-techn. Laboratoriumsassistent/-in	Kostenfrei	Kostenfrei
Medizinisch-techn. Radiologieassistent/-in	Kostenfrei	Kostenfrei
Med.-techn. Assistent/-in für Funktionsdiagnostik	Kostenfrei	Keine Ausbildung
Hebamme bzw. Entbindungspfleger	Kostenfrei	Kostenfrei
Physiotherapeut/-in	I. d. R. schulgeldpflichtig	Kostenfrei/Schulgeldpflichtig
Ergotherapeut/-in	Kostenfrei/Schulgeldpflichtig	Kostenfrei
Logopädin bzw. Logopäde	Schulgeldpflichtig	Schulgeldpflichtig
Podologin bzw. Podologe	Schulgeldpflichtig	Schulgeldpflichtig

4.3 Aktivitäten der Personalentwicklung

Die Einrichtungsbefragung hat gezeigt, dass die Einrichtungen bereits zahlreiche Aktivitäten durchführen, um ihre Fachkräfte weiterzuentwickeln bzw. zu halten. Dabei wird die Wirksamkeit der unterschiedlichen Maßnahmen jeweils recht ähnlich eingeschätzt. Dies spricht dafür, dass es nicht *die* Maßnahme der Fachkräftebindung gibt (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Aktivitäten zur Bindung der Mitarbeiter/-innen

Aktivität	Anteil der Einrichtungen, die Aktivität umsetzen, in Prozent	Bewertung der Wirksamkeit*		
		Berlin-Brandenburg	Berlin	Brandenburg
Berücksichtigung individueller Bedürfnisse bei der Dienstplangestaltung	76,6	2,5	2,6	2,5
Flexibilisierung der Arbeitszeiten entspr. den Wünschen der Beschäftigten	74,0	2,5	2,5	2,5
Angebot zusätzlicher Fort- und Weiterbildungen	68,3	2,6	2,6	2,6
Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung	56,2	2,5	2,6	2,5
zusätzliche finanzielle Vergütungen	55,4	2,6	2,6	2,6
Reduz. von Vollzeit- in Teilzeitbeschäft. auf Wunsch der Beschäftigten	54,5	2,4	2,5	2,3
Übernahme befristeter in unbefristete Arbeitsverträge	52,8	2,5	2,6	2,5
Erweiterung von Teilzeit- in Vollzeitbeschäftigung	51,1	2,7	2,7	2,7
Gezielte Gesundheitsförderung	43,6	2,7	2,7	2,7
Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy	31,8	2,8	2,7	2,9
Unterstützung bei der Kinderbetreuung	30,7	2,7	3,0	2,5
Wechsel in andere Tätigkeitsbereiche wurde ermöglicht	26,8	2,8	2,9	2,7
Andere Maßnahmen	11,5	3,1	3,1	3,0

Quelle: SÖSTRA/IMU Einrichtungsbefragung 2014. * Die Wirksamkeit der Aktivitäten wurde auf einer Skala von 1 bis 6 eingeschätzt, wobei 1 „sehr wirksam“ und 6 „gar nicht wirksam“ bedeutet. Zu dieser Frage liegen 983 Antworten vor.

Unterschiede lassen sich zwischen den Einrichtungstypen feststellen. So bewerten die **Krankenhäuser** fast ausnahmslos alle aufgeführten Maßnahmen überdurchschnittlich positiv. Darüber hinaus sind die Anteile der Krankenhäuser, die diese Maßnahmen umsetzen, fast überall höher. Dies dürfte zu erheblichen Teilen auf deren Betriebsgröße zurückzuführen sein. Einzig die zusätzlichen finanziellen Vergütungen sowie das Bereitstellen von Dienstauto/Diensthandy werden von Krankenhäusern selten umgesetzt und darüber hinaus schlecht bewertet. In den Fachgesprächen mit den Krankenhäusern wurde die Befürchtung geäußert, dass durch die Einführung solcher Instrumente eine ungewollte Ungleichbehandlung der Beschäftigten die Folge sein könnte.

In den **Pflegeeinrichtungen** lassen sich bundeslandspezifische Unterschiede feststellen: So wird die Wirksamkeit der Aktivitäten im Land Brandenburg fast durchgängig schlechter bewertet als in Berlin. Diese Unterschiede fallen bei ambulanten Pflegeeinrichtungen besonders gravierend aus. Die schlechte Bewertung der Wirksamkeit der Aktivitäten im Land Brandenburg korrespondiert mit einem höheren Anteil von Antwortenden, die finanzielle Vergütungen oder Anreize durch Aufstiegs- und Qualifizierungsförderung anbieten.

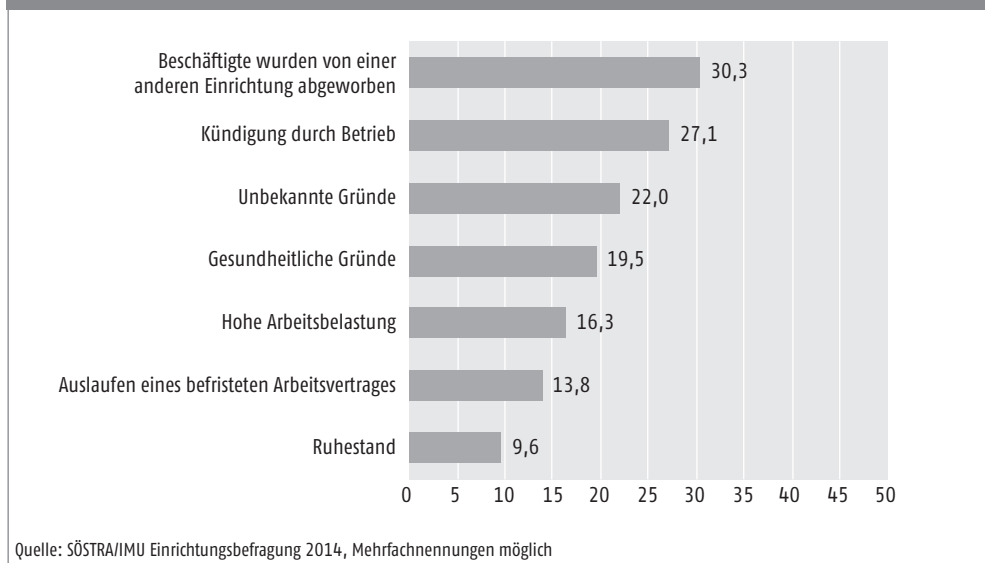
Die **Praxen** setzen deutlich seltener Maßnahmen der Fachkräftebindung um. Die Praxen mit Sitz in Berlin bewerten die Aktivitäten zum Teil deutlich schlechter als die Praxen mit Sitz

im Land Brandenburg. Darüber hinaus fallen die Anteile bei Aktivitäten, die auf eine zeitliche Flexibilität abzielen, in den Berliner Praxen höher aus.

Die unterschiedliche Bewertung in den Bundesländern – bei gleichen Einrichtungstypen – dürfte Ausdruck landesspezifischer Fachkräftesituationen sein. Es ist plausibel, dass Einrichtungen Aktivitäten dann als unwirksam einschätzen, wenn Beschäftigte die Einrichtung trotz solcher Maßnahmen verlassen. Dass Berliner Praxen und Brandenburger Pflegeeinrichtungen einen Teil der beschriebenen Maßnahmen häufiger umsetzen als die jeweiligen Einrichtungstypen des anderen Bundeslandes, ist ein Hinweis darauf, dass Berliner Praxen und Brandenburger Pflegeeinrichtungen (v. a. ambulante) vor überdurchschnittlich großen Herausforderungen der Fachkräftebindung stehen.

Trotz des breiten Spektrums der Maßnahmen gelingt es nicht immer, die Fachkräfte in den Einrichtungen zu halten. 42 Prozent der Befragten (454 von 1.071 Fällen) haben angegeben, dass Beschäftigte im Jahr 2013 die Einrichtung verlassen haben. Berufübergreifend wurden die Einrichtungen nach den Gründen des Verlassens der Einrichtungen gefragt. Immerhin 30 Prozent der Antwortenden (insgesamt 436 Fälle), in denen Beschäftigte die Einrichtung verlassen haben, haben angegeben, dass Beschäftigte von einer anderen Einrichtung abgeworben wurden.

Abbildung 2: Gründe des Verlassens der Einrichtung (Angaben in Prozent)



Bei der Betrachtung der Verlassensgründe nach Einrichtungstyp ergeben sich deutliche Unterschiede:

In **Krankenhäusern** spielt die Kündigung durch den Betrieb eine marginale Rolle. Hier fällt der hohe Anteil des Verlassens aus unbekanntem Grund auf. Dies könnte sich durch die

Betriebsgröße erklären lassen. In **Pflegeeinrichtungen** haben im Jahr 2013 verhältnismäßig viele Beschäftigte (21 Prozent) die Einrichtung nach Auslaufen eines befristeten Arbeitsvertrages verlassen. Ebenso lag der Anteil der Antwortenden, bei denen eine Kündigung durch den Betrieb ausgesprochen wurde, in den Pflegeeinrichtungen (v. a. ambulanten) recht deutlich über dem Durchschnitt (34 gegenüber 27 Prozent). Die Abwerbung durch andere Einrichtungen ist vor allem in ambulanten Pflegeeinrichtungen in Berlin ein Grund für das Verlassen der Einrichtungen. In den **Praxen** ist der Anteil der abgeworbenen Beschäftigten im Land Brandenburg besonders hoch. In Berliner Praxen ist demgegenüber das Auslaufen eines befristeten Arbeitsvertrages ausgeprägter.

5. Abschließende Bewertung: Ein differenzierter Blick ist nötig

Die aktuelle wie auch die künftige Fachkräftesituation ist insgesamt sehr differenziert zu bewerten: Unterschiede zeigen sich dabei sowohl in Bezug auf die untersuchten Berufe und die befragten Einrichtungstypen als auch zwischen den beiden Bundesländern Berlin und Brandenburg. Um der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes und der Vielschichtigkeit an Handlungsspielräumen gerecht zu werden, ist daher eine Aufbereitung der Untersuchungsergebnisse sowohl in beruflicher und sektoraler als auch in regionaler Perspektive notwendig.

In **Berlin** kann die Fachkräftesituation in den untersuchten Berufen und Tätigkeiten als vergleichsweise günstig bezeichnet werden. Für eine solche Einschätzung spricht u. a. die deutlich wahrnehmbare Sogwirkung Berlins, die zwar berufsdifferenziert unterschiedlich, jedoch insgesamt positiv ausfällt. Das Beschäftigungswachstum ist in Berlin etwas schwächer ausgefallen als in Brandenburg. Gleichzeitig ist die Arbeitslosigkeit zwar deutlich gesunken, doch bleibt diese Entwicklung in einigen Berufen ebenfalls hinter der im Land Brandenburg zurück. Diese Entwicklung verläuft parallel mit insgesamt steigenden Ausbildungszahlen. Entsprechend ist es nachvollziehbar, dass in Berliner Gesundheitseinrichtungen verhältnismäßig häufig Bewerber/-innen auf Ausbildungsplätze abgelehnt wurden – im Wesentlichen deshalb, weil die Anzahl der Bewerbungen die der Ausbildungsplätze überstieg. Auf der anderen Seite sind Berliner Einrichtungen überdurchschnittlich häufig Kompromisse bei der Einstellung von Fachkräften eingegangen. Dies kann als Hinweis auf qualitative Fachkräftengpässe interpretiert werden und würde die Bedeutung der branchenübergreifenden Konkurrenz um Fachkräfte unterstreichen. Das insgesamt größere und noch nicht erschlossene Fachkräftepotenzial kann auch als Erklärung dafür dienen, warum Einrichtungen in Berlin die Aktivitäten zur Gewinnung neuer Beschäftigter durchgehend schlechter bewerten als in Brandenburg.

Dass ein relevanter Anteil der Mitarbeiterfluktuation dem Auslaufen befristeter Arbeitsverträge geschuldet ist, spricht ebenfalls für eine eher entspannte Fachkräftelage in der Berliner Gesundheitswirtschaft. Trotz dieser verhältnismäßig günstigen Situation finden sich auch in Berlin Anzeichen von Fachkräftengpässen. Dies macht sich u. a. an den eingegangenen

Kompromissen bei eingestellten Beschäftigten und der wahrscheinlichen zukünftigen Entwicklung in einigen der untersuchten Tätigkeiten bemerkbar. Mittel- und langfristig wird auch in der Berliner Gesundheitswirtschaft mit einem hohen Fachkräftebedarf zu rechnen sein.

Im **Land Brandenburg** deuten die aktuellen Entwicklungstendenzen in einigen der hier untersuchten Berufe bereits heute auf eine leicht angespannte Fachkräftesituation hin. Diese Situation wird zum einen durch die demografische Entwicklung bestimmt, zum anderen durch Fachkräfteverluste infolge von Pendlerbewegungen (vor allem nach Berlin) verstärkt. Auch das Beschäftigungswachstum trägt dazu bei, dass im Land Brandenburg das vorhandene Potenzial zur Deckung des Fach- und Arbeitskräftebedarfs eingeschränkt ist. Der Rückgang der Arbeitslosenzahlen sowie der besetzten Ausbildungsplätze lässt deutlich werden, dass die Ausgangsbedingungen der Fachkräftesicherung im Land Brandenburg ungünstiger einzuschätzen sind als in Berlin. Dies drückt sich darin aus, dass die Anzahl der Bewerbungen die Anzahl der angebotenen Ausbildungsplätze zum Teil unterschreitet und Bewerber/-innen seltener abgelehnt werden als in Berlin. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen auf diese Ausgangslage bereits reagieren und viele Aktivitäten der Mitarbeitergewinnung und -bindung einsetzen. So wird z. B. Fort- und Weiterbildung im Land Brandenburg häufiger durch die Einrichtungen finanziert als in Berlin. Auch der geringe Anteil an endenden Befristungen im Land Brandenburg ist ein Hinweis darauf, dass die Betriebe bemüht sind, ihre Mitarbeiter/-innen zu halten. Auch die überdurchschnittlich starke Initiative bei der Unterstützung von Kinderbetreuungsangeboten zeigt, dass Brandenburger Betriebe mehr und mehr bemüht sind, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, um Mitarbeiter/-innen zu halten. Mittel- und langfristig ist in der Brandenburger Gesundheitswirtschaft mit einem hohen Fachkräftebedarf zu rechnen. Aufgrund der länderspezifischen Arbeitsmarktlagen erscheint der Handlungsdruck im Land Brandenburg höher als in Berlin zu sein.

Krankenhäuser sind innerhalb der Gesundheitswirtschaft auf die Herausforderungen künftiger Fachkräftegewinnung und -bindung eindeutig am besten vorbereitet. So weisen sie – im Vergleich zu anderen Einrichtungstypen – in geringerem Maße auf Stellenbesetzungsprobleme hin. Auch wird die Nutzung geeigneter Wege zur Fachkräftegewinnung und -bindung von Krankenhäusern deutlich besser bewertet. Darüber hinaus haben sie das notwendige betriebliche Potenzial, um Maßnahmen der Fachkräfteentwicklung und -sicherung gezielt zu betreiben. So finden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in Krankenhäusern üblicherweise während der Arbeitszeit statt und werden durch die Einrichtungen finanziert. Dementsprechend gering sind die Probleme bei der Besetzung neuer Stellen in den hier untersuchten Berufen. Gründe hierfür können zum einen die umfangreichen Ausbildungsleistungen und damit der unmittelbare Zugang zu zukünftigen Fachkräften, zum anderen die guten betrieblichen Voraussetzungen (z. B. Bekanntheit in der Region, Möglichkeiten des beruflichen Aufstiegs) sein. Noch können Krankenhäuser ihre Ausbildungsplätze besetzen und i. d. R. zwischen mehreren Bewerbern/Bewerberinnen wählen. In den Fachgesprächen wurde die Vermutung geäußert, dass sich dies in den nächsten fünf bis sieben Jahren ändern könnte. Auch der Einsatz akademisch ausgebildeter Fachkräfte funktioniert in den Krankenhäusern

(nicht zuletzt aufgrund der Betriebsgröße) gut. Diese (noch) guten Ausgangsbedingungen der Krankenhäuser gelten sowohl für Berlin als auch für das Land Brandenburg. Die Mitarbeiterfluktuation ist in Krankenhäusern ebenfalls kaum ein Problem. In der Regel sind es die persönlichen Lebensverhältnisse (bspw. räumliche Veränderung des Lebensmittelpunktes), die Mitarbeiter/-innen dazu bewegen, eine Einrichtung zu verlassen. Gleichzeitig verfolgen die Krankenhäuser vielfältige Maßnahmen, um die Bindung ihrer Beschäftigten an die Einrichtung zu erhöhen. Handlungsbedarf sehen sie am ehesten bei der Weiterentwicklung personalpolitischer Handlungsansätze, wie etwa der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Bei **Pflegeeinrichtungen** sind es vor allem die ambulanten Dienste, bei denen zum Teil Probleme der Fachkräftesicherung auftreten. Dies dürfte zu einem nicht unerheblichen Anteil der geringen Zahl ausbildender Dienste geschuldet sein und wird exemplarisch an der hohen Zahl an Abwerbungen von Mitarbeiter/-innen deutlich. In der Altenpflege scheint der überbetriebliche Wettbewerb um Fachkräfte bereits heute stark ausgeprägt zu sein. Gleichzeitig fällt die Zahl endender Arbeitsverhältnisse aufgrund befristeter Arbeitsverträge sowie betrieblicher Kündigungen überdurchschnittlich hoch aus, was die Annahme eines auch qualitativen Fachkräfteproblems unterstreicht. Selbst bei den Pflegehilfskräften, bei denen das Arbeitskräfteangebot quantitativ hoch ist, kommt es in Teilen zu Besetzungsproblemen (qualitatives Mismatch). Darüber hinaus zeigen sich auch bundeslandspezifische Unterschiede. Vor allem im Land Brandenburg bestehen Schwierigkeiten, alle angebotenen Ausbildungsplätze zu besetzen. Gleichzeitig schätzen ambulante Einrichtungen (unabhängig vom Bundesland) den Aufwand für die Berufsausbildung als sehr hoch ein. Auch werden die Aktivitäten zur Bindung der Beschäftigten von Brandenburger Pflegeeinrichtungen schlechter bewertet als von denen in Berlin (wiederum primär bei ambulanten Pflegediensten). Auf diese Ausgangsbedingungen haben die Pflegeeinrichtungen zum Teil bereits reagiert, was sich unter anderem in der Übernahme von Fort- und Weiterbildungskosten widerspiegelt. Festzustellen ist jedoch, dass Pflegeeinrichtungen insbesondere bei Erweiterungswunsch zum Teil vor größeren Schwierigkeiten stehen, diese umzusetzen. Entsprechend sehen die Pflegeeinrichtungen im Bereich der beruflichen Erstausbildung einen hohen Handlungsdruck. Um den erwarteten Fachkräftebedarfen begegnen zu können, müssen Ausbildungszahlen gehalten, wenn nicht weiter erhöht werden.

Die (kleinen) **Praxen** haben organisatorisch zumeist schwierige Ausgangsvoraussetzungen, um Maßnahmen der Fachkräftegewinnung und -bindung planvoll zu organisieren und umzusetzen. Dies wird unter anderem an den geringeren Anteilen an Umsetzungen von entsprechenden Aktivitäten deutlich. Auch die geringe Beteiligung der Praxen bei Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung verdeutlicht den engen Spielraum dieses Einrichtungstyps. Vor diesem Hintergrund ist auch der angezeigte Unterstützungsbedarf bei Fort- und Bildungsmaßnahmen nachvollziehbar. Ein Grund für die eher unterdurchschnittliche Initiative im Bereich der Fachkräftesicherung könnte darin bestehen, dass der Fachkräftebedarf der Praxen strukturell klein gehalten wird. Dafür sprechen u. a. ein relativ geringer Rückgang der

Arbeitslosenzahlen und die stagnierenden bis sinkenden Ausbildungszahlen. Vor allem die schwierigen Vergütungsbedingungen dürften einer bedarfsgerechten Expansion der Therapieberufe im Wege stehen. Dies könnte sich dann auch auf die Bereitschaft (im Besonderen der Physiotherapie) auswirken, Fachpraktika im Rahmen der beruflichen Ausbildung bereitzustellen. Ebenso wie bei den Pflegeeinrichtungen lassen sich auch bei den Praxen bundeslandspezifische Unterschiede feststellen. Der hohe Anteil an auslaufenden Befristungen in Berlin dürfte ein Hinweis auf ein relativ hohes Fachkräfteangebot sein. Demgegenüber deuten im Land Brandenburg die häufigen Abwerbungen von Mitarbeitern durch andere Praxen auf erste Fachkräfteengpässe hin. Wesentlichen Handlungsdruck sehen Praxen bei der Vergütungshöhe und den Vergütungsregelungen ihrer Leistungen sowie bei der Finanzierung von quasiverpflichtenden Fort- und Weiterbildungen.

Vor dem Hintergrund dieser differenzierten Untersuchungsergebnisse ist es angeraten, neben den großen strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen auch solche spezifischen Perspektiven – d. h. regional, einrichtungs- oder auch berufs(bereichs)bezogen – in den Blick zu nehmen, um möglichst passgenaue Ansätze für eine Verbesserung der Fachkräftesituation entwickeln zu können.

Literatur

- BRÄUTIGAM, Christoph u. a.: Arbeitsreport Krankenhaus. Arbeitspapier 306, Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf 2014
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: Klassifikation der Berufe 2010. Band 1: Systematischer und alphabetischer Teil mit Erläuterungen und Band 2: Definitorischer und beschreibender Teil. Nürnberg 2011
- JONITZ, Günther; GANTEN, Detlev: Deutschland hat nicht das teuerste, aber eines der leistungsfähigsten Gesundheitswesen. In: Berliner Ärzte, (2014) 10, S. 14–15
- JOOST, Angela; KIPPER, Jenny; TEWOLDE, Tadios: Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Abschlussbericht. Frankfurt am Main 2009
- PAULUS, Wiebke; MATTHES, Britta: Klassifikation der Berufe. Struktur, Codierung und Umsteigeschlüssel. FDZ-Methodenreport 08/2013. Nürnberg 2013
- THÜRINGER MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, ARBEIT UND TECHNOLOGIE: Fachkräftestudie 2010. Fachkräfteperspektive 2020. 2011. URL: <http://apps.thueringen.de/de/publikationen/pic/pubdownload1190.pdf> (Zugriff: 04.10.2016)
- WELKER, Carsten u. a.: Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg. 2015. URL: <https://arbeit.wfbb.de/de/download/file/fid/7673> (Zugriff: 04.01.2016)
- WIETHÖLTER, Doris: Berufstreue in Gesundheitsberufen in Berlin und Brandenburg. Die Bindung der Ausbildungsabsolventen an den Beruf: Ausgewählte Gesundheitsberufe im Vergleich. IAB Regional. Berichte und Analysen aus dem Regionalen Forschungsnetz, Heft 3. Berlin 2012

Sarah Pierenkemper, Markus Körbel

► Internationale Rekrutierungsstrategien in den Pflegeberufen zur Kompensierung des Fachkräftemangels

Die Fachkräftesicherung im Bereich der Pflegeberufe zählt zu den zentralen arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Hinsichtlich der momentanen Fachkräftesituation wird eine Aktivierung des inländischen Potenzials an Arbeitskräften und Auszubildenden nicht ausreichen, um den zukünftigen Fachkräftebedarf zu decken. Daher kann auf eine Rekrutierung von ausländischen Gesundheits- und Krankenpflegekräften nicht verzichtet werden. Allerdings führt dieser Weg nur dann zum Erfolg, wenn es gelingt, die ausländischen Pflegekräfte fachlich und sozial zu integrieren, sodass sie langfristig dem deutschen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. In dem vorliegenden Beitrag werden zwei alternative Rekrutierungsstrategien vorgestellt: Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse mit anschließender Anpassungsqualifizierung sowie eine erneute (verkürzte) Berufsausbildung. Beide Strategien der Rekrutierung werden im Folgenden auf Zeit- und Kostenaspekte und eine langfristige Bleibeperspektive auf dem deutschen Arbeitsmarkt untersucht.

1. Fachkräfteengpässe in den Pflegeberufen

Schon heute haben viele Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen große Probleme, qualifiziertes Personal zu finden. Im Dezember 2015 verzeichnete die Bundesagentur für Arbeit ca. 8.700 offene Stellen in der Gesundheits- und Krankenpflege (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2016). Zwar hat in den letzten drei Jahren die Beschäftigung von Gesundheits- und Krankenpflegekräften um knapp 50.000 Personen zugenommen, jedoch reicht dies bei Weitem nicht aus, alle offenen Stellen zu besetzen. Im Gegenteil: Die Relation von offenen Stellen und Arbeitslosen hat sich weiter verschlechtert. Dieser Trend wird durch regelmäßige Analysen des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW Köln) bestätigt. So kamen im Dezember 2015 auf 100 gemeldete offene Stellen lediglich 46 gemeldete Arbeitslose (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015). Dabei ist zu berücksichtigen, dass bei Weitem nicht alle offenen Stellen bei den Arbeitsagenturen gemeldet werden, sodass die tatsächliche Engpassrelation noch höher liegen müsste.

Der Fachkräfteengpass in den Pflegeberufen wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten, bedingt durch den demografischen Wandel, erheblich steigen. So verlassen die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er- und 1960er-Jahre den Arbeitsmarkt. Zusätzlich stehen

dem Arbeitsmarkt zukünftig aufgrund der nachrückenden geburtenschwachen Jahrgänge deutlich weniger Personen im erwerbsfähigen Alter zur Verfügung. Nach Bevölkerungsprognosen des Statistischen Bundesamts sinkt die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter bis zum Jahr 2030 im Vergleich zum Jahr 2008 um rund 7,5 Millionen auf 42,2 Millionen, wobei im gleichen Zeitraum die Zahl der über 65-Jährigen um ein Drittel auf 22,3 Millionen steigt (vgl. STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2011, S. 8).

Eine alternde Bevölkerung benötigt mehr Pflege, denn ältere Menschen sind häufiger chronisch krank. Bis zum Jahr 2030 werden die Krankenhausbehandlungen im Vergleich zu 2008 deutlich steigen (vgl. STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2010, S. 14). So gehen Prognosen, je nach Szenario, demnach von bis zu 500.000 fehlenden Vollzeitkräften in der Pflege bis zum Jahr 2030 aus (vgl. ROTHGANG u. a. 2012, S. 56).

Die Fachkräftesicherung im Bereich der Pflege zählt somit zu den zentralen arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre. Die Bundesregierung hat 2011 ein Konzept entwickelt, wie zusätzliche Fachkräftepotenziale für Deutschland gehoben werden können. Dieses Konzept umfasst fünf Pfade zur Sicherstellung der Fachkräftebasis der Zukunft (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES 2014). Diese umfassen im Einzelnen die (1) Aktivierung und Beschäftigungssicherung, (2) bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, (3) Bildungschancen für alle von Anfang an, (4) Qualifizierung: Aus- und Weiterbildung sowie die (5) Integration und qualifizierte Zuwanderung. Auch eine Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe durch bessere Arbeitsbedingungen sowie ein höheres Lohnniveau sind Möglichkeiten, neue Pflegekräfte zu gewinnen.

Es wird deutlich, dass eine alleinige Aktivierung des inländischen Potenzials nicht ausreichen wird, um die Fachkräftelücke zu schließen. Um den Bedarf an Pflegefachkräften langfristig zu sichern und einem drohenden Pflegenotstand erfolgreich entgegenzuwirken, müssen verstärkt Pflegekräfte aus dem Ausland angeworben werden. Die Hebung dieses Potenzials stellt den fünften Sicherungspfad im Konzept der Bundesregierung dar. In vielen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen ist die Rekrutierung ausländischer Pflegefachkräfte bereits Wirklichkeit. Während seit 2013 die Zahl der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte lediglich um 5 Prozent gestiegen ist, nahm im gleichen Zeitraum die Zahl ausländischer Pflegefachkräfte um gut 20 Prozent zu (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2016).

Zwar gibt es viele Länder, aus denen Menschen gerne für eine qualifizierte Arbeit nach Deutschland kommen würden, jedoch muss darauf geachtet werden, dass nicht dort Fachkräfte für die Krankenpflege abgeworben werden, wo ebenfalls ein Mangel an Fachpersonal herrscht. Denn die Rekrutierung soll nicht auf Kosten der Länder gehen, die selbst einen Mangel in der Pflegewirtschaft zu verzeichnen haben. Hierzu hat die Weltgesundheitsorganisation einen Kodex beschlossen, der einen „Care Drain“ verhindern soll (vgl. ZENTRALE AUSLANDS- UND FACHVERMITTLUNG 2015, S. 19 und S. 22). Demnach kommen Länder wie Indien oder Nigeria, die selbst einen hohen Bedarf an Pflegekräften haben, nicht als Anwer-

bestaaten infrage. Osteuropäische Länder mit ähnlichen demografischen Problemen wie Deutschland sind in der Liste der WHO jedoch nicht angeführt. Eine reine Orientierung an der WHO-Liste reicht also nicht zur Vermeidung eines „Care Drain“ aus. Eine faire Anwerbung von Pflegefachkräften muss zumindest auch demografische Komponenten des Herkunftslandes berücksichtigen. So kommen auch zahlreiche osteuropäische Länder für eine Anwerbung nicht infrage.

Günstige Voraussetzungen für eine aktive Anwerbung liefern einige Schwellenländer vor allem in Südostasien. Mit Vietnam und den Philippinen werden bereits Pilotprojekte zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte durchgeführt (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND ENERGIE 2014, S. 5 und S. 13). Denn dort gibt es einen Überschuss an gut qualifizierten jungen Pflegekräften und eine Tradition der Arbeitsmigration.

Bei der Anwerbung von ausländischen Pflegekräften werden derzeit zwei Strategien verfolgt:

- a) eine (erneute) Ausbildung von Fachkräften in Deutschland,
- b) die Anerkennung des im Herkunftsland erworbenen Berufsabschlusses, inklusive einer ggf. notwendigen Anpassungsqualifizierung.

Beide Strategien sind mit Vor- und Nachteilen verbunden, die im Rahmen der Studie des IW Köln „Vor- und Nachteile der beruflichen Anerkennung und Ausbildung bei der Fachkräftegewinnung in der Krankenpflege“ im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie hinsichtlich ihrer zentralen Eckdaten und Rahmenbedingungen sowie ihres Kosten- und Zeitaufwands analysiert wurden (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015).

Letztlich ist jede Fachkräftegewinnung nur dann erfolgreich, wenn sich die angeworbenen Pflegekräfte in Deutschland wohlfühlen und die Arbeit ihren Vorstellungen und Qualifikationen entspricht und gleichzeitig die Arbeitgeber mit der Arbeitsleistung zufrieden sind. Nur unter diesen Voraussetzungen werden die Fachkräfte gewillt sein, länger in Deutschland zu bleiben und nicht frühzeitig in ihr Herkunftsland zurückzukehren. Konkret bedeutet dies: Wer den Fokus bei der Wahl der Strategie zu stark auf Kosten- und Zeitreduktion richtet, läuft Gefahr, hohe Abbruchquoten oder eine hohe Quote frühzeitiger Rückkehrer ins Herkunftsland zu produzieren. Gescheiterte Anwerbeprojekte können zu einem negativen Image führen, was sowohl potenzielle ausländische Fachkräfte als auch deutsche Arbeitgeber von einer Beteiligung abhalten könnte. Dies wäre kontraproduktiv im Hinblick auf die nachhaltige Fachkräftesicherung in Deutschland. Deswegen müssen neben Zeit- und Kostenaspekten immer auch die Faktoren für eine fachliche und soziale Integration betrachtet werden, die für einen langfristigen Verbleib als Krankenpflegefachkraft in Deutschland entscheidend sind.

2. Methodik und Vorgehensweise

Um die beiden verschiedenen Anwerbestrategien hinsichtlich ihrer Zeit- und Kostenaspekte, aber auch hinsichtlich der nachhaltigen sozialen und fachlichen Integration zu beurteilen, wurden die Pilotprojekte „Triple Win“¹ und „Ausbildung junger Menschen aus Drittstaaten – Chancen zur Gewinnung künftiger Fachkräfte für die Pflegewirtschaft“² tief gehend analysiert. Dazu wurden zwischen Dezember 2014 und Januar 2015 sechzehn Experteninterviews mit Entscheidungsträgern und Beteiligten³ durchgeführt, um weiter gehende Informationen zu Hintergründen und qualitativen Aspekten der Fachkräfterekrutierung im Ausland zu erhalten. Diese stellen einen zentralen methodischen und inhaltlichen Bestandteil der Studie dar. Die befragten Expertinnen und Experten deckten hierbei das gesamte Spektrum von der Rekrutierung bis hin zu Fragen von Integration und Verstetigung der Arbeitsmigration ab. Vorab wurden zu einzelnen Themenblöcken, wie zum Beispiel Rekrutierung, Anerkennungsverfahren und Integration der Teilnehmer/-innen, teilstandardisierte Interviewleitfäden entwickelt. Die Befragungen wurden vorwiegend telefonisch durchgeführt und dauerten bis zu zwei Stunden. Einige Interviews, insbesondere mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Projekte, wurden vor Ort durchgeführt.

3. Rekrutierungsstrategien

Im Folgenden werden die beiden Rekrutierungsstrategien „Ausbildung in Deutschland“ und „Anerkennung“ verglichen. Dies erfolgt einerseits hinsichtlich ihrer Kosten- und Zeitbedarfe, andererseits mit Blick auf die soziale und fachliche Integration der Migrantinnen und Migranten, die hohen Einfluss auf die Verbleibwahrscheinlichkeit hat. Denn letztendlich hängt es von der Verbleibdauer einer ausländischen Pflegefachkraft ab, ob sich sowohl für den deutschen Arbeitgeber, als auch für die ausländische Pflegefachkraft eine Arbeitsaufnahme in Deutschland in monetärer Hinsicht lohnt. Bei der abschließenden Bewertung der Strategien ist daher das Verhältnis von Aufwand und Ertrag der verschiedenen Qualifizierungswege ausschlaggebend. Da jedoch nicht alle hierzu erforderlichen Daten verfügbar sind (z. B. fehlende Informationen über die Verweildauer der ausländischen Pflegekräfte), ist derzeit noch keine abschließende Kosten-Nutzen-Analyse möglich.

1 Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie unter: <http://www.triple-win-pflegekraefte.de/>.

2 Weitere Informationen zum Projekt erhalten Sie unter: <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ausbildung-und-Beruf/ausbildung-junger-menschen-aus-drittstaaten.html>

3 GIZ, ZAV, ZAB, Regierungspräsidium Stuttgart, Regierungspräsidium Darmstadt, Bezirksregierung Düsseldorf, Bezirksregierung Oberbayern, Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung Rheinland Pfalz, Paritätisches Bildungswerk LV Bremen e.V., Evangelische Pflegeakademie, Frankfurter Krankenhaus Nordwest, AWO Seniorenheime Stuttgart, AWO Seniorenheim Pfostenwalde, Teilnehmer Projekt „Triple Win“, Teilnehmer Projekt „Ausbildung von Arbeitskräften aus Vietnam zu Pflegefachkräften“.

3.1 Ausbildung in Deutschland

3.1.1 Rechtliche Voraussetzungen

Um eine Ausbildung in Deutschland aufzunehmen, bedarf es im Regelfall keiner Anerkennung des im Herkunftsland erworbenen Berufsabschlusses und somit auch keiner zeit- und kostenintensiven Gleichwertigkeitsprüfung mit häufig einhergehender Anpassungsqualifizierung. Allerdings muss, bevor eine Person aus einem Drittstaat eine Ausbildung in Deutschland beginnen kann, eine Vorrangprüfung durch die Bundesagentur für Arbeit vorgenommen werden. Diese muss den Mangel an Bewerbern für Ausbildungsverhältnisse in dem jeweiligen Berufsfeld und in der betreffenden Region belegen. Die Aufnahme des Berufs der Gesundheits- und Krankenpflege in die Positivliste erleichtert zwar den Zugang zu einer regulären Beschäftigung als Fachkraft, nicht aber die Aufnahme einer Berufsausbildung. Jedoch können Erleichterungen durch bilaterale Abkommen zwischen den Anwerbestaaten und Deutschland geschaffen werden.

Um eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in in Deutschland aufnehmen zu dürfen, müssen zudem nach § 5 des Gesetzes über die Berufe in der Krankenpflege (KrpflG) (BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ UND VERBRAUCHERSCHUTZ 2016) folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- ▶ eine entsprechende gesundheitliche Eignung,
- ▶ ein mittlerer Schulabschluss (Realschulabschluss) oder
- ▶ ein Hauptschulabschluss mit einer erfolgreich abgeschlossenen mindestens zweijährigen Ausbildung oder
- ▶ ein Hauptschulabschluss mit einer mindestens einjährigen erfolgreich abgeschlossenen Ausbildung in der Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe.

Bei der Aufnahme einer Ausbildung von Drittstaatlern ist daher zu prüfen, ob vergleichbare Zugangsvoraussetzungen vorliegen. Der Nachweis von Sprachkenntnissen wird für eine Ausbildung zur Krankenpflegefachkraft in Deutschland formal nicht vorgeschrieben.

3.1.2 Zeit- und Kostenaspekte

Eine Ausbildung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege dauert in Deutschland im Regelfall drei Jahre. Bei einer abgeschlossenen einschlägigen Berufsausbildung im Herkunftsland besteht die Möglichkeit einer Verkürzung der Ausbildungsdauer um bis zu zwei Jahre. Hierüber entscheiden die zuständigen Stellen. Der Antrag hierzu ist kostenpflichtig und kostet bis zu 150 Euro. Eine verkürzte Ausbildung entspricht dem Wunsch vieler Arbeitgeber, da die Fachkräfte dem Arbeitsmarkt dadurch schneller zur Verfügung stehen. Denn viele Tätigkeiten im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege dürfen nur von voll qualifizierten Fachkräften und nicht von Auszubildenden und Pflegehelfern/-helferinnen ausgeführt werden.

Ein Großteil der Ausbildungskosten entsteht für den Arbeitgeber durch die zu entrichtende Ausbildungsvergütung. Diese beträgt über alle Ausbildungsjahre hinweg durchschnittlich circa 1.200 Euro pro Monat (inklusive Lohnzusatzkosten). Hinzu kommen Aufwendungen für die bereitzustellende Infrastruktur in Form von qualifiziertem Berufsbildungspersonal, wie beispielsweise Pflegepädagoginnen und Pflegepädagogen sowie Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern, Kosten für Unterrichtsräume, technische Ausstattung, Ausbildungsorganisation, Lern- und Arbeitsmaterialien etc. Dem steht die produktive Leistung entgegen, die die Auszubildenden während ihrer Ausbildung erbringen. Diese lässt sich allerdings nur schwer quantifizieren und hängt stark von den individuellen fachlichen Vorkenntnissen, den Sprachkenntnissen und der Leistungsbereitschaft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der Gestaltung der Arbeitseinsätze im Betrieb ab.

Dennoch lassen sich Nettokosten in Höhe von rund 4.000 Euro pro Jahr für den Arbeitgeber als groben Richtwert nennen (Richtwert durch eigene Schätzungen auf Basis von: INSTITUT FÜR BERUFLICHE BILDUNG, ARBEITSMARKT- UND SOZIALPOLITIK 2009). Dieser Wert liegt vergleichsweise nahe an den durchschnittlichen Netto-Ausbildungskosten der Ausbildungsbetriebe im dualen System der Berufsausbildung, den das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) für das Jahr 2007 mit 3.596 Euro ermittelt hat (vgl. WENZELMANN/SCHÖNFELD/PFEIFER/DIONISIUS 2009, S. 2).

Auch für die Auszubildenden kann eine verkürzte Ausbildungsdauer Vorteile bringen, da sie früher eine Beschäftigung als Fachkraft beginnen und so schneller ein höheres Einkommen erzielen können. Die Differenz zwischen einer Ausbildungsvergütung von monatlich ca. 1.100 Euro Bruttogehalt im dritten Ausbildungsjahr und einem Einstiegsmonatsgehalt als Fachkraft von ca. 2.300 Euro Bruttzahlung beträgt etwa 1.200 Euro pro Monat.

Eine verkürzte Ausbildung kommt faktisch allerdings nur für solche Teilnehmerinnen und Teilnehmer infrage, die bereits eine pflegerische Ausbildung im Herkunftsland absolviert haben und dementsprechend über fundierte Kenntnisse im Pflegebereich verfügen. Für Teilnehmer/-innen ohne eine entsprechende Berufsausbildung ist eine Verkürzung der Ausbildungsdauer zwar theoretisch möglich, aber aus fachlichen Gründen in der Regel nicht sinnvoll. Auch eine Verkürzung um mehr als ein Jahr ist zumeist nicht zielführend, da kaum Zeit für einen hinlänglichen Spracherwerb und für soziale und fachliche Integration bleibt.

3.2 Anerkennung beruflicher Qualifikationen

Die zweite Möglichkeit zur Ausübung des Berufs der/des Gesundheits- und Krankenpfleger/-in besteht in der Anerkennung der im Herkunftsland erworbenen Berufsqualifikation. Da sowohl die Ausbildung als auch die praktischen Tätigkeiten im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege international oftmals große Differenzen aufweisen, ist jedoch in der Regel eine Anpassungsqualifizierung der ausländischen Fachkräfte erforderlich.

3.2.1 Rechtliche Voraussetzungen

Mit der Aufnahme des Berufs Gesundheits- und Krankenpfleger/-in in die Positivliste der Bundesagentur für Arbeit im Sommer 2013 können Pflegekräfte aus Drittstaaten ohne Vorrangprüfung zur Beschäftigung in Deutschland zugelassen werden.

Da es sich bei dem Berufsbild um einen reglementierten Beruf handelt, ist die Aufnahme einer Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in nur dann möglich, wenn die betreffende Person über einen deutschen Berufsabschluss verfügt oder im Rahmen eines Anerkennungsverfahrens eine volle Gleichwertigkeit ihrer ausländischen Berufsqualifikation zum jeweils aktuell gültigen Berufsbild Gesundheits- und Krankenpfleger/-in in Deutschland bescheinigt wird.

Für die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen existiert in Deutschland seit Einführung des Gesetzes zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen (kurz: Anerkennungsgesetz) des Bundes im April 2012 ein klarer Rechtsrahmen. Das Anerkennungsgesetz ist ein sogenanntes Artikelgesetz und umfasst neben dem neuen Bundesgesetz „Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz“ (BQFG), in dem die Berufe des dualen Systems geregelt sind, in den Folgeartikeln Änderungen beziehungsweise Anpassungen in den berufsrechtlichen Fachgesetzen und Verordnungen in den Zuständigkeiten der Fachressorts. Das bundesweite Anerkennungsgesetz gilt für reglementierte und nicht reglementierte Berufe in der Zuständigkeit des Bundes. In den Artikeln 35 und 36 des Anerkennungsgesetzes, die in den Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) fallen, sind die Änderungen des Krankenpflegegesetzes fixiert.

Grundvoraussetzung für eine Antragsberechtigung im Rahmen des Anerkennungsverfahrens ist der Nachweis einer staatlich anerkannten abgeschlossenen Berufsausbildung im Herkunftsland. Auch wenn die Anerkennung von Gesundheits- und Krankenpflegern/-innen bundesrechtlich im Krankenpflegegesetz geregelt ist, werden die Gleichwertigkeitsprüfungen von Landesstellen vorgenommen. Diese haben bei der Umsetzung des Gesetzes entsprechende Gestaltungsspielräume, sodass sich die Verfahren, wie sich in den Experteninterviews gezeigt hat, hinsichtlich Bearbeitungszeit, Zuständigkeiten, Kosten und auch des Zeitpunkts der einzureichenden Unterlagen zum Teil erheblich voneinander unterscheiden.

Im Rahmen einer Gleichwertigkeitsprüfung wird der im Ausland erworbene Berufsabschluss mit einem deutschen Referenzberuf verglichen. Bei den Gleichwertigkeitsprüfungen ist zu klären, ob wesentliche Unterschiede zwischen der ausländischen Berufsqualifikation und dem inländischen Referenzberuf bestehen und ob diese gegebenenfalls durch Berufserfahrung ausgeglichen werden können – unabhängig davon, ob diese im In- oder Ausland gesammelt wurde. Rein inhaltlich betrachtet ist bei den Gleichwertigkeitsprüfungen zwischen formalen und individuellen Prüfungen zu unterscheiden. Die formale Prüfung stellt einen Abgleich ausländischer Ausbildungsinhalte mit den deutschen dar, während die individuelle Prüfung sich in erster Linie auf die durch die Berufserfahrung erworbenen Fähigkeiten und Kompetenzen der Antragsteller konzentriert.

Die Antragstellung erfolgt bei der zuständigen Stelle des Bundeslandes, in dem die Beschäftigung ausgeführt werden soll. Die Stellen sind für die Durchführung der Gleichwertigkeitsprüfungen verantwortlich. Zukünftig können die Landesstellen bei der Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen im Einzelfall eine gutachtliche Stellungnahme anfordern (vgl. MARBURGER BUND 2015, o. S.). Diese Stellungnahme ist nicht rechtsverbindlich und dient daher lediglich als Entscheidungshilfe.

Erst wenn die volle Gleichwertigkeit des Abschlusses anerkannt wurde, kann eine Berufsurkunde beantragt und nach deren Ausstellung eine Beschäftigung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in in Deutschland aufgenommen werden.

Neben der fachlichen Gleichwertigkeit müssen Antragsteller nach § 2 KrPflG drei weitere Voraussetzungen für die Berechtigung zur Berufsausübung erfüllen:

- ▶ Die antragstellende Person muss über die entsprechende Zuverlässigkeit verfügen, die für die Ausübung des Berufs erforderlich ist.
- ▶ Die antragstellende Person muss gesundheitlich für die Ausübung des Berufs geeignet sein.
- ▶ Die antragstellende Person muss über die erforderlichen Deutschkenntnisse zur Ausübung des Berufs verfügen. Hier wird von den Landesstellen mittlerweile einheitlich das Sprachniveau B2 gefordert.

Da die eher praxisnahe Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in Deutschland in der Regel deutliche Unterschiede zu den akademischen Ausbildungsgängen in vielen Drittstaaten aufweist, stellt eine volle Gleichwertigkeit auf formaler Ebene ein eher unrealistisches Szenario dar. Das heißt, es muss bei jedem Antrag individuell geprüft werden, ob wesentliche Unterschiede durch entsprechende Berufserfahrung ausgeglichen werden können. Dies hat zur Folge, dass jeder Antrag einzeln und ausführlich begutachtet werden muss. Gruppenprüfungen sind demnach nicht möglich.

Auch nach individueller Gleichwertigkeitsprüfung, also nach Einbezug der praktischen Berufserfahrung, wird aufgrund der unterschiedlichen Berufsbilder in der Regel bei Krankenpflegekräften aus Drittstaaten keine volle Gleichwertigkeit erreicht, sodass eine Anpassungsqualifizierung zur Erlangung der vollen Gleichwertigkeit notwendig ist. Eine Anpassungsqualifizierung kann auf zwei Wegen erfolgen: in Form eines Anpassungslehrgangs mit abschließendem Fachgespräch oder in Form einer Kenntnisprüfung, die in der Regel mit einer vorbereitenden Qualifizierung verbunden ist. Solche Lehrgänge sind zwar nicht vorgeschrieben, jedoch sind die Chancen, eine Kenntnisprüfung erfolgreich zu absolvieren, ohne Teilnahme an solchen Kursen sehr gering (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015, S. 34).

Die Antragsteller/Antragstellerinnen können im Rahmen des Anerkennungsverfahrens im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege frei wählen, ob sie sich zur Erlangung der vollen Gleichwertigkeit einer Kenntnisprüfung oder einer Anpassungsqualifizierung unterziehen. Diese Wahlfreiheit gilt allerdings nicht für alle Pflegeberufe. Für Altenpfleger/-innen gibt die zuständige Stelle vor, welche Art der Qualifizierung zu durchlaufen ist.

3.2.2 Zeit- und Kostenaspekte

Die derzeit existierenden föderalen Strukturen im Anerkennungsverfahren von ausländischen Krankenpflegefachkräften führen dazu, dass die Verfahren sich hinsichtlich der Dauer erheblich unterscheiden, und zwar von durchschnittlich zwei Wochen bis zu vier Monaten je nach Bundesland (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015, S. 33).

Ferner variieren auch die Anforderungen an die eingereichten Unterlagen sowie die Organisation der Verfahrensabwicklung recht deutlich. Beispielsweise müssen in einigen Bundesländern die Sprachnachweise auf B2-Niveau bei Antragstellung eingereicht werden, während andere Bundesländer dies erst bei der Erlaubnis zur Erteilung der Berufsausübung einfordern. Die Prüfverfahren unterscheiden sich auch dahin gehend, dass die neben der Gleichwertigkeitsfeststellung erforderlichen Voraussetzungen zur Berufsausübung (wie persönliche Zuverlässigkeit, gesundheitliche Voraussetzungen, Sprachkompetenz) in einzelnen Bundesländern, wie z. B. in Nordrhein-Westfalen, von den Gesundheitsämtern und nicht von den für die Gleichwertigkeitsprüfungen zuständigen Stellen geprüft werden. Solch komplexe Prüfungsvorgänge sind, von der Verfügbarkeit der entsprechenden Unterlagen (z. B. ausländischer Lehrpläne) abgesehen, mit der gegebenen personellen Ausstattung von vielen Landesbehörden innerhalb der vorgegebenen Fristen nur schwer zu bewältigen (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015, S. 33).

Sowohl deutsche Arbeitgeber als auch die Antragsteller sind von der unterschiedlichen Dauer der Anerkennungsverfahren auch in finanzieller Hinsicht betroffen. Während der Bearbeitungszeit, die maximal fünf Monate (einen Monat zur Vollständigkeitsprüfung der eingereichten Unterlagen und vier Monate zur Bearbeitung der Anerkennung) dauern soll, ist der Lebensunterhalt der Antragstellerin/des Antragstellers sicherzustellen (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015, S. 33). Denn die Anpassungsqualifizierung kann erst nach Feststellung der wesentlichen Unterschiede durch die zuständige Stelle beginnen. Zwar kann die Antragstellerin/der Antragsteller schon in dieser Zeit als Praktikantin/Praktikant oder unter Umständen als Krankenpflegehelfer/-in beim zukünftigen Arbeitgeber tätig sein, jedoch kann diese Zeit kaum zur Anpassungsqualifizierung genutzt werden, was letztlich zu einer Ressourcenfehlallokation führt. Ferner muss der Arbeitgeber diesen Zeitverlust in Kauf nehmen, bis er die ausländische Fachkraft als vollwertige/-n Gesundheits- und Krankenpfleger/-in beschäftigen kann.

Zuletzt sind auch die Kosten für die Anerkennungsverfahren von Bundesland zu Bundesland verschieden. Bei der von uns im Rahmen der Studie durchgeführten stichprobenartigen Abfrage variierten diese zwischen 40 und 350 Euro. In manchen Bundesländern sind die Gebühren fix, in anderen variabel – je nach Aufwand. Hinzu kommen bei Bedarf noch die Aufwendungen für einen Anpassungslehrgang und die Kosten einer Kenntnisprüfung einschließlich Vorbereitungslehrgang. Diese Kosten können sich nach Erfahrungsberichten auf bis zu 6.000 Euro belaufen, insbesondere dann, wenn die Lehrgänge von externen Bildungsanbietern durchgeführt werden.

Da der Zeitpunkt des Nachweises der Sprachkenntnisse im Anerkennungsverfahren je nach Bundesland variiert, sind insbesondere Personen, die zum Zwecke der Arbeitsaufnahme in Deutschland aus einem Drittstaat kommen, gezwungen, sich bereits im Herkunftsland unterschiedlich intensiven Sprachausbildungen zu unterziehen. In vielen Bundesländern müssen bereits bei Antragstellung Deutschkenntnisse auf B2-Niveau vorliegen. In Bundesländern, in denen der Sprachnachweis erst bei Erteilung der Berufsausübung vorzulegen ist, kann die Phase des Anerkennungsverfahrens für die Sprachausbildung genutzt werden. Kann die Antragstellerin/der Antragsteller diese Zeit nicht produktiv nutzen (Spracherwerb, Tätigkeit als Krankenpflegehelfer/-in) und muss eine Wartezeit in Kauf nehmen, entstehen zusätzliche Kosten. In Deutschland sind ca. 750 Euro pro Monat für Unterkunft und Bestreitung des Lebensunterhalts zu veranschlagen, die entweder von der Antragstellerin/dem Antragsteller selbst oder vom künftigen Arbeitgeber zu zahlen sind (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015, S. 34). Bei einer Wartezeit im Herkunftsland fallen, wenn die Teilnehmer/-innen vorübergehend zu ihren Familien zurückkehren, so gut wie keine Kosten an.

4. Vergleichender Überblick der Varianten

Das Hauptziel der Anwerbung von Fachkräften aus Drittstaaten besteht darin, sie möglichst lange in deutschen Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern zu halten, um so den Fachkräftengpass langfristig zu bekämpfen. Hierfür müssen die fachliche und die soziale Integration erfolgreich verlaufen. Finanziell gesehen zahlen sich die Anfangsinvestitionen in die Anwerbung und in die Integration nur dann aus, wenn die Angeworbenen dem deutschen Arbeitsmarkt auf längere Sicht erhalten bleiben.

Ebenfalls von Bedeutung ist die Zeit, die vergeht, bis eine ausländische Fachkraft für die Arbeit in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung zur Verfügung steht, und zwar aus zwei Gründen: Zum einen besteht in vielen anwerbenden Krankenhäusern vielfach bereits jetzt ein akuter Bedarf an Fachkräften, der sich in einer hohen Belastung des Personals widerspiegelt und teilweise zu Verschiebungen oder gar zum Verzicht von Behandlungen führt. Zum anderen bedeuten fehlende Fachkräfte für Arbeitgeber von Pflegeeinrichtungen, dass eine Reihe von Fachtätigkeiten an den Pflegebedürftigen nicht durchgeführt werden können, was einerseits zu einer unangemessenen Betreuung der Patienten und Patientinnen, aber andererseits auch zu Umsatzeinbußen führen kann. Deswegen sehen Arbeitgeber in der Anwerbung ausländischer Fachkräfte nicht nur eine lang-, sondern bereits eine kurz- und mittelfristige Option.

Aber auch auf Bewerberseite sorgt eine umfassende Ausbildungs- und Qualifizierungszeit für Kosten bzw. Mindereinkommen gegenüber einem vollen Gehalt für die Arbeit als Fachkraft. Aus diesen Gründen ist eine kurze Qualifizierungsphase bzw. eine Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses erstrebenswert.

Selbstverständlich spielen die Kosten bei der Wahl der Rekrutierungsstrategie eine wichtige Rolle. Um sie besser einordnen zu können, werden sie zur Arbeitsleistung der Fachkraft

in Beziehung gesetzt. Dies macht die Amortisationszeit der Anfangsinvestitionen transparent. Nicht alle Vor- und Nachteile lassen sich quantifizieren. Sie enthalten jedoch wesentliche Argumente, die bei der Entscheidung für den einen oder den anderen Weg eine Rolle spielen. Deshalb sollen sie zunächst übersichtlich zusammengefasst werden (s. Tabelle 1).

	Ausbildung in Deutschland	Teilanerkennung und Qualifizierung in Deutschland
Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> ▶ sofern mindestens zweijährig: Zeit für erweiterten Spracherwerb und Integration ▶ standardisierte Ausbildung/Curricula ▶ Vermittlung umfassender Qualifikationen für die Berufsausübung ▶ bessere rechtliche Bedingungen für langfristigen Verbleib und weitere Arbeit in Deutschland 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Möglichkeit, Qualifizierung genau auf Bedarf zuzuschneiden ▶ Möglichkeit, Dauer der Qualifizierung auf weniger als ein Jahr zu beschränken ▶ Vermeidung von doppelt vermittelten Lehrinhalten ▶ Wertschätzung der Ausbildungsleistung im Herkunftsland
Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> ▶ erneute Ausbildung signalisiert geringe Wertschätzung der bislang erworbenen Qualifikationen ▶ mögliche finanzielle Engpässe aufgrund des geringen Ausbildungsentgelts, insbesondere im ersten Ausbildungsjahr 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ geringere Möglichkeiten des erweiterten Spracherwerbs und der Integration aufgrund knapperen Zeitbudgets ▶ weniger Zeit für flankierende integrative Maßnahmen

Bei dem Vergleich der Rekrutierungswege hinsichtlich der mit ihnen verbundenen Kosten und der zeitlichen Dauer muss mit Bandbreiten gearbeitet werden, da für jeden dieser Wege unterschiedliche Realisierungsoptionen infrage kommen bzw. der Zeitrahmen variiert.

- ▶ Bei einer erneuten Ausbildung in Deutschland sind dies realistischerweise vor allem eine reguläre dreijährige oder eine auf bis zu zwei Jahre verkürzte Ausbildung.
- ▶ Bei der Anerkennung entstehen unterschiedliche Wartezeiten. Diese variieren insgesamt (Anerkennungsverfahren und Vorprüfung) zwischen einem und fünf Monaten.
- ▶ Anpassungsqualifizierungen können zwischen zwei Monaten und drei Jahren dauern. Ein realistischer Zeitumfang wird bei einem Jahr angesetzt.

Zudem ist zu beachten, dass bei den Rekrutierungsstrategien eine ausführliche Spracherwerbsphase von mindestens einem Jahr vorgeschaltet sein sollte, von der der Erfolg der weiteren Qualifizierung entscheidend abhängt. Aufgrund der Bandbreiten kann keine eindeutige Reihung nach der jeweils benötigten Zeit vorgenommen werden. Vielmehr gibt es teilweise Überschneidungen im Zeitbedarf. Allerdings fällt die maximale Dauer bei der Anerkennung mit anschließender Anpassungsqualifizierung in Deutschland geringer aus als die minimale Dauer der (erneuten) Ausbildung in Deutschland.⁴ Die konkrete Dauer der Qualifizierungs-

⁴ Hierbei wird unterstellt, dass eine Anpassungsqualifizierung nicht länger als ein Jahr dauert, was auch den realen Gegebenheiten entspricht.

maßnahme ist jedoch stark von den individuellen Voraussetzungen der Pflegekraft abhängig. In Deutschland kann die für die Integration zur Verfügung stehende Zeit deutlich variieren.

Tabelle 2: Zeit und Kosten der Rekrutierungsstrategien⁵

	Zeit (Jahre)	Kosten (Euro)
Ausbildung in Deutschland		
Minimum	3,0	20.150
Maximum	4,1	26.500
Anerkennung: Anpassungsqualifizierung in Deutschland		
Minimum	1,3	9.150
Maximum	2,4	18.750

Vgl. BIEBELER/KÖRBEI/PIERENKEMPER 2015, S. 43 ff.

Neben den Zeitunterschieden gibt es bei diesen Varianten auch eine deutliche Varianz bei den Kosten. Diese betrifft z. B. die Kosten für Qualifizierungsmaßnahmen, die Nettokosten der Ausbildung sowie die Entlohnung bei einer längeren Hilfstätigkeit mit ergänzender Qualifizierung, die gegenüber einer qualifizierten Fachkraft geringer ausfällt. Die Kosten für die Einreise sind für alle drei Varianten identisch.

Bei den angegebenen Kosten handelt es sich um Nettokosten, in denen beispielsweise die produktiven Leistungen der Auszubildenden bereits berücksichtigt sind. Es können darüber hinaus auch Aufwendungen für Unterbringung, ergänzende Qualifizierung oder Weiterbildung sowie weiterführende Sprachkurse hinzukommen.

Im Ergebnis liegen für alle Varianten die Amortisationszeiten⁶ aus Unternehmenssicht bei unter einem Jahr, zumeist bei rund einem halben Jahr. Bei der Berechnung der Amortisationszeiten wurde wie folgt vorgegangen:

Für die Unternehmensperspektive wird angenommen, dass es in den aufnehmenden Unternehmen eine Pflegefachkraftlücke gibt und dass die Entlohnung ihrer Arbeitsproduktivität entspricht. Diese dürfte einschließlich Lohnnebenkosten bei gut 36.000 Euro pro Jahr liegen. Für den Blickwinkel des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin wird angenommen, dass er/sie

5 Für eine Aufschlüsselung der einzelnen Kosten- und Zeitberechnungen siehe Tabelle „Zeit und Kosten für die Varianten ‚Ausbildung‘ und ‚Anerkennung‘ bei der Rekrutierung von Fachkräften“ im Anhang.

6 Zur Berechnung der Amortisationszeit wird die Summe der Aufwendungen in Beziehung zum Gehalt gesetzt – für das Unternehmen entsprechend zum Bruttolohn der ausländischen Fachkraft inklusive der Lohnzusatzkosten, für die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer zum durchschnittlichen Nettolohn. Bei diesem Vergleich wird für beide Seiten unterstellt, dass ohne die Anwerbung, Qualifizierung und Integration keine anschließende Beschäftigung entstehen würde und somit Arbeitsplätze in Deutschland unbesetzt bleiben bzw. die ausländische Fachkraft keine Beschäftigungsoption erhalten würde.

im Herkunftsland keine berufliche Perspektive hätte. Der Nett Jahreslohn des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin liegt bei etwas unter 20.000 Euro im Jahr.⁷

Eine zweijährige Berufsausbildung (Nettokosten: 20.150 Euro) amortisiert sich für den Arbeitgeber demnach nach rund sieben Monaten Beschäftigung als Fachkraft, bei einer dreijährigen Berufsausbildung (Nettokosten: 26.500 Euro) sind es neun Monate. Die maximale Amortisationszeit bei der Variante Anerkennung (Nettokosten: 18.750 Euro) beläuft sich auf sechs Monate, im günstigsten Fall (Nettokosten: 9.150 Euro) sind es nur drei Monate.

Es zeigt sich, dass die Zeiträume für die Amortisation bei den Varianten „Ausbildung“ und „Anerkennung mit Anpassungsqualifizierung“ allesamt sehr kurz sind und ein halbes Jahr kaum übersteigen. Dies erhöht die Bedeutung der nicht quantifizierten Entscheidungsparameter im Bereich der fachlichen und sozialen Integration.

5. Schlussfolgerung

Vorrangiges Ziel einer potenzialorientierten Zuwanderung von ausländischen Pflegekräften ist die nachhaltige Integration der Angeworbenen. Eine Anwerbung, die vornehmlich unter Kosten- und Zeitaspekten erfolgt, ist zumeist nicht zielführend. Entscheidend für den Erfolg einer Strategie aus Sicht des Anwerblandes und damit auch für den Arbeitgeber ist letztlich, dass die angeworbenen Fachkräfte längerfristig dem deutschen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Dafür ist neben einer fachlichen Integration auch eine erfolgreiche soziale Integration der Pflegekräfte unabdinglich.

Um dies zu gewährleisten, sind bei der Anwerbung zahlreiche Faktoren auf zwei Ebenen zu berücksichtigen: zum einen die der Zuwandernden und des Herkunftsland, zum anderen die des Aufnahmelandes Deutschland und der deutschen Arbeitgeber. Die individuellen Voraussetzungen und Erfahrungen der Zuwandernden, die (kulturellen) Gegebenheiten in Deutschland sowie im Herkunftsland und auch ein auf die Bedürfnisse der Zuwandernden abgestimmtes Verhalten des deutschen Arbeitgebers sind nur einige Aspekte, die für einen langfristigen Verbleib einer ausländischen Pflegekraft ausschlaggebend sind.

Weiter oben wurde bereits ausgeführt, dass die mit der Anwerbung verbundenen Kosten sich bei beiden Varianten für den Arbeitgeber in wenigen Monaten amortisieren. Dies ist jedoch kein Argument gegen die zentrale Zielsetzung der langfristigen Bindung von ausländischen Fachkräften in Deutschland. Denn eine frühzeitige Rückkehr von ausgebildeten Krankenpflegekräften ins Herkunftsland würde den Beitrag zur Schließung der Fachkräftelücke konterkarieren, die durch erneute Rekrutierungs- und Qualifizierungsanstrengungen wiederum zu schließen wäre. Für die Dauer der Nichtbesetzung von Stellen entstehen Wertschöpfungsverluste, die mit unternehmerischen und gesellschaftlichen Kosten verbunden sind.

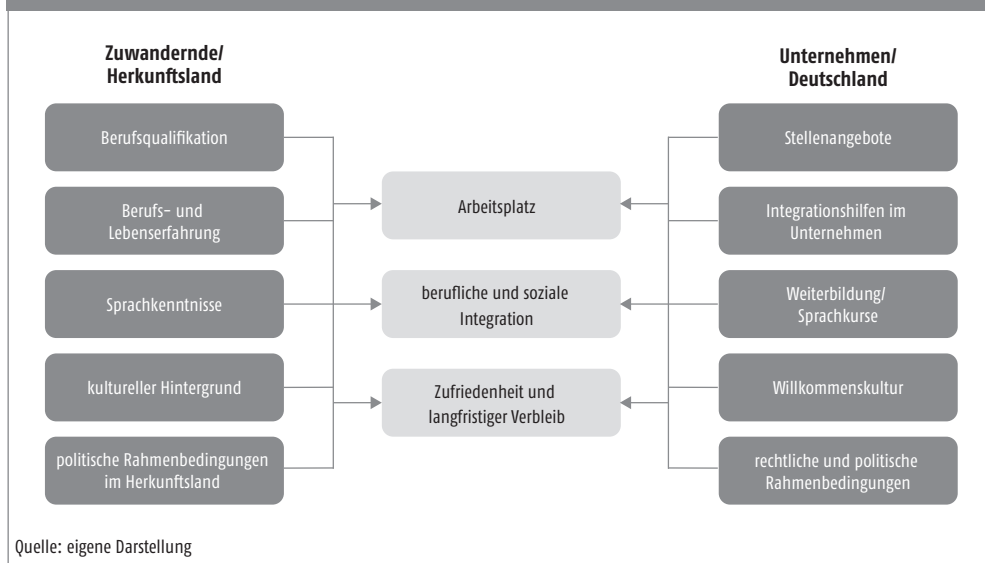
⁷ Dies ist der Wert für eine kinderlose und unverheiratete Fachkraft, der als Standardfall für die betrachtete Zuwanderung gelten kann. Entsprechende Abweichungen ergeben sich bei einem anderen Familienstand des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin.

Eine umfassende Gesamtbewertung der Anwerbestrategien muss daher nicht nur die Mikroebene der ausländischen Fachkräfte und des deutschen Arbeitgebers berücksichtigen, sondern muss auch gesamtgesellschaftliche und politische Aspekte in Deutschland und im jeweiligen Herkunftsland im Blick haben. Eine langfristig angelegte Strategie zur Gewinnung von Krankenpflegekräften aus Drittstaaten kann nur dann erfolgreich sein, wenn die Anwerbung unter fairen Bedingungen vollzogen wird und somit ein Interessenausgleich aller Beteiligten gewährleistet ist. Letztendlich ist eine „Quadruple-win-Situation“ zu schaffen, von der alle Beteiligten – ausländische Fachkraft, deutscher Arbeitgeber, Herkunftsland und Deutschland – auf der Mikro- und Makroebene profitieren.

Auch hinsichtlich des zunehmenden internationalen Wettbewerbs um Pflegefachkräfte ist eine faire und auf Augenhöhe gestaltete Anwerbung ein entscheidender Vorteil für Deutschland, da einige andere Länder ihre Anwerbepbemühungen auf rein ökonomische und temporäre Strategien ausrichten, wie dies in Deutschland in den 1960er- und 1970er-Jahren bei der Anwerbung von Gastarbeitern der Fall war.

Bei der Ermittlung der Vor- und Nachteile der Anerkennung und Ausbildung im Rahmen der Fachkräftegewinnung lassen sich insgesamt, neben Zeit- und Kostenaspekten, basierend auf den Untersuchungen im Rahmen dieser Studie sowohl auf den Ebenen der Zuwandernden und Herkunftsländer als auch der Unternehmen und des Aufnahmelandes Deutschland jeweils fünf zentrale Dimensionen identifizieren. Diese beeinflussen nachhaltig die Situation am Arbeitsplatz, die berufliche und soziale Integration sowie die Verbleibdauer in Deutschland (s. Abbildung 1).

Abbildung 1: Zentrale Einflussfaktoren der potenzialorientierten Zuwanderung und der nachhaltigen Integration im deutschen Arbeitsmarkt



Zuwandernde und Herkunftsländer

Auf der Ebene der **Zuwandernden bzw. der Herkunftsländer** sind vor allem folgende Dimensionen für die Wahl der Anwerbestrategie sowie für die fachliche und soziale Integration von Bedeutung:

Berufsqualifikation

Die berufliche Ausbildung von Krankenpflegefachkräften variiert weltweit stark. In vielen Ländern handelt es sich um eine akademische Qualifizierung. Unterschiede in der Berufsausbildung zwischen Herkunfts- und Zielland bedingen Art und Umfang des Bedarfs an berufsfachlicher Qualifizierung. Deutliche Unterschiede zur deutschen Krankenpflegeausbildung bestehen in der Regel hinsichtlich der Verzahnung von Theorie und Praxis in der Ausbildung, der geltenden medizinischen Standards sowie der technischen Ausstattung in den Krankenhäusern. Je nach Unterschiedlichkeit zwischen der Ausbildung im Herkunftsland und in Deutschland ist zu prüfen, ob eine Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses oder eine erneute Ausbildung die Aussicht auf einen längerfristigen Verbleib erhöhen.

Sprachkenntnisse

Sprachkenntnisse sind der Schlüssel für die berufliche und soziale Integration. Insbesondere in Gesundheitsberufen sind sie mit Beginn der Qualifizierung im Zielland unverzichtbar, da es durch Verständnisprobleme zu Menschenleben gefährdenden Situationen kommen kann, zum Beispiel wenn Anweisungen nicht richtig verstanden oder wiedergegeben werden. Zudem gehört die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten beziehungsweise Bewohnerinnen und Bewohnern zum festen Bestandteil des beruflichen Alltags. In diesem Kontext ist zu berücksichtigen, dass das Erlernen der deutschen Sprache von angehenden Krankenpflegefachkräften aus dem Ausland maßgeblich durch den Stellenwert von Fremdsprachen im Herkunftsland sowie von der Sprachverwandtschaft zur deutschen Sprache beeinflusst wird (vgl. BIEBELER/KÖRBEL/PIERENKEMPER 2015, S. 14).

Kulturelle Gegebenheiten

Nicht nur die fachlichen Voraussetzungen der Teilnehmer/-innen sind entscheidend für einen erfolgreichen beruflichen Einstieg im Zielland, sondern auch ihr kultureller Hintergrund. Je deutlicher die kulturellen Gegebenheiten von Herkunfts- und Zielland voneinander abweichen, desto schwieriger gestaltet sich die Integration. Faktoren wie religiöser Hintergrund, familiäre Bindungen, Empathiefähigkeit, kulturell geprägter Umgang mit Alter und Krankheit etc. spielen in diesem Kontext eine bedeutende Rolle.

Politische und ökonomische Rahmenbedingungen

Die Mitwirkungsbereitschaft der verantwortlichen Stellen in den Herkunftsländern ist für die Anwerbung der Fachkräfte von zentraler Bedeutung. Bilaterale Abkommen und Absprachen

können den Anwerbeprozess vereinfachen und beschleunigen. Die Potenziale einer fairen, erfolgreichen Anwerbung hängen stark von den politischen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen im Herkunftsland ab. Dabei stellen die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Arbeitsmarktsituation, die wirtschaftliche und demografische Entwicklung und auch die politische Stabilität zentrale Einflussgrößen dar.

Unternehmen und das Aufnahmeland Deutschland

Die Persönlichkeitsstruktur und Qualifikationen der Zuwandernden sowie die Bereitschaft der Herkunftsländer, die Anwerbung zu unterstützen, sind nur die eine Seite der Medaille. Die vorhandenen Strukturen **Deutschlands** und die Bereitschaft der inländischen **Unternehmen**, wie beispielsweise von Krankenhäusern, die ausländischen Fachkräfte bei der sozialen und fachlichen Integration zu unterstützen, sind weitere zentrale Säulen für eine erfolgreiche Anwerbung von ausländischen Krankenpflegekräften. Für die fachliche und soziale Integration sind folgende Dimensionen von Bedeutung:

Stellenangebot

Voraussetzung für den Einstieg in den deutschen Arbeitsmarkt ist ein konkretes Stellenangebot. Doch damit alleine ist es nicht getan. Über ein Stellenangebot hinaus ist ein offenes und willkommen heißendes unternehmerisches Umfeld für die erfolgreiche Integration der ausländischen Fachkräfte von zentraler Bedeutung. Dazu gehört auch, dass die aufnehmenden Krankenhäuser Zeiten für Praxisanleiter/-innen und Unterweisungen der künftigen Fachkräfte einplanen und die ausländischen Fachkräfte langsam an ihre neuen Aufgaben heranzuführen.

Integrationshilfen im Unternehmen

Eine nachhaltige Integration ist nur möglich, wenn sie von allen Beteiligten im Unternehmen mitgetragen wird. Von elementarer Bedeutung ist in diesem Kontext die Akzeptanz und Anerkennung der ausländischen Pflegekräfte im Kollegenkreis. Nur unter diesen Voraussetzungen sind eine erfolgreiche Einarbeitung sowie eine langfristige Bindung an den Arbeitsplatz gewährleistet. Unternehmensengagement kann sich z. B. in folgenden Bereichen zeigen: Hilfen bei der Unterbringung, Unterstützungsangebote zur sozialen Integration (zum Beispiel Mentoringprogramme), Unterstützung bei Formalitäten (z. B. Behördengänge).

Weiterbildung/Sprachkurse

Da in der Regel die Ausbildung im Herkunftsland oftmals große Unterschiede zur deutschen Krankenpflegeausbildung aufweist, spielen zusätzlich passgenaue Weiterbildungsangebote, auch über die Anpassungsqualifizierung im Zuge der Anerkennung bzw. einer Ausbildung in Deutschland hinaus, eine zentrale Rolle bei der fachlichen und sozialen Integration. Auch im Bereich des Spracherwerbs sind je nach Herkunftsland der Fachkräfte zusätzliche Angebote

an Sprachkursen, wie z. B. berufsbezogenes Deutsch, für eine qualifizierte Berufsausübung unentbehrlich.

Willkommenskultur

Für eine nachhaltige fachliche und soziale Integration der Pflegekräfte in Deutschland ist eine gelebte Willkommenskultur, die zum Bleiben einlädt, eine entscheidende Voraussetzung. Eine rundum erfolgreiche Integration lässt sich zudem nur mit einer breiten Unterstützung und Akzeptanz durch Behörden und Gesellschaft verwirklichen. Ausprägungen einer gelebten Willkommenskultur sind zum Beispiel eine serviceorientierte Arbeitsweise der Behörden, der freundliche Umgang von Kollegen mit den ausländischen Fachkräften und die Akzeptanz der Bevölkerung im Wohnumfeld. Eine offene Willkommenskultur zeigt sich zudem in einem klaren und für ausländische Krankenpflegekräfte leicht nachvollziehbaren Rechtsrahmen. Dazu zählen einheitliche Anerkennungsverfahren und Zugangsvoraussetzungen zur Aufnahme einer Berufsausbildung und die Transparenz der Verfahrensabläufe. Auch wenn die Pflegeeinrichtungen hier nur begrenzt einwirken können, kann der freundliche und offene Umgang mit den neuen Pflegekräften ebenfalls einen wesentlichen Faktor für eine gelingende Integration liefern.

Rechtliche und politische Rahmenbedingungen

Auch rechtliche und politische Rahmenbedingungen haben Einfluss auf die Verbleibdauer der ausländischen Fachkräfte. So erleichtert ein klarer, für Migranten und Migrantinnen und deutsche Arbeitgeber leicht nachvollziehbarer Rechtsrahmen sowohl den Anwerbeprozess als auch die berufliche und soziale Integration der neuen Mitarbeiter/-innen.

6. Fazit

Zentrales Ergebnis der Untersuchung ist, dass sowohl die Anerkennung des ausländischen Berufsabschlusses als auch eine Berufsausbildung in Deutschland als Anwerbeoptionen infrage kommen. Die Ermittlung der optimalen Anwerbestrategie ist keine „Schwarz-Weiß-Entscheidung“. Je nach individuellen Voraussetzungen der ausländischen Fachkraft sowie der strukturellen und politischen Rahmenbedingungen in den Herkunftsländern sind die Varianten „Anerkennung“ oder „Ausbildung“ bei der Anwerbung von Krankenpflegefachkräften aus Drittstaaten zu bevorzugen. Die Vorteile für eine Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsqualifikationen mit ergänzender Qualifizierung in Deutschland liegen umso höher, je umfangreicher die bereits vorhandenen Kompetenzen und beruflichen Erfahrungen der Personen sind.

Für den Arbeitgeber ist entscheidend, dass er am Ende des Prozesses über eine gut qualifizierte, im Kollegenkreis akzeptierte und integrierte Fachkraft verfügt, die sich an ihrem Arbeitsplatz im Krankenhaus wohlfühlt und sich produktiv einbringen kann. Hierbei spielt auch das Engagement der einzelnen Pflegeeinrichtung eine nicht zu unterschätzende Rolle. Positiv begleiten kann dies eine ausgeprägte Willkommenskultur in Deutschland, die eine In-

tegration der ausländischen Fachkräfte in allen Lebensbereichen von Behördengängen über die Einbindung der Familien bis hin zur Freizeitgestaltung aktiv unterstützt.

Grundsätzlich gilt jedoch, dass sich beide Wege der Anwerbung und Arbeitsmarktintegration von ausländischen Krankenpflegefachkräften aus Drittstaaten hinsichtlich Zeit- und Kostenfaktoren sowie der Amortisationszeit nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Damit kommt denjenigen Faktoren, die eine nachhaltige Integration von ausländischen Fachkräften aus Drittstaaten begünstigen, eine besondere Bedeutung zu. Generell stellt die Bleibedauer der ausländischen Fachkräfte das zentrale Erfolgskriterium bei der Anwerbung und der damit verbundenen Vorteilhaftigkeit für alle Beteiligten dar.

Anhang

Zeit und Kosten für die Varianten „Ausbildung“ und „Anerkennung“ bei der Rekrutierung von Fachkräften

Verfahrensschritte	Zeit	Kosten	Implikationen
Variante 1: Ausbildung als Krankenpfleger/-in in Deutschland			
Rekrutierung/ Anwerbung (inkl. Spracherwerb)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spracherwerb (B2-Niveau): 1 Jahr ▶ erste Qualifikationsschritte und Orientierungstag ▶ Rekrutierung ▶ Matching ▶ alle Schritte: ca. 12–15 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kosten für einen einjährigen Sprachkurs für B2-Niveau ca. 2.500–3.000 Euro pro TN ▶ Kosten für erste Qualifikationsschritte und Orientierungstag: 200 Euro ▶ Gesamtkosten der Rekrutierung: 5.000 Euro einschließlich B2-Sprachkurs und Integrationsmodul ▶ Ausbildungsplatzsuche (Matching) 	kein Berufsabschluss erforderlich, Zugangsvoraussetzungen für Aufnahme der Ausbildung (mittlerer Schulabschluss oder Hauptschulabschluss plus einschlägige Berufserfahrung)
Rahmenbedingungen (Einreise-, Aufenthalts-, Arbeitsbestimmungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung inkl. Visum: bis zu mehrere Monate ▶ Vorrangprüfung (wenn keine Vermittlungsabkommen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Visakosten: 60 Euro ▶ Aufenthaltstitel: 100 Euro ▶ Kosten für Übersetzungen und Beglaubigungen: 100 Euro ▶ Flugkosten: ca. 900 Euro 	aufenthaltsrechtliche Vorteile
Qualifizierungsmaßnahme (inkl. Integration)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ evtl. Vorbereitungszeit im Herkunftsland ▶ zwei bis drei Jahre in Deutschland (Ausbildungszeit) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Antrag auf verkürzte Ausbildung: bis 150 Euro ▶ Nettoausbildungskosten: ca. 4.000 Euro pro Jahr ▶ Lebenshaltungskosten (vs. Ausbildungsvergütung) ▶ ggf. verbesserter Spracherwerb ▶ Betreuung Fachkräfte durch Mentoren 	voller deutscher Standard = hohe Akzeptanz; möglicherweise Unzufriedenheit der Teilnehmer über Tätigkeiten und erneute Ausbildung; gute Voraussetzungen für soziale Integration; leicht durch Ausbildungsleiter/Mentoren zu unterstützen

Verfahrens-schritte	Zeit	Kosten	Implikationen
Variante 2: Teilanerkennung mit Anpassungsqualifizierung in Deutschland			
Rekrutierung/ Anwerbung (inkl. Sprach- erwerb)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Spracherwerb (B2-Niveau): 1 Jahr ▶ erste Qualifikationsschritte und Orientierungstag ▶ Rekrutierung ▶ Matching ▶ alle Schritte: ca. 12–15 Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kosten für einen einjährigen Sprachkurs für B2-Niveau ca. 2.500–3.000 Euro pro TN ▶ Kosten für erste Qualifikationsschritte und Orientierungstag: 200 Euro ▶ Gesamtkosten der Rekrutierung: 5.000 Euro einschließlich B2-Sprachkurs und Integrationsmodul ▶ Ausbildungsplatzsuche (Matching) 	nur Personen, die bereits eine Krankenpflegeausbildung abgeschlossen haben, keine Berufserfahrung gefordert
Rahmenbe- dingungen (Einreise-, Aufenthalts-, Arbeitsbestim- mungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dauer des Gleichwertigkeitsverfahrens und Unterlagenprüfung: ca. 5 Monate ▶ Erteilung der Aufenthaltsgenehmigung inkl. Visum: bis zu mehrere Monate 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kosten für Gleichwertigkeitsprüfung: ca. 250 Euro (zwischen 50 und 350 Euro) ▶ Visakosten: 60 Euro ▶ Kosten für Aufenthaltstitel: 100 Euro ▶ Kosten für Übersetzung und Beglaubigung: 100 Euro ▶ Flugkosten: ca. 900 Euro 	
Qualifizierungs- maßnahme (inkl. Inte- gration)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dauer der Anpassungsqualifizierung: 2 Monate bis 1 Jahr (theoretisch bis 3 Jahre) ▶ kein zusätzlicher Zeitbedarf für Spracherwerb 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kosten der Anpassungsqualifizierung oder einer Kenntnisprüfung mit Vorbereitungslehrgang: 500–6.000 Euro ▶ Lebenshaltungskosten ▶ Vergütung für Arbeit als Pflegehilfskraft (vs. produktiver Nutzen): 1.400 Euro pro Monat ▶ ggf. verbesserter Spracherwerb 	teilweise deutscher Standard = niedrigere Akzeptanz als deutsche Berufsausbildung; eventuell begleitende Arbeit als Pflegehilfskraft; Fachkliniken sind unter Umständen auf teure und teilweise lange Anpassungsqualifizierungen angewiesen; Integrationsmaßnahmen während Anpassungsqualifizierung möglich

Literatur

- BIEBELER, Hendrik; KÖRBELE, Markus; PIERENKEMPER, Sarah: Vor- und Nachteile der beruflichen Anerkennung und Ausbildung bei der Fachkräftegewinnung in der Krankenpflege. 2015. URL: <http://www.iwkoeln.de/studien/gutachten/beitrag/hendrik-biebeler-markus-koerbel-sarah-pierenkemper-vor-und-nachteile-der-beruflichen-anerkennung-und-ausbildung-bei-der-fachkraeftegewinnung-in-der-krankenpflege-249049> (Zugriff: 17.08.2016)
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT: Sonderauswertungen. Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln e.V. Nürnberg 2016

- BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES (Hrsg.): Fortschrittsbericht 2013 zum Fachkräftekonzept der Bundesregierung. Berlin 2014
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ: Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG). 2003 in der Fassung von 2016. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/krpflg_2004/BJNR144210003.html (Zugriff: 22.11.2016)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ: Gesetz über die Feststellung der Gleichwertigkeit von Berufsqualifikationen (Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz – BQFG (kurz: Anerkennungsgesetz)). 2011 in der Fassung von 2015. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bqfg/gesamt.pdf> (Zugriff: 22.11.2016)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND ENERGIE (Hrsg.): Ausbildung junger Menschen aus Drittstaaten. Chance zur Gewinnung künftiger Fachkräfte für die Pflegewirtschaft. Berlin 2014
- INSTITUT FÜR BERUFLICHE BILDUNG, ARBEITSMARKT- UND SOZIALPOLITIK: Entwicklung und Bereitstellung des Instruments „QEK Altenpflegeausbildung“. 2009. URL: http://www.ibb.uni-bremen.de/fileadmin/user/Fotos/Aktuelles/Altenpfl_QEK-Bericht-Auszug_1_.pdf (Zugriff: 17.08.2016)
- MARBURGER BUND: MB begrüßt Einrichtung einer länderübergreifenden Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe. 2015. URL: <https://www.marburger-bund.de/artikel/allgemein/2015/mb-begruesst-einrichtung-einer-laenderuebergreifenden-gutachtenstelle-fuer-gesundheitsberufe> (Zugriff: 17.08.2016)
- ROTHGANG, Heinz; MÜLLER, Rolf; UNGER, Rainer; KLIE, Thomas; GÖHNER, Anne; SCHUHMACHER, Birgit: Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? 1. Aufl. Gütersloh 2012
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (Hrsg.): Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern. Wiesbaden 2010
- STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (Hrsg.): Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Wiesbaden 2011
- WENZELMANN, Felix; SCHÖNFELD, Gudrun; PFEIFER, Harald; DIONISIUS, Regina: Betriebliche Berufsausbildung: Eine lohnende Investition für die Betriebe. BIBB-Report, 3. Jg., Nr. 9 2009. URL: http://www.bibb.de/dokumente/pdf/a12_bibbreport_2009_08.pdf (Zugriff: 17.08.2016)
- ZENTRALE AUSLANDS- UND FACHVERMITTLUNG: Merkblatt Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deutschland. Fragen, Antworten sowie Tipps für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. 2015

Juliane Dieterich

► Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte – ethnografische Perspektiven auf eine heterogene Weiterbildungssituation

1. Einleitung

In diesem Beitrag wird ein Forschungsvorhaben der Universität Kassel vorgestellt, das sich mit der Qualifizierung von ausländischen Pflegefachkräften aus Drittstaaten beschäftigt, die im Rahmen von Anerkennungsverfahren vorgesehen sind. Einführend werden Herausforderungen skizziert, die mit der Durchführung solcher Anpassungslehrgänge und Kenntnisprüfungen einhergehen, um anschließend deren Relevanz vor dem Hintergrund des prognostizierten Fachkräftemangels darzustellen. Nach einer vorläufigen theoretischen Einordnung dieses speziellen Bereichs pflegeberuflicher Bildung wird erklärt, wie ethnografische Zugänge genutzt werden können, um Einblicke in dieses weitgehend unbekanntes Terrain zu gewinnen. Abschließend werden erste explorative Ergebnisse aus der ersten Phase des Forschungsprozesses zusammengefasst dargestellt.

2. Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte – Herausforderungen und offene Fragen

Im Jahr 2014 wurde ich gebeten, an einem Arbeitskreis mitzuwirken, der sich mit der Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen für ausländische Pflegekräfte in Hessen beschäftigte. Dadurch wurde ich auf einen Pflegebildungsbereich aufmerksam, dem in der pflegepädagogischen Auseinandersetzung bisher kaum Aufmerksamkeit zuteilwird.

Obwohl die Integration ausländischer Pflegekräfte in das deutsche Gesundheitswesen als Strategie der Personalgewinnung kein neues Thema darstellt, erfährt sie durch die aktuelle Zuwanderungssituation und die Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) erneut Brisanz (vgl. BUNDESMINISTERIUMS DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ 2014). Neu ist vor allem die Regelung in § 20b der KrPflAPrV zur Qualifizierungspflicht im Rahmen des Anerkennungsverfahrens, das antragstellende Pflegekräfte aus Drittstaaten durchlaufen müssen. Hier heißt es: „Antragsteller, die eine Erlaubnis [...] beantragen, haben einen Anpassungslehrgang [...] zu absolvieren, der mit einer Prüfung über den Inhalt des Anpassungslehrgangs abschließt, oder eine Kenntnisprü-

fung [...] abzulegen, wenn sie über einen Ausbildungsnachweis verfügen, der in einem Drittstaat erworben worden ist, und ihre Ausbildung wesentliche Unterschiede zu der deutschen Ausbildung aufweist“ (ebd., S. 8).

Die Wahlpflicht besteht somit zwischen einer Kenntnisprüfung oder einem Anpassungslehrgang. Während die Kenntnisprüfung der staatlichen Abschlussprüfung in der Gesundheits- und Krankenpflege der Struktur und dem Inhalt sehr nahekommt, handelt es sich beim Anpassungslehrgang um ein Krankenpflegepraktikum, das mit einem Fachgespräch zur Überprüfung erworbener Kompetenzen abschließt.

Tabelle 1: Varianten der Qualifizierung nach § 20b (ebd.)

Anpassungslehrgang	Kenntnisprüfung
Dauer = mind. 6 Monate	Dauer = mind. 2 Wochen
Überwiegend Praktika	Theoretischer Vorbereitungskurs
Kompetenzüberprüfung durch ein Abschlussgespräch	Kompetenzüberprüfung durch eine praktische Abschlussprüfung

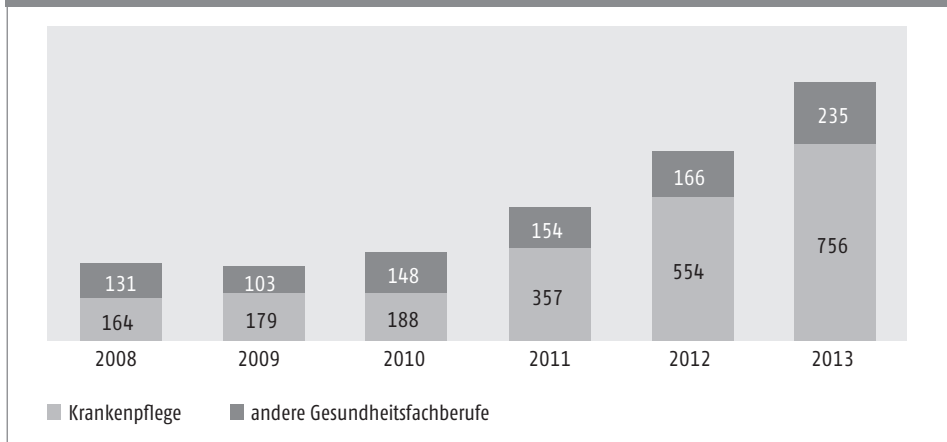
Aus dieser Qualifizierungspflicht erwächst der Auftrag an die Bildungsverantwortlichen, wie Aufsichtsbehörden und Krankenpflegesschulen, entsprechende Angebote zu konzipieren und anzubieten. Das Ziel des oben genannten Arbeitskreises am Regierungspräsidium Darmstadt war es deshalb, die relativ allgemein gehaltenen bundesgesetzlichen Vorgaben zur Durchführung dieser Qualifizierungs- und Prüfungsmaßnahmen zu konkretisieren, um eine Rahmenregelung für die durchführenden Krankenpflegesschulen auf der Landesebene zu schaffen (vgl. REGIERUNGSPRÄSIDIUM DARMSTADT 2016). Damit schließt die Aufsichtsbehörde in Hessen an eine lange Tradition des Verwaltungshandelns an, das die Bildungsakteurinnen und Bildungsakteure an Krankenpflegesschulen an der Implementierung neuer Vorgaben aktiv beteiligt. Im Fall der Anerkennungsqualifizierung sollte auf der landesbehördlichen Mesoebene auf diese Weise ein curricularer Rahmen für die verschiedenen Schulungsvarianten konzipiert werden, der gleich einem konkretisierten Bindeglied zwischen der berufsgesetzlichen Makroebene und der pädagogisch-didaktischen Umsetzung auf der Mikroebene der Krankenpflegesschulen fungieren sollte. Es ging um die Einigung über curriculare Elemente wie Inhalte und Ziele sowie um Mindestanforderungen an ein Bestehen der vorgesehenen Kompetenzüberprüfungen.

Bei der Entwicklung dieses konzeptionellen Rahmens kam es zu einem regen Austausch über bereits vorhandene einrichtungsspezifische Erfahrungen und Praxen im Kontext der Bildungsarbeit mit ausländischen Pflegekräften. Dabei wurden vor allem die folgenden Aspekte problematisiert:

- ▶ Die anwesenden Bildungsakteurinnen und Bildungsakteure verzeichneten einen deutlichen Anstieg von ausländischen Pflegefachkräften aus Drittstaaten, die Qualifizierungs-

maßnahmen in den Krankenpflegeschulen nachfragen. Dies belegen auch die in Hessen erhobenen Daten der Landesbehörde zur Antragstellung auf Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpflegerin nach § 20b KrPflAPrV.

Abbildung 1: Entwicklung der Anträge auf Anerkennung eines ausländischen Gesundheitsfachberufes in Hessen (eigene Statistik des REGIERUNGSPRÄSIDIUMS DARMSTADT 2014)



- ▶ Die Pflegefachkräfte aus Drittstaaten, die eine Qualifizierungsmaßnahme an den Krankenpflegeschulen nachfragen, weisen eine große Heterogenität hinsichtlich ihrer nationalen Herkunft, ihres Bleibestatus, ihres sozialen Umfelds, ihres Bildungsniveaus, ihrer pflegepraktischen Expertise, ihrer Sprachkompetenz und ihrer Bildungs- bzw. Karriereaspiration auf.
- ▶ Konzepte und Verfahren, die im Bereich pflegerischer Aus- und Weiterbildung gängig sind, werden von den Bildungsakteurinnen und Bildungsakteuren zwar auf die schulischen und praktischen Lernsituationen mit ausländischen Pflegekräften übertragen; dabei entstehen jedoch häufig erhebliche Passungsprobleme und der Eindruck, dem als diffus empfundenen Qualifizierungsauftrag nicht gerecht zu werden.
- ▶ Die in § 20b KrPflAPrV vorgegebenen Formen der Anerkennungsqualifizierung, insbesondere aber die Beurteilung der berufszulassenden Pflegekompetenz, werden zwar grundsätzlich als wichtige Aufgaben betrachtet. Die Bildungsakteurinnen und Bildungsakteure erachten deren Bewältigung jedoch insofern als Herausforderung, als geeignete Umsetzungsstrukturen und gesicherte pädagogisch-didaktische Konzepte fehlten, die die hier zentralen Aspekte der Fremdheit und der Migration berücksichtigen.
- ▶ Die beschriebenen Erfahrungen mit der bisherigen Durchführung der Qualifizierungsmaßnahmen sind zudem auf institutioneller Ebene durch divergierende Unternehmensinteressen der Träger der Krankenpflegeschulen, der Krankenhäuser, geprägt. Spannungsfelder ergeben sich hier aus dem Umstand, dass Anpassungslehrgänge und Kenntnisprüfungen

zwar an Krankenpflegeschulen durchgeführt werden müssen, dies jedoch auch dann gilt, wenn ein/-e Antragsteller/-in in einem anderen Pflegebereich wie z. B. der Altenpflege oder einer anderen Pflegeeinrichtung tätig sein will oder bereits tätig ist. Insofern fungieren die Krankenpflegeschulen im Kontext der Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte als Erfüllungsinstanzen der Landesbehörde, unabhängig von der personalpolitischen Ausrichtung des Trägers. Die behördlich quasi von außen initiierten Qualifizierungsmaßnahmen werden vor diesem Hintergrund vonseiten des spezifischen Gesundheitsunternehmens unterschiedlich strukturell unterstützt.

Diese ersten heuristischen Einblicke in die Qualifizierungspraxis führten mich zu der Annahme, dass die in den Anerkennungsprozess integrierten Bildungsmaßnahmen für ausländische Pflegekräfte ein pflegepädagogisches Handlungsfeld mit vielen offenen Fragen darstellen. Die Rechtsnorm gibt zwar allgemeine Standards vor, auf der Umsetzungsebene treten jedoch erhebliche Unterschiede und Unklarheiten zutage. Das Ausmaß bundesweiter struktureller und konzeptioneller Heterogenität der Schulungs- und Prüfungspraxis ausländischer Pflegekräfte lässt sich auf der Basis dieses regional begrenzten Einblicks nur erahnen.

Obwohl grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass Diskrepanzen zwischen bildungspolitisch intendierter Steuerung durch gesetzliche Vorgaben und der gelebten Handlungspraxis Phänomene darstellen, die als in gewissem Maß auftretende, natürliche Reibungsverluste gedeutet werden können (vgl. BRÜSEMEISTER 2007, S. 140 ff.), steht bezüglich der Qualifizierung von ausländischen Pflegekräften ein besonderes gesundheitspolitisches Steuerungsinteresse im Vordergrund. So leitet sich die Legitimation des Qualifizierungszwangs im § 20b KrPflAPrV nicht nur aus der berufsübergreifenden Anerkennungsgesetzgebung ab, sondern auch und vor allem aus der staatlichen Verantwortung, Mindeststandards pflegeberuflicher Kompetenz zum Schutz der Bevölkerung zu garantieren. Dadurch entstehen vor allem Erwartungen an die Outcomes der Qualifizierungsmaßnahmen, deren Erfüllung jedoch in zweierlei Hinsicht Probleme aufwirft. Zum einen weil die Pflegebildungspraxis trotz des berechtigten gesundheitspolitischen Anliegens relativ wenige Merkmale der Outcomeorientierung aufweist (vgl. DIETERICH/SCHÖPFF 2008). Mindeststandards pflegerischer Kompetenz bilden in Deutschland ein Feld breiter berufspolitischer und pflegepädagogischer Diskurse, die bisher noch kaum Potenziale zur konzeptionellen Grundlegung von Prüfungsverfahren entfaltet haben. Hier zeigen sich Unterschiede im Vergleich zur internationalen Praxis outcomeorientierter Berufszulassungsverfahren im Pflegesektor, die z. B. in Australien und Kanada auf ein breites Assessmentinstrumentarium pflegerischer Kompetenzüberprüfung zurückgreifen können (z. B. THE AUSTRALIAN HEALTH PRACTITIONER REGULATION AGENCY [AHPRA], 2016a, 2016b; vgl. CENTRE FOR INTERNATIONALLY EDUCATED NURSES 2016).

Zum Zweiten entsteht durch die vermutlich heterogene Qualifizierungspraxis in Deutschland eine unübersichtliche Schulungslandschaft, die sich einer Outcomebeschreibung und Standardisierung weitgehend entzieht (vgl. HABERMANN/STAGGE 2015, S. 162).

Aber auch aus der Perspektive der ausländischen Pflegekräfte, die in Deutschland um die Anerkennung ihres Berufsabschlusses ersuchen, wirkt sich die relativ intransparente und heterogene Qualifizierungslandschaft aus, indem diese wahrscheinlich eher abschreckend als einladend wahrgenommen wird (vgl. HAMBURGER 2011, S. 881 ff.). In ihrer häufig von Sprachschwierigkeiten und kultureller Fremdheit gekennzeichneten Situation sehen sie sich mit vermutlich verwirrenden Informationen über Art, Inhalt und Anforderungen von Qualifizierungsangeboten konfrontiert, die für sie nur schwer durchschaubar sind (vgl. KRECKEL 2013, S. 23). Dennoch müssen sie entscheiden, ob sie eine Kenntnisprüfung ablegen oder einen Anpassungslehrgang durchlaufen wollen, um in Deutschland in ihrem Beruf arbeiten zu dürfen. Im Einzelfall kann verschärfend hinzukommen, dass mit dem erfolgreichen Abschluss der gewählten Qualifizierungsvariante weitreichende soziale Konsequenzen verbunden sein können.

Im Ergebnis des oben genannten Arbeitskreises am Regierungspräsidium Darmstadt wurden zunächst curriculare Vorgaben für Vorbereitungskurse auf die Kenntnisprüfung nach § 20b KrPflAPrV entwickelt. Damit liegt ein Handlungsrahmen vor, der für diesen Teilbereich der Qualifizierungspraxis an Krankenpflegesschulen als Orientierungshilfe dienen kann (vgl. REGIERUNGSPRÄSIDIUM DARMSTADT 2016). Die curriculare Konzeption der Anpassungslehrgänge und genauere Vorgaben für die Kenntnisprüfung stehen in diesem Bundesland noch aus. Interessant ist in diesem Zusammenhang, welche Vorgaben bzw. curricularen Vorschläge in anderen Bundesländern existieren und welche Standards hier für die entsprechenden Prüfungsverfahren gelten. Mögliche Best-Practice-Beispiele, die als qualitative Orientierung hilfreich wären, bleiben bisher unerkannt. Offen bleibt zudem die Frage nach geeigneten theoretischen Grundlegungen zur Fundierung und damit Legitimierung geeigneter Konzepte und Verfahren der Bildungsarbeit mit ausländischen Pflegefachkräften aus Drittstaaten.

3. Zur Relevanz der Qualifizierung von Pflegefachkräften aus Drittstaaten

Im Folgenden verdeutliche ich, worin sich die arbeitsmarktbezogene Relevanz der Qualifizierung von Pflegekräften aus Drittstaaten im Kontext verschiedener Erhebungen zeigt, bevor der qualifikationsbezogene Forschungsstand skizziert wird.

Die Anwerbung und Integration von Fachkräften aus dem Ausland wird deutschlandweit und sektorübergreifend als Strategie zur Behebung des prognostizierten Fachkräftemangels betrachtet, der sich insbesondere in den Ingenieur- und in den Gesundheitsberufen abzeichnet (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015, S. 10). „Vor allem bei speziellen Berufsgruppen (beispielsweise Ingenieure, Pflegekräfte und medizinisches Personal), deren Bedarf durch den heimischen Arbeitsmarkt nicht gedeckt werden kann, scheinen Rekrutierungsaktivitäten auf dem internationalen Arbeitsmarkt vielversprechend. Die Bundesagentur für Arbeit schätzt, dass durch eine jährliche Nettozuwanderung von 200.000 ausländischen Fachkräften bis zum Jahr 2025 zwischen 0,4 und 0,8 Mio. zusätzliche Vollzeitbeschäftigte gewonnen werden könnten“ (GOINGER KREIS 2015, S. 149).

Auch auf Länderebene resultieren aus dieser strategischen Ausrichtung verschiedene arbeitsmarktpolitische Initiativen. Beispielsweise ist in Hessen die Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen ein strategischer Teil eines gemeinsamen Gesamtkonzepts zur Fachkräftesicherung des Hessischen Ministeriums für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung und des Hessischen Sozialministeriums (vgl. HESSISCHES MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, VERKEHR, LANDESENTWICKLUNG/HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM 2013, S. 11).

Die Berichterstattung zum Anerkennungsgesetz, das 2011 in Kraft getreten ist, bietet u. a. quantifizierte Informationen für den Bereich der Pflegeberufe (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2011). Hierin zeigt sich, dass die Gesundheits- und Krankenpflege im oberen Drittel der zehn häufigst nachgefragten Berufe rangiert, die bei den zuständigen Beratungsstellen für die Berufsanerkennung nachgefragt werden (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG 2015, S. 69). Bei einem Viertel der Anerkennungsbescheide – und damit 534 Antragstellenden – wurden im Jahr 2013 Ausgleichsmaßnahmen in Form von Anpassungsqualifikationen zur Auflage gemacht (vgl. ebd., S. 76). Anlass waren insbesondere identifizierte Ausbildungsunterschiede bezüglich der praktischen Ausbildungsanteile, die aus der weltweit überwiegend akademisch geprägten Ausbildungskultur im Pflegesektor resultieren (vgl. ebd. 2015, S. 94).

Genauere Daten zur pflegeberuflichen Arbeitsmigration stehen jedoch derzeit nicht zur Verfügung. Deshalb problematisieren HABERMANN und STAGGE (2015, S. 162), dass kaum bekannt ist, wie viele Menschen mit Migrationshintergrund mit welcher Qualifikation und Position aktuell im Pflegebereich tätig sind. Trotz dieser datenbezogenen Unklarheit werde der Einsatz von Pflegekräften mit Migrationshintergrund zukünftig an Bedeutung gewinnen. Sie problematisieren in diesem Zusammenhang: „Obwohl Menschen mit Migrationshintergrund mit und ohne im Ausland absolvierte pflegerische Ausbildung in der Pflege eingesetzt werden, wird das interkulturelle Setting in der Organisations- und Qualitätsentwicklung noch wenig bedacht. Dies erscheint notwendig, da verschiedene Studien Hinweise darauf geben, dass der Einsatz von Pflegenden mit Migrationshintergrund Herausforderungen mit sich bringen kann, die sich zum Beispiel auch auf die Versorgungsqualität auswirken können“ (ebd., S. 162).

Die Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte ist vor diesem Hintergrund nicht nur im Zusammenhang mit der Kompensation des Fachkräftemangels genauer zu untersuchen. Es muss darüber hinaus von Interesse sein, wie sich Formen der Interkulturalität im Kontext pflegeberuflichen Handelns und Lernens bemerkbar machen.

4. Stand der migrationsbezogenen Qualifikationsforschung im Pflegebereich

Schon seit den 60er-Jahren wurden insbesondere Frauen aus Asien und Indien angeworben, um den damaligen Pflegekräftemangel in den Krankenhäusern zu kompensieren. Im Zuge mehrerer Spätaussiedlerkontingente kamen medizinisch-pflegerisch qualifizierte Personen

aus der ehemaligen Sowjetunion und Polen hinzu, für die verschiedenartige Eingliederungskurse veranstaltet wurden (vgl. FISCHER 2015). Allerdings bildet deren Integration in die für sie fremde Pflegewelt einen blinden Fleck pflegebezogener Berufs- und Bildungsforschung.

Seit zwei Jahren werden zwar verschiedene Forschungsinitiativen zur Integration ausländischer Pflegekräfte angestoßen, der Forschungsstand ist jedoch bisher noch wenig ergiebig.

Beispielsweise hat das IQ-Netzwerk Hessen im Rahmen seines Förderprogramms 2015 bis 2018 ein Eckpunktepapier zur Entwicklung von Anpassungs- und Nachqualifizierungsmaßnahmen unter Berücksichtigung von Integriertem Fach- und Sprachlernen (IFSL) veröffentlicht (vgl. IQ-NETZWERK 2014).

Unter dem Titel „Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten“ untersucht ein Projekt der Hans-Böckler-Stiftung bis zum Jahr 2017, welche hemmenden oder fördernden Faktoren in der Pflege- und Gesundheitsbranche auf den Zugang zum Arbeitsmarkt und die betriebliche Integration ausländischer Pflegekräfte wirken (vgl. HANS-BÖCKLER-STIFTUNG 2014).

Darüber hinaus wurden im Projekt „Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften – Triple Win“ der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) erste Erfahrungen mit der Anwerbung und Integration ausländischer Pflegekräfte ausgewertet (vgl. GIZ 2014).

Ein Überblick über Ziele und erste Ergebnisse zeigt, dass im Rahmen des bisherigen Forschungsstands vor allem formale Aspekte der Anerkennung und Integration ausländischer Pflegefachkräfte fokussiert werden. Erkenntnisse über die damit verbundenen interkulturellen Herausforderungen in Qualifizierungsprozessen liegen deshalb kaum vor. Insofern ist weitgehend unklar, welche konkreten Lernbedarfe und Lernbedürfnisse bei der Konzeption von Bildungsmaßnahmen für ausländische Pflegekräfte zu berücksichtigen sind, welche Bedingungsfaktoren die Qualifizierung fördern oder hemmen und welche Strategien und Methoden zur Unterstützung gelingender Integration beitragen könnten.

In diesem unbekanntem Feld pflegerischer Bildungsarbeit stelle ich mir die Frage, welche Konzepte und Praxen bei der Qualifizierung von ausländischen Pflegefachkräften derzeit in Deutschland beschrieben werden können, um ein deutlicheres Bild dieser heterogenen Bildungslandschaft zu erhalten. An Erkenntnisse hierüber knüpfe ich die weiter gehende Frage nach möglichen Entwicklungslinien einer kultur- und migrationssensiblen Pflegepädagogik an.

5. Skizze eines theoretischen Bezugsrahmens

Die Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte ist ein Untersuchungsgegenstand, der sich im Schnittfeld verschiedener sozial- und erziehungswissenschaftlicher Perspektiven entfaltet und deren Gemeinsamkeit im jeweils disziplinspezifischen kultursensiblen Fokus auf soziale Lernprozesse liegt.

So beschreibt AUERNHEIMER im Kontext der Bildungs- und Sozialarbeit mit Kindern und Jugendlichen interkulturelle Basiskompetenzen einer multikulturellen Gesellschaft,

wie sie insbesondere für die Bewältigung spezifischer Herausforderungen in pädagogischen Institutionen bedeutsam sind (vgl. AUERNHEIMER 2001). Mit ihrem Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt widmet sich auch PRENGEL der kultursensiblen Bildungsarbeit mit Kindern und Jugendlichen, indem sie die positive Akzeptanz verschiedener Lebenswelten zum normativen Erziehungsziel im schulischen Kontext erklärt (vgl. PRENGEL 2006). Solche Ansätze kulturbezogener Bildungsarbeit müssten genauer daraufhin überprüft werden, welche Prinzipien und Ideen anschlussfähig an berufliche Lernsettings mit ausländischen Fachkräften sind.

Obwohl Pflegekräfte, die an Qualifizierungsmaßnahmen zur Berufsankennung teilnehmen, nicht über eine in Deutschland gültige Berufserlaubnis verfügen, befinden sie sich bezogen auf die eigene Berufsbiografie in einer tertiären Bildungsphase. Es kann also angenommen werden, dass sie in jedem Fall über berufliches Wissen und Können unterschiedlicher Ausprägung verfügen. Dieser berufliche Hintergrund muss deshalb in Qualifizierungsprozessen berücksichtigt werden, weil er die subjektive Wahrnehmungs- und Erfahrungsbasis bildet, die mehr oder weniger anschlussfähig an neue Rollen- und Aufgabenanforderungen ist. Relevant ist somit eine konstruktivistisch erwachsenenpädagogische Perspektive auf solche Lernprozesse, die davon ausgehen, dass die je individuellen subjektiven Erfahrungswelten maßgeblichen Einfluss auf die lernende Auseinandersetzung mit neuen Handlungsanforderungen ausüben (vgl. SIEBERT 1997). Neben diesen eher inhaltsbezogenen Aspekten der Qualifizierung wirken sich nach GIESEKE, ROBACK und WU (2009) jedoch auch kulturelle Unterschiede der Metakognition, also des Lernens selbst, auf die Bildungsarbeit mit Migrantinnen und Migranten aus. Sie schlagen deshalb vor, Lernkulturen aus den verschiedenen Perspektiven der am Lernprozess beteiligten Akteure wie Lehrplanverantwortliche, Lehrende und Lernende stärker in den Forschungsfokus zu rücken (vgl. ebd., S. 76).

Im Kontext der Pflegepädagogik ist der fachdidaktische Diskurs zur kultursensiblen Pflegebildung ein etabliertes Themengebiet. Unter dem Begriff „Kultursensible Pflege“ ist im Feld der Pflegewissenschaft ein Gegenstandsbereich entstanden, der sich mit Fremdheit in pflegebezogenen Interaktionsprozessen beschäftigt. Ausgehend von LEININGERS Vorstellungen über „transkultural nursing“ (vgl. LEININGER 1979), reichen diese Ansätze auch in die pflegepädagogische Konzeptentwicklung hinein, hier allerdings immer unter dem Fokus einer Befähigung zur kultursensiblen Interaktion mit Patientinnen und Patienten (vgl. FRIEBE/ZALUCKI 2003). Durch diese Auseinandersetzung mit kultursensiblen Theorien der Pflege fließen auch kontroverse Deutungsversuche des Kulturbegriffs in die pflegepädagogische Debatte ein.

So kritisiert KOLLAK (2003, S. 56) die harte Grenzziehung zwischen „dem eigenen und dem anderen Kulturkreis“ (ebd., S. 56). Diese sei Ausdruck einer „protonormalistischen Normalisierungsstrategie“ (ebd., S. 56), die mit einem biologisch-rassistischen Kulturbegriff einhergehe, der „Kultur“ als prägendes Erbe jenseits jeglicher geschichtlicher Entwicklungen und sozialer Gegensätze einer Gesellschaft verstehe. Sie plädiert für einen anderen, weicherer Kulturbegriff wie z. B. den von RADTKE (1996) geprägten Begriff von Kultur als einem Bewäl-

tigungsinstrument ständiger Wandlung in wechselnden Lebenslagen (vgl. ebd., S. 13). Bisher beschränkt sich diese Debatte jedoch ausschließlich auf die Kulturalität des pflegerischen Versorgungsprozesses und nicht auf berufsbezogene Vermittlungsprozesse.

Diese fokussiert ARNOLD (1991, S. 10) im Zusammenhang mit seinem Vorschlag einer interkulturellen Berufspädagogik. Auch er warnt vor der Durchsetzung vermeintlich universeller Konzepte und Praxen bezüglich des Berufs, seiner Professionalisierung und dessen Vermittlungsprozessen.

„Eine interkulturelle Berufspädagogik, die ihre Zielrichtung nicht eindimensional als ‚Entwicklungshilfe‘ für vermeintlich ‚unterentwickelte‘ Nationen und Kulturen begreift, sondern zuallererst auch den interkulturellen Austausch begreift als Chance für eine interkulturelle Selbstreflexion, sieht sich somit zunächst in ihren grundlegenden Begriffen und Konzepten ‚verunsichert‘“ (ebd., S. 13).

Mit der in § 20b KrPflAPrV verwendeten Bezeichnung „Anpassungslehrgang“ kommt jedoch eine eher ethnozentristische Vorstellung zum Ausdruck, die ein hierarchisches Verhältnis zwischen grundsätzlich rückständiger Herkunftsqualifizierung und einer grundsätzlich überlegenen deutschen Ausbildung impliziert (vgl. KRECKEL 2013, S. 32 f.). Vor dem Hintergrund einer solchen Kulturdefizitorientierung wird die Anpassungszuständigkeit und -richtung einseitig denjenigen zugewiesen, die zuwandern. Eine gegenseitige konstruktive Inspiration, wie sie z. B. ARNOLD (siehe oben) fordert, scheint vor dem Hintergrund einer solchen Begriffswahl zunächst nicht vorgesehen.

Aber auch bezüglich der im Anerkennungsprozess vorgesehenen Kompetenzüberprüfungen zeigen sich aus sozialwissenschaftlicher Perspektive Gefahren ethnozentristischer Wahrnehmungsfehler. Obwohl sowohl die Anpassungsschulung als auch die Kenntnisprüfung mit formal geregelten Kompetenzfeststellungen abschließen, bezeichnet SOMMER (2015) es als Illusion der beteiligten Akteure und Institutionen, wenn diese von einer objektiven Unterscheid-, Bewert- und Vergleichbarkeit von Qualifikationen ausgehen. Dies sei nur möglich, indem man außer Acht lasse, dass es sich bei der Anerkennung von Gleichwertigkeit z. B. von beruflichen Qualifikationen um sozial konstruierte und stetig umkämpfte soziale Kräftefelder handelt (vgl. ebd., S. 65 ff.).

Ihre Akteure werden sowohl als Objekte, die den inhärenten Machtverhältnissen ausgeliefert sind, als auch als Subjekte, die gestaltend Einfluss nehmen, verstanden. Im Feld der Pflegepädagogik greift insbesondere ERTL-SCHMUCK (2010) Aspekte der Subjekt-Objekt-Beziehung im Zusammenhang dynamischer Machtverhältnisse auf, die von der Autorin sowohl als Determinanten pflegeberuflichen Handelns als auch als konstitutive curriculare Elemente der Pflegebildung gedeutet werden.

Unter der Vorstellung des Lernens als intersubjektiver Verstehens- und Aushandlungsprozess bietet die subjektorientierte Pflegedidaktik von ERTL-SCHMUCK (2010, S. 55 ff.) Anschluss an die transkulturelle Erwachsenenbildung. Sie fordert im Rahmen intersubjektiver Verstehensprozesse dazu auf, Spannungsverhältnisse zu identifizieren, die von den Lehren-

den und Lernenden eine reflektierte Distanzierungsleistung und die Anerkennung des anderen, des Fremden, erfordern (vgl. ebd., S. 79).

6. Begründung des Untersuchungsdesigns und seiner Phasen

6.1 Das mehrperspektivische ethnografische Design

Wie oben gezeigt wurde, handelt es sich bei der Qualifizierung ausländischer Pflegefachkräfte um ein weitgehend unbekanntes Feld pflegerischer Bildungsarbeit. Als sicher kann allerdings angenommen werden, dass die Schulungspraxis durch Herausforderungen wie Fremdheit, konzeptionelle Offenheit und ethnozentristische Situationsdeutungen gekennzeichnet ist. Zur Gewinnung von Erkenntnissen in einem weitgehend unbekanntem Terrain eignen sich Ansätze der Ethnografie.

„Sie (Ethnografie) ist aufgrund ihres methodischen Zuschnitts sensibler als alle vergleichbaren Forschungsansätze auf die Sinnschicht sozialer Praktiken eingestellt: den Bereich öffentlich gelebter Sozialität, dessen Sinnhaftigkeit von einem impliziten Wissen der Teilnehmer bestimmt wird. Manche Autoren sprechen daher anstelle von Ethnografie auch von Praxeografie [...], um hervorzuheben, dass es der Ethnografie vor allem um eine Beschreibung von Praktiken geht, die u. a. dieses implizite Wissen, den Vollzug und die Darstellung von Praktiken, Fragen der Lösung von Handlungsproblemen und der Handlungskoordination zu explizieren versucht“ (BREIDENSTEIN 2013, S. 33).

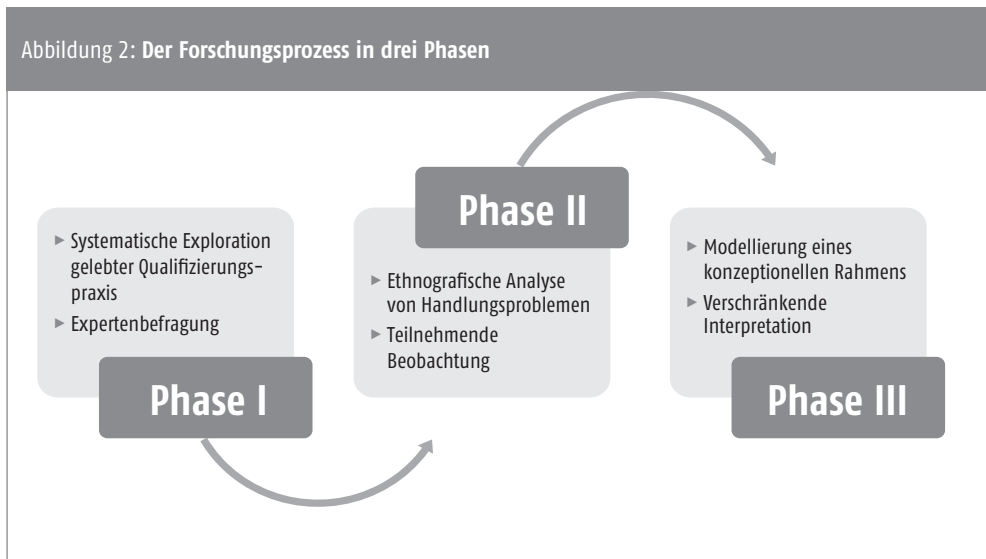
Bei der Konzeption einer kultur- und migrationssensiblen Pflegepädagogik kann es nicht darum gehen, vorhandene pflegepädagogisch-didaktische Annahmen in eine weitgehend unbekanntes Bildungssituation zu übertragen. Ertragreicher ist zunächst die Erzeugung eines neuen und genaueren Verständnisses der Spezifik von Qualifikationsprozessen, die von Merkmalen der Kulturalität und Migration geprägt sind.

In Anlehnung an GIESEKES (2009) Forderung nach einer multiperspektivischen Untersuchung transkultureller Bildungsarbeit gilt es, dabei sowohl Bildungsverantwortliche als auch die lernenden ausländischen Pflegekräfte selbst in den Untersuchungsfokus zu stellen. Ziel ist somit auch ein tieferes Verstehen von Qualifizierungserfordernissen und -bedürfnissen ausländischer Pflegekräfte, da deren Kompetenzen, Irritationen und Transformationen beim Versuch des beruflichen Ankommens zentrale Ausgangspunkte konzeptioneller Überlegungen sein müssen. Die verstehende Deutung beider Perspektiven bzw. Handlungswelten kann in einem weiteren Schritt unter Hinzuziehung weiterer relevanter Theorien und Modelle verschränkend interpretiert werden, um Entwicklungslinien einer kultur- und migrations-sensiblen Pflegepädagogik identifizieren zu können. Vor diesem Hintergrund nehme ich drei Erkenntnisbereiche in den Blick:

- ▶ Systematische Exploration der gelebten Qualifizierungspraxis durch Expertenbefragungen

- ▶ Ethnografische Analyse von Handlungsproblemen ausländischer Pflegekräfte im Qualifizierungsprozess durch teilnehmende Beobachtungen
- ▶ Modellierung eines konzeptionellen Rahmens zur Schulung und Überprüfung pflegerischer Handlungskompetenz von ausländischen Pflegekräften (AUERNHEIMER 2013; BOGNER 2009; FRIEBERTSHÄUSER/SEICHTER 2013; GLÄSER/LAUDEL 2006; HELFFERICH 2009).

Der Forschungsprozess gliedert sich wie folgt in drei Phasen:



6.2 Phase I – Befragung von Expertinnen und Experten

Bei der Analyse der Ausgangslage geht es weniger um die Erzeugung eines repräsentativen Überblicks über die gesamte Schulungslandschaft als vielmehr um die verstehende Deutung der Perspektive verantwortlich gestaltender Akteure, in der die Spezifik der qualifizierungsbezogenen Aufgaben sowie deren Bewältigung erkennbar wird. Aus diesem Grund kommen Methoden der qualitativen Sozialforschung zum Einsatz, die mittels kommunikativer Prozesse Zugang zur Expertise der verantwortlich Handelnden ermöglichen.

Diese Forschungsphase soll insbesondere Erkenntnisse zu folgenden konkreten Fragestellungen generieren:

- ▶ Wie beschreiben verantwortlich Handelnde die Strukturen ihrer gelebten Schulungspraxis mit ausländischen Pflegekräften?
- ▶ Welche subjektiven Theorien des Lehrens und Lernens leiten ihre curricularen Entscheidungen?

- ▶ Worin sehen verantwortlich Handelnde die Spezifik der Bildungsarbeit mit ausländischen Pflegekräften?
- ▶ Welche Bedarfe der Weiterentwicklung sehen die verantwortlich Handelnden in diesem Bildungsbereich?

Der Feldzugang erfolgt in Phase I zunächst über Gelegenheitsstichproben (volunteer sample), deren Zahl im Laufe des Forschungsprozesses in Form eines Schneeballsystems erweitert wird. Die empirischen Daten in dieser Phase werden mithilfe von zwei Verfahren generiert. Zum einen werden Informationen über strukturelle und organisatorische Bedingungen sowie zielgruppen- und teilnehmerspezifische Daten in Form teilstandardisierter Fragebögen erhoben, um anschließend quantifizierend textanalytisch ausgewertet zu werden. Informationen über subjektive Theorien, Erfahrungen und Haltungen bei der Gestaltung von Qualifizierungsmaßnahmen werden in Form von Experteninterviews erhoben.

Als Expertinnen und Experten gelten hierbei Akteure, die federführend für die Konzeption von Qualifikationsmaßnahmen für ausländische Pflegekräfte zuständig sind. Es handelt sich in der Regel um Leitende und Lehrende an Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens, aber auch um Mitarbeiter/-innen des Pflegemanagements sowie der innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung (vgl. GLÄSER/LAUDEL 2009).

Seit August 2015 wurden acht von insgesamt 20 Expertinnen und Experten in der Bildungseinrichtung besucht und im Rahmen eines 60- bis 90-minütigen Interviews befragt.

6.3 Phase II – teilnehmende Beobachtung

Ein genaueres Verständnis der Spezifik pflegeberuflicher Lernbedarfe und -bedürfnisse kann erst durch das situative Eintauchen in die reale Handlungspraxis ausländischer Pflegekräfte gewonnen werden. Hierbei können ethnografische Methoden wie die teilnehmende Beobachtung hilfreich sein, wie sie von HEINZEL u. a. (2010), aber auch von HÜNERSDORF (2008) vorgeschlagen werden.

Deshalb werden in Phase II Teilnehmer/-innen einer Anpassungsschulung im berufspraktischen Handlungsfeld beobachtet. Durch dieses Verfahren sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, worin pflegeberufliche Handlungsprobleme ausländischer Fachkräfte bestehen. Methoden teilnehmender Beobachtung schließen an berufspädagogische Strategien der Qualifikationsforschung (vgl. MEIFORT 2004) ebenso wie an Formen pflegepädagogischer Grundlagenforschung an. So kommen FICHTMÜLLER und WALTER (2007) mithilfe teilnehmender Beobachtung von praktischen Anleitungssituationen zu dem Schluss, dass Handlungsprobleme in pflegeberuflichen Handlungszusammenhängen durch verschiedene Lernmodi beantwortet werden: „Analytisch lassen sich zwei Formen des Lernens herauskristallisieren: Lernen aufgrund des Umgangs mit Handlungsproblematiken und Lernen durch wiederholtes Ausführen ähnlicher und gleicher Handlungen, ohne dass Handlungsproblematiken auftreten“ (ebd., S. 298).

Dabei bildet der Erwartungshorizont der Lernenden, also deren Erfahrungen, Vorwissen und die Berufsauffassung, eine zentrale Voraussetzung für den Gegenstandsaufschluss. Zusammenhänge zwischen subjektiven Vorannahmen und neuem Wissen sowie der Lernhaltigkeit von Handlungsproblemen sind zwar durch konstruktivistische Grundlegungen des Lernens gut belegt, FICHTMÜLLER und WALTER identifizieren jedoch das hier bedeutsame Phänomen der „verdeckten Handlungsproblematik“, das insbesondere beim Umlernen von pflegerischem Wissen und Handeln auftritt (vgl. ebd., S. 302 f.).

Gerade im Rahmen der Qualifizierung ausländischer Pflegekräfte kann vermutet werden, dass Anforderungen des Umlernens bedeutsam sind. Das Auftreten verdeckter Handlungsprobleme könnte vor diesem Hintergrund sogar ein typisches Kennzeichen des pflegepraktischen Handelns ausländischer Pflegekräfte darstellen. Da verdeckte Handlungsprobleme typischerweise nicht bewusst wahrgenommen werden, sind sie durch Befragungsmethoden kaum zugänglich. Sie können jedoch im Prozess der Tätigkeit von Pflegefachkräften erkannt bzw. durch teilnehmende Beobachtung identifiziert werden (vgl. FRIEBERTSHÄUSER 2013). Zudem kann die Aufmerksamkeit auf Handlungsprobleme während der Handlungssituation oder im Nachgang extrinsisch erzeugt und kommunikativ reflektiert werden. Diese Möglichkeit bietet sich im Rahmen teilnehmender Beobachtung durch problemzentriertes Nachfragen an, um die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung hinsichtlich bestimmter Beobachtungssequenzen empirisch zugänglich zu machen (vgl. HELFFERICH 2009). Sowohl die Identifikation bewusster und verdeckter Handlungsprobleme als auch deren subjektive Deutung bieten Einblicke in den Grad und die Spezifik der je individuellen Fremdheit, der Lern- und Handlungsanforderungen. Das Verstehen dieses fremden Blicks auf pflegeberufliche Anforderungs- und Bewältigungssituationen bietet wichtige Hinweise für die konzeptionelle Gestaltung curricularer Situationen in schulischen und praktischen Lernsituationen.

Diese systematische Beobachtung von pflegeberuflichen Situationen wird von pädagogisch qualifizierten Pflegefachkräften durchgeführt, da das Erkennen von verdeckten Handlungsproblemen pflegeberufliche Expertise erfordert.

Die Analyse der Beobachtungen richtet sich auf die folgenden konkreten Fragen:

- ▶ Welche beruflichen Handlungen sind den beobachteten ausländischen Pflegekräften im Praxisfeld vertraut?
- ▶ Welche beruflichen Handlungen sind den beobachteten ausländischen Pflegekräften im Praxisfeld fremd?
- ▶ Wie werden auftretende Handlungsprobleme von den beobachteten ausländischen Pflegekräften wahrgenommen und bewältigt?
- ▶ Welche Lernbedürfnisse werden von den beobachteten ausländischen Pflegekräften geäußert?
- ▶ Welche Lernbedarfe können darüber hinaus abgeleitet werden?

6.4 Phase III – verschränkende Interpretation

Zur Modellierung eines konzeptionellen Begründungsrahmens von Qualifikationsprozessen für ausländische Pflegekräfte, die sich auf deren nachhaltige berufliche Integration richtet, werden in dieser Phase die Ergebnisse aus den Phasen I und II interpretierend verschränkt (vgl. GIESEKE 2009).

Dabei wird eine interdisziplinäre Perspektive eingenommen, die sowohl Ansätze der Berufspädagogik, Erwachsenenpädagogik, interkulturellen Pädagogik als auch der Medizin- und Pflegepädagogik einbezieht. Im Rahmen dieses Interpretationsprozesses werden zudem Theorien und Befunde aus internationalen Kontexten herangezogen, um über die nationale Perspektive hinaus weitere Erfahrungen nutzbar zu machen.

In dieser Phase geht es um die Klärung der folgenden konkreten Fragen:

- ▶ Welche Gestaltungsprinzipien können für die integrationsbezogene Bildungsarbeit mit ausländischen Pflegekräften aus den Ergebnissen der Phasen I und II abgeleitet werden?
- ▶ Welche zusätzlichen Aspekte sind aus einer international vergleichenden Perspektive für die Qualifikationsprozesse in Deutschland bedeutsam?
- ▶ Lassen sich Wirkzusammenhänge darstellen, die Aufschluss über die integrativen Potenziale bestimmter Qualifikationsverfahren zulassen?
- ▶ Welche Implikationen für die Planung, Durchführung und Evaluation von Anpassungsschulung und Kenntnisprüfung können abgeleitet werden?

7. Erste explorative Ergebnisse aus Phase I

Die ersten explorativen Ergebnisse aus der Phase I der Untersuchung gewähren Einblicke in die Fremdheits- und Vertrautheitserfahrungen der befragten Expertinnen und Experten. Ihre Expertise stammte sowohl aus der Konzeption und Durchführung von Anpassungslehrgängen als auch aus Kenntnisprüfungen für ausländische Pflegefachkräfte aus Drittstaaten.

An erster Stelle beschreiben die Befragten Kommunikationsprobleme, die durch mangelnde Sprachkompetenz der Schulungsteilnehmer/-innen entstehen, wobei Sprachbarrieren weniger hinsichtlich der pflegerischen oder medizinischen Fachsprache auftreten als vielmehr durch krankenhaus- oder stationsinternen Pflegeslang sowie Abkürzungen und Dialektelemente der Alltagssprache. Die Expertinnen und Experten erleben die Teilnehmer/-innen jedoch insofern als sprachlich kompetent, als diese über wirksame Strategien der Fremdspracheneignung verfügten und dadurch schnell sprachliche Fortschritte zu verzeichnen seien. Als überwiegend fremd wird das sogenannte „Pflegeverständnis“ der Fachkräfte aus dem Ausland beschrieben. Darunter verstehen die Befragten unisono, dass die Teilnehmer/-innen grundpflegerische Tätigkeiten nicht zum Aufgabenbereich einer Pflegefachkraft rechnen. Deshalb sehen es die Befragten als bedeutsames Qualifizierungsziel an, die Grundpflege als wichtigen Tätigkeitsbereich in das Berufsverständnis der ausländischen Pflegekräfte zu integrieren.

Als eher vertraute Handlungsanforderungen für ausländische Pflegefachkräfte bezeichnen die Expertinnen und Experten dagegen verschiedene ärztliche bzw. behandlungspflegerische Tätigkeiten. Viele Teilnehmer/-innen verfügten über hohe medizinische Fachkompetenz, die gleichsam als interkulturelle Brücke zwischen vorhandenem und neuem Berufswissen betrachtet wird. Die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, die Verteilung der gesundheitsberuflichen Kompetenzbereiche sowie die Patientenrolle erscheinen dagegen weitgehend fremd.

Die befragten Expertinnen und Experten beschreiben jedoch nicht nur solche Fremdheitsphänomene, die im Bereich des beruflichen Könnens und Erlebens liegen, sondern auch lernkulturelle Unterschiede. So stellen Methoden der Selbstreflexion im Rahmen des sozial-kommunikativen Lernens z. B. beim szenischen Üben von Beratungssituationen eher fremde Lern- und Verhaltensanforderungen dar. Metakommunikative Reflexion und die Einnahme metakognitiver Perspektiven auf das eigene Sozialverhalten werden als eher unbekannte Lernszenarien beschrieben. Die Bearbeitung von Informations- und Kenntnislücken durch Eigeninitiative und Lernschleifen mithilfe elektronischer Medien stellen hingegen vielfach eine vertraute Handlungspraxis dar. Insbesondere bildungsaffine Teilnehmer/-innen sind nach den Erfahrungen der befragten Expertinnen und Experten in der Lage, selbstgesteuert Wissenslücken zu schließen und dadurch Handlungsprobleme zu lösen. Diese Schlüsselkompetenz wirkt sich auf verschiedene Lernbereiche wie die Fremdsprachaneignung, die Orientierung im fremden Bildungs- bzw. Gesundheitswesen sowie die eigene Karriereplanung aus.

Tabelle 2: Erste explorative Ergebnisse der Expertenbefragung

Fremd	Vertraut
Deutsche Sprache	Sprachkompetenz, Sprachen lernen
Grundpflege, „Pflegeverständnis“	Behandlungspflege
Gesundheitssystematisches Wissen	Medizinisches Wissen
Berufsrolle in Deutschland	Berufsrolle in Herkunftsland
Reflexives Lernen, Selbsterfahrungslernen	Selbstgesteuert Probleme lösen, lernen
Alltagsbewältigung in Deutschland	Alltagsbewältigung im Herkunftsland

Durchweg werden die Teilnehmer/-innen als besonders lernmotiviert und diszipliniert beschrieben. Als besonderes Spezifikum der Bildungsarbeit in diesem Bereich erachten die Befragten jedoch den starken Einfluss der sozialen und ökonomischen Lebenssituation der Teilnehmer/-innen, der sich als kontinuierlicher Stress auswirke. Die Ursachen für diese zusätzliche Belastung werden in verschiedenen Faktoren gesehen, wie dem geringen bis fehlenden Einkommen, den teilweise unklaren Bleibeperspektiven in Deutschland, der häufig unsicheren Wohnsituation, der Trennung von der Familie und insbesondere den Kindern,

die im Herkunftsland zurückbleiben. Der fremde, oft als prekär erlebte Alltag und Heimweh seien zudem Faktoren, die die Lernsituationen in den Qualifizierungsmaßnahmen stark beeinträchtigen können. Deshalb schreiben die Befragten der engen Kooperation mit anderen am Integrationsprozess beteiligten Akteure, wie Behörden und Sozialarbeiter/-innen, eine besondere Bedeutung zu, wenn es um das Gelingen von Lernprozessen und das berufliche Ankommen geht.

Die hier skizzierten Erfahrungen der Expertinnen und Experten bilden ein erstes Vorabergebnis, das durch weitere Analysen und Interviews vertieft und ergänzt wird. Ziel ist es dabei, Expertinnen und Experten deutschlandweit aus möglichst regional und institutionell unterschiedlichen Bereichen zu befragen, um ein breites Spektrum an Qualifizierungskonzepten und -praxen abbilden zu können.

Die bisherigen Ergebnisse aus Phase I weisen jedoch schon jetzt auf die vermutete Heterogenität der Qualifizierungslandschaft hin. Diese zeigt sich sowohl hinsichtlich der institutionellen Verortung im Pflegebildungsbereich, der ressourciellen Ausstattung als auch hinsichtlich des variantenreichen Bildungsverständnisses der handelnden Akteure.

Insbesondere die Heterogenität der Bildungskonzepte kommt durch sehr unterschiedliche Vorstellungen über Ziele und Inhalte der theoretischen und praktischen Qualifizierungsanteile zum Ausdruck.

Bisher wird bereits deutlich, dass die Aspekte der Fremdheit, die im Rahmen der Qualifizierung ausländischer Pflegefachkräfte auftreten, nicht einfach durch verkürzte Formen der Pflegeausbildung überbrückt werden können. Es zeigt sich, dass deren auf Integration gerichtete Qualifizierung die Besonderheiten dieser Bildungsprozesse sowohl bei der Konzeption fachtheoretischer als auch berufspraktischer Lerngelegenheiten berücksichtigen muss. Integrative Potenziale zeigen sich insbesondere, wenn die Bildungsprozesse durch die gegenseitige Anerkennung der jeweils fremden Lern- und Pflegekultur gekennzeichnet sind. Des Weiteren müssen sowohl vorhandene berufliche Handlungskompetenzen als auch Weiterbildungsbedarfe zum Ausgangspunkt individualisierter Bildungsprozesse werden. Die Erfordernisse der Individualisierung richten sich dabei nicht nur auf pflegfachliche Aspekte, sondern hier in besonderer Weise auf die Rahmenbedingungen des Lernens. Die ersten Ergebnisse aus Phase I weisen darauf hin, dass Qualifizierungsmaßnahmen für ausländische Pflegefachkräfte vor allem dann erfolgreich abgeschlossen werden, wenn die fachlichen, sprachlichen und lebenslagebezogenen Qualifizierungsziele nicht parallel, sondern integriert verfolgt werden.

Literatur

ARNOLD, Rolf: Interkulturelle Berufspädagogik. Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg. Oldenburg 1991

AUERNHEIMER, Georg: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. 2. Aufl. Wiesbaden 2013

- AUERNHEIMER, Georg: Migration als Herausforderung für pädagogische Institutionen. Opladen 2001
- BOGNER, Alexander; LITTIG, Beate; MENZ, Wolfgang: Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder. Wiesbaden 2009
- BREIDENSTEIN, Georg u. a.: Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz, München 2013
- BRÜSEMEISTER, Thomas: Schulische Steuerung im Rahmen von Governance. In: BRÜSEMEISTER, Thomas; KUSSAU, Jürgen (Hrsg.): Governance, Schule und Politik. Zwischen Antagonismus und Kooperation. Wiesbaden 2007, S. 140–153
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT (2014): Ausländische Pflegekräfte für den deutschen Arbeitsmarkt. URL: <https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjqw/~edisp/16019022dstbai685070.pdf> (Zugriff: 21.06.2017)
- BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ UND FÜR VERBRAUCHERSCHUTZ (2014): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/krpflaprv_2004/KrPflAPrV.pdf (Zugriff: 21.06.2017)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2011): Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen. URL: <https://www.erkennung-in-deutschland.de/media/media/Anerkennungsgesetz.pdf> (Zugriff: 22.08.2016)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (2015): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2015. URL: https://www.bmbf.de/pub/bericht_zum_erkennungsgesetz_2015.pdf (Zugriff: 22.08.2016)
- CENTRE FOR INTERNATIONALLY EDUCATED NURSES (2016): What we do: CAS Workshop. Exam, Preparation and Review. Ontario. URL: <http://www.care4nurses.org/what-we-do/cas-workshop/> (Zugriff: 22.08.2016)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR INTERNATIONALE ZUSAMMENARBEIT (GIZ) GMBH (2014): Nachhaltig ausgerichtete Gewinnung von Pflegekräften – Triple Win. URL: <https://www.giz.de/de/weltweit/41533.html> (Zugriff: 21.06.17)
- DIAKONIE DEUTSCHLAND (2014): Arbeitsmigration und Pflege. URL: www.diakonie.de/arbeitsmigration-und-pflege-14349.html (Zugriff: 21.06.2017)
- DIETERICH-SCHÖPPF, Juliane (2008): Berufliche Handlungskompetenz als neue Zieldimension in der Krankenpflegeausbildung. Programmatische Relevanz und praktische Auslegung in Landeslehrplänen. URL: http://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2008120125257/3/Dissertation_Dieterich-Schoepff.pdf (Zugriff: 22.08.2016)
- ERTL-SCHMUCK, Roswitha (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim, München 2010
- FICHTMÜLLER, Franziska; WALTER, Anja: Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen 2007

- FISCHER, Pauline Sophie (2015): Erfahrungen mit Arbeitsmigration von koreanischen, philippinischen und indischen Krankenschwestern in den 60er und 70er Jahren. Diakonie Deutschland (2014): Arbeitsmigration und Pflege. URL: www.diakonie.de/arbeitsmigration-und-pflege-14349.html (Zugriff: 21.06.2017)
- FRIEBE, Jens; ZALUCKI, Michaela: Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld 2003
- FRIEBERTSHÄUSER, Barbara; SEICHTER, Sabine (Hrsg.): Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Eine praxisorientierte Einführung. Weinheim, Basel 2013
- GIESEKE, Wiltrud; ROBAK, Steffi; WU, Ming-Lieh (Hrsg.): Transkulturelle Perspektiven auf Kulturen des Lernens. Transcultural perspectives on cultures of learning. Bielefeld 2009
- GLÄSER, Jochen; LAUDEL, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse – als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3. Aufl. Wiesbaden 2006
- GOINGER KREIS e.V. (Hrsg.): Zukunft Personal Beschäftigung. Zwischen Praxis und Innovation, Unternehmen und Gesellschaft. Wiesbaden 2015
- HABERMANN, Monika; STAGGE, Maya: Menschen mit Migrationshintergrund in der professionellen Pflege. In: ZÄNGL, Peter (Hrsg.): Zukunft der Pflege. 20 Jahre Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege. Wiesbaden 2015, S. 159–175
- HAMBURGER, Franz: Weiterbildung von Migranten. In: TIPPELT, Rudolf; VON HIPPEL, Aiga (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. 5. Aufl. Wiesbaden 2011, S. 881–888
- HANS-BÖCKLER-STIFTUNG (2014): Betriebliche Integration auf globalisierten Arbeitsmärkten. URL: <https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2014-789-4%20B> (Zugriff: 21.06.2017)
- HEINZEL, Friederike u. a. (Hrsg.): „Auf unsicherem Terrain“. Ethnographische Forschung im Kontext des Bildungs- und Sozialwesens. Wiesbaden 2010
- HELFFERICH, Cornelia: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3. Aufl. Wiesbaden 2009
- HESSISCHES MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT, VERKEHR UND LANDESENTWICKLUNG; HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM (2013): Gesamtkonzept Fachkräftesicherung Hessen. URL: https://wirtschaft.hessen.de/sites/default/files/media/hmwvl/fks_hessen_4_screen_2.pdf (Zugriff: 03.08.2016)
- HÜNERSDORF, Bettina; MAEDER, Christoph; MÜLLER, Burkhard (Hrsg.): Ethnographie und Erziehungswissenschaft. Methodologische Reflexionen und empirische Annäherungen. Weinheim, München 2008
- IQ-NETZWERK (2014): Eckpunktepapier zur Entwicklungs- und Nachqualifizierung unter Berücksichtigung von Integriertem Fach- und Sprachlernen (IFSL). URL: <http://www.netzwerk-iq.de/publikationen/fachpublikationen/qualifizierungen-integriertes-fach-und-sprachlernen.html> (Zugriff: 21.06.2017)
- KOLLAK, Ingrid: Pflegepädagogik und Kultur: Anforderungen und Wirklichkeit. In: FRIEBE, Jens; ZALUCKI, Michaela (Hrsg.): Interkulturelle Bildung in der Pflege. Bielefeld 2003, S. 47–60
- KRECKEL, Jennifer: Heiratsmigration. Geschlecht und Ethnizität. Marburg 2013

- LEININGER, Madeleine: *Transcultural Nursing*. New York 1997
- MEIFORT, Barbara: *Die pragmatische Utopie. Qualifikationserwerb und Qualifikationsverwertung in Humandienstleistungen*. Bielefeld 2004
- PRENGEL, Annedore: *Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in Interkultureller, Feministischer und Integrativer Pädagogik*. 3. Auflage. Wiesbaden 2006.
- RADTKE, Frank-Olaf: *Multikulturell. Die Konstruktion eines sozialen Problems und ihre Folgen*. Wiesbaden 1996
- REGIERUNGSPRÄSIDIUM DARMSTADT (2016): *Lehrplan für die Vorbereitungskurse auf eine Kenntnisprüfung im Ausbildungsberuf Gesundheits- und Krankenpflege*. URL: <https://rp-darmstadt.hessen.de/sites/rp-darmstadt.hessen.de/files/content-downloads/Lehrplan%20f%C3%BCr%20die%20Vorbereitungskurse%20auf%20eine%20Kenntnispr%C3%BCfung%20im%20Ausbildungsberuf%20Gesundheits-%20und%20Krankenpflege.pdf> (Zugriff: 21.06.2017)
- SIEBERT, Horst: *Didaktisches Handeln in der Erwachsenenbildung. Didaktik aus konstruktivistischer Sicht*. 2. Aufl. Neuwied, Kriftel, Berlin 1997
- SOMMER, Ilka: *Die Gewalt des kollektiven Besserwissens. Kämpfe um die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen in Deutschland*. Bielefeld 2015
- THE AUSTRALIAN HEALTH PRACTITIONER REGULATION AGENCY (AHPRA) (2016a): *Internationally qualified nurses and midwives*. URL: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/International.aspx> (Zugriff: 21.06.2017)
- THE AUSTRALIAN HEALTH PRACTITIONER REGULATION AGENCY (AHPRA) (2016b): *Accreditation requirements of the qualification assessment model*. URL: <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Registration-and-Endorsement/International/Accreditation-requirements-of-the-qualification-assessment-model.aspx> (Zugriff am 21.06.2017)

II. Akademisierung der Gesundheitsberufe am Beispiel der therapeutischen Berufe

*Robert Richter, Sylvana Dietel, Rebecca End, Denny Paulicke,
Angelika Unger, Mariam Hartinger*

► Arbeitgeberperspektiven zur wissenschaftlichen Qualifizierung von Therapeutinnen und Therapeuten

Studie zur Zielgruppenanalyse des Forschungsprojektes „Therapeutic Research (TherFor)“ im Rahmen des BMBF-Wettbewerbs „Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen“

Der nachfolgende Aufsatz veröffentlicht erste Ergebnisse des BMBF-geförderten Forschungsprojekts TherFor, die sich auf den wissenschaftlichen Nachqualifizierungsbedarf von Therapieberufen (Physio-, Ergotherapie, Logopädie) beziehen, um eine Professionalisierung der Versorgung von Patienten/-innen unter derzeitigen und künftigen Anforderungen zu gewährleisten. Aufgrund einer nationalen Arbeitsmarktanalyse sowie einer in dieser Form erstmaligen qualitativen Studie zu Perspektiven von Arbeitgebern/-innen zeigt sich ein ambivalentes Bild der Befürwortung wissenschaftlicher Qualifizierung und Akademisierung sowie der Wahrnehmung von deren Effekten in der Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. für das Unternehmen.

1. Hintergrund und Relevanz des Forschungsprojektes

Mit dem Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen“ verfolgt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) das Ziel, „die Bildungschancen aller Bürgerinnen und Bürger zu steigern“ (BMBF 2008, S. 1). Dieses soll erreicht werden, indem Konzepte entwickelt und umgesetzt werden, die „berufsbegleitendes Studieren und lebenslanges, wissenschaftliches Lernen besonders für Berufstätige, Personen mit Familienpflichten und Berufsrückkehrer/-innen [...] fördern“ (ebd.). Die enge Verzahnung von beruflicher und akademischer Bildung soll eine Integration neuen Wissens in die Praxis unterstützen (ebd.).

Das hier vorgestellte Forschungsprojekt TherFor setzt die genannten Ziele für die Berufsgruppen der Physiotherapeuten/-therapeutinnen, Ergotherapeuten/-therapeutinnen und Logopäden/Logopädinnen (folgend Therapieberufe) modellhaft um.

Einschlägige Studien und Expertisen belegen die Notwendigkeit wissenschaftlicher Fundierung therapeutischer Praxis im Sinne von Akademisierung und Professionalisierung vor dem Hintergrund

- ▶ sich wandelnder demografischer Bedingungen sowie damit einhergehender zunehmender Multimorbidität,
- ▶ erhöhter Anforderungen in der Berufsausübung durch wissenschaftlichen sowie technischen Fortschritt und komplexere Handlungsanforderungen in interprofessionellen Kontexten,
- ▶ begrenzter Ressourcen, welche eine erhöhte Effektivität und Effizienz bedingen, und der damit verbundenen Forderungen nach Wirksamkeitsnachweisen durch die Kostenträger (Evidenzbasierung therapeutischen Handelns) und
- ▶ von Forderungen nach zunehmender Handlungsautonomie und Angleichung der Qualifikationsniveaus an traditionell akademische Gesundheitsberufe (vgl. HÖPPNER 2007; SACHVERSTÄNDIGENRAT 2007; FRENK et al. 2010; ROBERT-BOSCH-STIFTUNG 2011 und 2013; WISSENSCHAFTSRAT 2012; ZUKUNFTSAGENTUR BRANDENBURG 2015).

Sich verändernde Versorgungsbedarfe und -bedingungen führen zu einer notwendigen Anpassung von Qualifikationen im Bereich der Therapieberufe. Und obwohl die duale und berufsbegleitende Akademisierung dieser Berufsgruppen bereits vor 15 Jahren begann, ist die Bilanz bislang ernüchternd. Trotz der Forderung des Wissenschaftsrates (WR), der zur Sicherung einer angemessenen Patientenversorgung eine Akademisierungsquote von 10–20 Prozent postuliert (vgl. WR 2012, S. 95), liegt die Akademisierungsquote beispielsweise in der Physiotherapie bei lediglich 2,3 Prozent (vgl. ZVK 2013). Jedoch existieren noch keine validen Daten zum Verbleib der hochschulisch qualifizierten Therapeuten/Therapeutinnen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein nicht unerheblicher Teil nicht mehr im direkten Patientenkontakt tätig ist. Diese Annahme lässt sich aus Forschungsergebnissen zur Studienmotivation ableiten. Einschlägig wurde der Beweggrund genannt, nicht mehr therapeutisch in der Patientenbehandlung tätig sein zu wollen. Stattdessen wurden zukünftige Arbeitsfelder in den Bereichen der Lehre, der Forschung und im Management angestrebt (vgl. SCHÄMANN 2005, S. 196; LÜDTKE 2009, S. 44; VÖLKENING/LINK/OSTERMANN 2010, S. 103 f.).

Im internationalen Vergleich problematisiert sich der Akademisierungsrückstand in Deutschland zusätzlich. Alle europäischen Länder haben beispielsweise die Akademisierung der Physiotherapieausbildung umgesetzt und liegen mit ihren Abschlüssen auf Level sechs des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR). Lediglich Deutschland verharret mit der schulischen Ausbildung auf EQR-Level vier (vgl. ZVK 2012). Dadurch ist die Freizügigkeit der Arbeitsplatz- und Wohnortwahl innerhalb Europas für die deutschen Therapieberufe nicht erreicht. Zudem stellt die mangelnde Wissenschaftlichkeit in den deutschen Ausbildungen eine Qualifizierungslücke zur beruflichen Praxis dar. Gestiegenen Anforderungen in den Versorgungsbedarfen kann dadurch qualitativ nicht ausreichend begegnet werden (vgl. BMBF 2013, S. 146). Ebenso kommt es zu einer verzögerten Entwicklung wissenschaftlicher Karrieren, die unabdingbar sind, um eine gelingende Versorgungspraxis auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gewährleisten (vgl. u. a. SCHERFER 2008; HÖPPNER 2010).

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten/-therapeutinnen und Ergotherapeuten/-therapeutinnen (BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ 2009) ist die deutsche Politik einen ersten vorsichtigen Schritt in Richtung grundständiger Akademisierung gegangen. Zunächst ist es den Bundesländern bis 2017 erlaubt, die Ausbildung in den Therapieberufen auf Hochschulniveau zu erproben (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ 2009). Die Ratifizierung des Gesetzes durch die Bundesländer läuft allerdings schleppend, sodass nach wie vor wenige grundständig akademisierte Therapeuten/Therapeutinnen in die berufliche Praxis entsandt werden. Zudem liegt die Vermutung nahe, dass auf dem Arbeitsmarkt eine große Verunsicherung vorherrscht, wie die „neuen“ Therapeuten/Therapeutinnen einsetzbar seien (vgl. HÖPPNER 2009). Hier bedarf es klarerer und weiterführender gesetzlicher sowie heilmittelbezogener Regelungen. Im „Interdisziplinären hochschulischen Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB)“ (HVG 2014) sind die Kompetenzzuschreibungen auch in Abgrenzung zur berufsfachschulischen Qualifikation bereits beschrieben. Die Therapieberufe sollten nun den Mehrwert hochschulischer Ausbildungen für Versorgungsprozesse beweisen.

2. Zielgruppe der nicht traditionell Studierenden in den Gesundheitsfachberufen

Entsprechend der im BMBF-Wettbewerb beschriebenen Zielgruppe definiert das dargestellte Forschungsprojekt die Zielgruppe der Therapeuten/Therapeutinnen in den Gesundheitsfachberufen als nicht traditionell Studierende. In Anlehnung an Wolter (2012) werden Personen als projekt-relevante Zielgruppe der nicht traditionell Studierenden definiert, welche eine Qualifikation zum Hochschulstudium über ihre Berufsausbildung bzw. ihre Berufstätigkeit erlangt haben (vgl. ebd., S. 11; Teichler/Wolter 2004). Wolter (2012) spricht hierbei von „Lifelong Learners“, d. h. Personen im Erwachsenenalter („mature students“), die sich mit oder ohne Hochschulzugangsberechtigung (HZB) wissenschaftlich weiterqualifizieren (vgl. ebd., S. 13 f.). Er nimmt eine Typenbildung vor, bei der für das Projekt TherFor insbesondere die Gruppen der 1) „Second chance learners“ (Studierende des zweiten oder dritten Bildungsweges) und 2) „Deferrers“ (Studierende, die nach dem Erwerb der HZB zunächst eine Berufsausbildung absolvieren, für einige Zeit erwerbstätig sind und anschließend studieren) von Bedeutung sind (vgl. ebd., S. 14).

3. Projektziele von TherFor

Die durch das BMBF (2008) definierten Ziele werden im dargestellten Projekt auf die Zielgruppe der Therapeuten/-innen übertragen, um

- ▶ das Fachkräfteangebot dauerhaft zu sichern,
- ▶ die Durchlässigkeit zwischen beruflicher und akademischer Bildung zu verbessern und

- ▶ die internationale Wettbewerbsfähigkeit durch nachhaltige Profilbildung im lebenslangen wissenschaftlichen Lernen und beim berufsbegleitenden Studium zu stärken.

Bezogen auf das erstgenannte Ziel zeigt die Arbeitsmarktanalyse Berlin-Brandenburg durch die Zukunftsagentur Brandenburg (ZAB) zwar Zahlen über den derzeitigen und auch zukünftigen Bedarf in den Jahren 2020 bis 2030, jedoch wurde das Qualifikationsniveau außer Acht gelassen (vgl. ZAB 2015, S. 192 f., 208 f., 223 f.). Es fehlt die wissenschaftliche Datenbasis, die die Sicherung des Fachkräfteangebots nicht ausschließlich aus quantitativer, sondern auch aus qualitativer Sicht darstellt. Die derzeit einzig verfügbaren Zahlen über den Bedarf von 10–20 Prozent an akademisch qualifizierten Therapeuten/Therapeutinnen entstammen den bereits zitierten Zahlen des WISSENSCHAFTSRATES (vgl. WR 2012). Berufspolitische Akteure hingegen begründen und fordern zur Sicherung zukünftiger Versorgungsbedarfe eine Vollakademisierung auch für Deutschland (vgl. u. a. HVG 2015; AG MTG 2015).

Als eine Empfehlung, dem Fachkräftemangel in allen drei genannten Therapieberufen entgegenzuwirken, wird die Akademisierung zur Attraktivitätssteigerung der Berufe hervorgehoben (vgl. ZAB 2015, S. 195 f., 210 f., 225 f.). Im Zuge dieser Attraktivitätssteigerung wäre eine Aufwertung der Honorierung therapeutischer Leistungen die logische Konsequenz. In der Studie der ZAB wird das Thema der qualifikationsadäquaten Finanzierung und Vergütung nicht kritisch beleuchtet, es wird jedoch auf die derzeitige Unklarheit hingewiesen, ob zukünftig akademisch qualifizierte Therapeuten/Therapeutinnen andere Leistungen als die berufsfachschulisch qualifizierten erbringen sollen. Um den wachsenden Fachkräftebedarf zu sichern, soll die Akademisierung gefördert und gleichzeitig das Tätigkeitsprofil entsprechend der hochschulisch erworbenen Kompetenzen neu definiert werden (vgl. ZAB 2015, S. 196).

Das Projekt TherFor strebt die Entwicklung von berufsbegleitenden wissenschaftlichen Weiterbildungsmodulen an, um den berufsfachschulisch ausgebildeten Therapeuten/Therapeutinnen Nachqualifizierungsmöglichkeiten anzubieten und gleichzeitig einen niedrigschwelligen Übergang von beruflicher in hochschulische Bildungskontexte zu ermöglichen (Durchlässigkeit). Die Inhalte fokussieren auf die Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenz. Diese befähigt die Teilnehmenden, therapeutische Behandlungen auf wissenschaftlicher, evidenzbasierter Basis mittels systematisierender und reflektierender Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse durchzuführen. Inwieweit Arbeitgeber/-innen und Arbeitnehmer/-innen in der wissenschaftlichen Nachqualifizierung einen Benefit für die Versorgung von Patienten/Patientinnen sowie für das Unternehmen sehen, ist Bestandteil der hier vorgestellten Studie. Diese inkludiert eine systematische Recherche zu Weiterbildungspositionen von Arbeitgebern (Kapitel 4), eine nationale Arbeitsmarktanalyse (Abschnitte 5.1.1 und 5.2.1) sowie je eine qualitative Untersuchung zu den Perspektiven von Arbeitgebern (Abschnitte 5.1.2 und 5.2.2) und Arbeitnehmern/-innen (ab Mitte 2016). Die vorliegenden Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

4. Stand der Forschung – Perspektive der Arbeitnehmer/-innen

Der Forschungsstand wurde zu Weiterbildungsdaten, -verhalten und -einstellungen in einem nationalen Kontext unter besonderer Berücksichtigung des Themas Durchlässigkeit für nicht traditionelle Zielgruppen erhoben.

Grundsätzlich ist die Datenlage zu Weiterbildungsverhalten und -einstellungen in den Therapieberufen national dürftig. Ebenso liegen kaum belastbare empirische Studien vor. Es erfolgt in TherFor daher vorwiegend ein Rückgriff auf gesamtgesellschaftliche Daten und Studien aus angrenzenden Bereichen wie beispielsweise der Pflege.

Mit dem Ziel der Entwicklung eines zielgruppenadäquaten Weiterbildungsangebotes wird zunächst der Wissensstand über die Zielgruppe in den Gesundheitsberufen skizziert. Des Weiteren wird der Forschungsstand zu Unterstützungsangeboten aus der Lebenswelt Familie und Beruf bei berufsbegleitender wissenschaftlicher Qualifizierung dargestellt.

4.1 Perspektive: Arbeitnehmer/-innen in den Gesundheitsfachberufen

Von den 5,2 Millionen Angestellten in Gesundheitsberufen (2012; darunter u. a. die Therapieberufe) ist mit 75,8 Prozent die Mehrzahl weiblich (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2014, 2015). Die höchste Weiterbildungsbeteiligung liegt im gesamtdeutschen Durchschnitt aller Weiterbildungen in der Altersgruppe der 25- bis 34-Jährigen; die Hälfte ist weiblich (ebd.).

Projektrelevant sind die Zahlen zum Weiterbildungsverhalten von Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten. Mit 59 Prozent nehmen Vollzeitbeschäftigte geringfügig häufiger an Weiterbildungen teil als Teilzeitkräfte (54 %) (vgl. BMBF 2014, S. 28 ff.).

In den drei Zielgruppen lassen sich sowohl der hohe Frauenanteil als auch eine hohe Teilzeitquote aufgrund der Datenlage für die Region Berlin-Brandenburg bestätigen (vgl. ZAB 2015, S. 182, 198, 213) (Tabelle 1).

Tabelle 1: Frauenanteil und Teilzeitquote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten
(Quelle ZAB 2015, eigene Darstellung)

Bundesland	Physiotherapie			Ergotherapie			Logopädie		
	Gesamt	Anteil Frauen	Anteil Teilzeit	Gesamt	Anteil Frauen	Anteil Teilzeit	Gesamt	Anteil Frauen	Anteil Teilzeit
Berlin	6.510	76,3 %	51,6 %	2.151	87,5 %	61,2 %	657	93,8 %	63,9 %
Brandenburg	4.205	84,2 %	45,0 %	1.333	89,7%	48,2 %	394	93,9 %	52,8 %

Ebenso entspricht die Altersstruktur der Therapeuten/Therapeutinnen ausnahmslos in allen drei Berufen der Altersgruppe mit der höchsten Weiterbildungsbeteiligung: Der größte Anteil der Beschäftigten ist unter 35 Jahre alt (ebd., S. 183, 199, 214).

Während die zuvor genannten Fakten sehr gut auf die Zielgruppe von TherFor zutreffen, sind Studienergebnisse über den Zusammenhang zwischen Weiterbildungsbeteiligung und der Qualifikation nicht übertragbar, da über 97 Prozent der Therapeuten/Therapeutinnen über keine akademische Qualifikation verfügen. Wie GOPEE (2002) mit einer Quote von 67 Prozent akademischer Weiterbildungsteilnehmer/-innen nachwies, steigt die Wahrscheinlichkeit zur Teilnahme mit höherem Bildungsabschluss (vgl. ebd., S. 612 f.). Einen weiteren starken Einfluss auf die Partizipation an Weiterbildungen übt die Betriebsgröße aus. Im Vergleich kleiner (1–10 Beschäftigte) und großer Betriebe (> 1.000 Beschäftigte) verdoppelt sich die Zahl der Weiterbildungsteilnehmer/-innen nahezu von 36 auf 69 Prozent (vgl. BMBF 2014, S. 28 ff.). Da die Mehrzahl der Therapeuten/Therapeutinnen in allen drei Berufen in kleineren Unternehmen (niedergelassenen Praxen) tätig ist (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2014; ZVK 2013), lässt sich daher eine eher zurückhaltende Beteiligung erwarten.

Ein für Deutschland besonderes Merkmal ist die kontinuierliche fachbezogene Fortbildungspflicht für fachliche Leitungen und Praxisinhaber/-innen (Anlage 4 Fortbildung im Bereich Heilmittel [Physiotherapie, Ergotherapie und Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie] zu den Rahmenempfehlungen zur Heilmittelversorgung nach § 125 Abs. 1 SGB V vom 25. September 2006). Wissenschaftliche Weiterbildungen sind bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt dagegen nicht verpflichtend bzw. werden nicht anerkannt. Im internationalen Vergleich der Ausbildungen in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen ist festzustellen, dass gestufte Systeme bereits etabliert wurden (z. B. in Großbritannien) und ein „dritter Bildungsweg“ nicht im explizit-additiven, sondern im implizit-konsekutiven Verständnis vorzufinden ist (vgl. BMBF 2013).

4.2 Unterstützung durch die Familie

Um in der vorliegenden Studie den Auftrag des BMBF zur Familienfreundlichkeit der Bildungsangebote zu erfüllen, sind bei der angestrebten Modulentwicklung Kenntnisse über Barrieren und Ressourcen aus der Lebenswelt Familie vordringlich in adäquate Konzepte zu überführen. Wie in den Darstellungen zuvor werden aufgrund der mangelnden Datenlage bezüglich der adressierten Zielgruppe Studienergebnisse zitiert, die eine weitaus größere Zielgruppe als die der Therapeuten/Therapeutinnen zum Gegenstand haben.

Die Motivation zu Weiterqualifizierung ist stark von der Beziehung zum Partner/zur Partnerin bzw. zu den Eltern geprägt (vgl. GOPEE 2002, S. 612 f.). Unterstützungsangebote und die Stabilität der Beziehung wirken sich positiv auf die Bereitschaft aus, sich weiterzubilden. GOPEE (2002) weist ebenso auf das Risiko hin, dass die Beziehungsbalance durch die Partizipation an Weiterbildungen gestört wird und dies die Motivation sowie den Lernprozess negativ beeinflussen kann. Der Aspekt der Familienfreundlichkeit soll im dargestellten Projekt TherFor durch ein ausgewogenes Verhältnis von Präsenzphasen und E-Learning-Phasen sowie durch motivierende Lernmaterialien und praxisnahe Fallarbeit gefördert werden.

4.3 Unterstützung im Beruf

Laut Ergebnissen einer Studie des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. BMFSFJ 2013) sehen 88 Prozent der Befragten eine Mitverantwortung des Arbeitgebers bei der Kinderbetreuung. Diese Mitverantwortung wird in flexiblen Arbeitszeiten gesehen. Bereits 84 Prozent der Firmen bieten Teilzeitbeschäftigungen an, ebenso deutet die Zahl an flexiblen Tages- und Wochenarbeitszeiten mit 64 Prozent auf die gewünschte Flexibilität (vgl. BMFSFJ 2014c). Nachholbedarf wird jedoch bei der Väterorientierung konstatiert. Nur 10 Prozent der befragten Unternehmen bieten flexible Arbeitszeitmodelle für Väter an (vgl. BMFSFJ 2014b). Dies scheint insbesondere vor dem Hintergrund der Idealvorstellung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ein relevanter Hinweis. Wie das BMFSFJ in einer weiteren Studie untersuchte, definieren 59 Prozent der Befragten eine Teilzeitbeschäftigung beider Partner als sinnvolles Modell (vgl. BMFSFJ 2014a). Im Kontext von Familienfreundlichkeit wird zukünftig das Thema Home-Office an Bedeutung gewinnen. Deutschland liegt im Hinblick auf Heimarbeitsmodelle unter dem EU-Durchschnitt (vgl. BRENKE 2014; 134 f.). Unternehmen beschreiben große Unsicherheit in der Umsetzung dieser Modelle (vgl. BMFSFJ 2014c). Durch das Tätigkeitsprofil der Therapieberufe werden Heimarbeitsmodelle vermutlich nur begrenzt auf die Zielgruppe übertragbar sein.

4.4 Unterstützung auf dem Weg zur Hochschule

Im Folgenden werden Studienergebnisse zur direkten Unterstützung von nicht traditionell Studierenden zusammengefasst und deren Relevanz für die angestrebte Zielgruppe erörtert.

Entsprechend den Ergebnissen einer Studie der Ruhr-Universität Bonn erfahren 42 Prozent der nicht traditionell Studierenden bei der Entscheidung für ein Studium keine Unterstützung seitens des Arbeitgebers (vgl. BUCHHOLZ et al. 2012, S. 9, 43 f.). Als äußerst positives Kriterium werten studieninteressierte Berufstätige Anrechnungsverfahren (vgl. OFFENE HOCHSCHULE NIEDERSACHSEN 2014). Mit dem Wissen um die weitestgehend nicht vorhandene akademische Vorqualifizierung der Therapeuten/Therapeutinnen werden im angestrebten Projektvorhaben mehrheitlich außerhochschulische Leistungen von Interesse für Anrechnungen sein.

Zu den förderlichen Faktoren für den Zugang nicht traditionell Studierender zu Hochschulen zählen flexible Studienzeitmodelle, großzügige Fernstudienangebote, Bereitstellung von Informationen zum Studium für beruflich Qualifizierte ohne Abitur, Brückenkurse sowie berufsbegleitende Studiengänge. Zudem erwiesen sich die Anrechnung beruflicher Erfahrungen und die Nutzung von E-Learning-Angeboten als begünstigend (vgl. NICKEL/DUONG 2012, S. 109; TEICHLER/WOLTER 2004, S. 66 f.).

Die häufigsten Schwierigkeiten treten bei nicht traditionell Studierenden im Zusammenhang mit Methoden wissenschaftlichen Arbeitens und dem Umgang mit Fachliteratur auf (vgl. FREITAG 2012, S. 80 ff.; KERN/HOORMANN 2011, S. 80; BUCHHOLZ et al. 2012, S. 53). Zudem

geben gerade Unternehmen an, dass sie die Studienmöglichkeiten für beruflich Qualifizierte erst in Betracht ziehen würden, wenn diese gesellschaftlich etabliert sind und nachgefragt werden (vgl. FREITAG 2012, S. 28).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass für die Zielgruppe der nicht traditionell studierenden Therapeuten/Therapeutinnen ein hohes Maß an intrinsischer Motivation für den Weg an die Hochschulen erforderlich ist. Um diesen Weg zu erleichtern, bedarf es berufspolitischer und struktureller Neuregelungen zur Anerkennung von wissenschaftlicher Weiterbildung – sowohl aufseiten der Arbeitnehmer/-innen als auch aufseiten der Arbeitgeber. Internationale Erfolgsmodelle des Übergangs von berufsfachschulischer zu hochschulischer Qualifikation sollten dabei Impulsgeber für Deutschland sein (vgl. BMBF 2013, S. 28 ff.).

5. Studie zu Perspektiven von Arbeitgebern

Die Studie zu den Perspektiven von Arbeitgebern, bezogen auf Bedarfe an wissenschaftlichen Qualifikationen in der Versorgungspraxis der Therapieberufe, ist neben der Studie zu den Perspektiven von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen (ab Mitte 2016) ein wesentlicher Teil der Zielgruppenanalyse zur Identifizierung relevanter Inhalte für die im Rahmen des Projektes TherFor zu entwickelnden wissenschaftlichen Weiterbildungsmodule. Sie ist die erste derartige Studie in Deutschland. Bislang beruhen die Zuschreibungen therapeutisch relevanter wissenschaftlicher Inhalte zumeist auf den Expertisen der Initiatoren/Initiatorinnen von Studiengängen oder Weiterbildungen und stützen sich auf die hypothetisch angenommenen oder aus der Theorie sowie bezugswissenschaftlich abgeleiteten Praxisbedarfe. Die qualitativ-empirische Analyse dient einer Validierung bzw. Falsifizierung und damit Konkretisierung dieser Annahmen.

Zugleich nimmt die vorliegende Studie die Einstellungen und Deutungsmuster der Arbeitgeber zur wissenschaftlichen Qualifikation in den Blick, um fördernde sowie hemmende Faktoren bei der Implementierung wissenschaftlich qualifizierter Therapeuten/Therapeutinnen auf dem Arbeitsmarkt zu identifizieren.

Ziel der Studie zu den Perspektiven von Arbeitgebern ist es, die Inhalte der wissenschaftlichen Weiterbildungen im Projekt TherFor arbeitsmarktorientiert zu entwickeln und so eine möglichst hohe Anschlussfähigkeit an reale Praxisbedingungen zu gewährleisten. Es geht mithin um eine Spezifizierung der eingangs begründeten wissenschaftlichen Substituierung therapeutischer Versorgungspraxis.

5.1 Methodischer Zugang

Um sich die Perspektive der Arbeitgeber empirisch zu erschließen, erfolgt methodisch eine Triangulation der Rechercheergebnisse (Kapitel 4) und der quantitativ-statistischen Daten einer Arbeitsmarktanalyse mit der qualitativen Rekonstruktion von Deutungsmustern der

Arbeitgeber/-innen zu wissenschaftlich qualifizierten Therapeuten/Therapeutinnen aus leitfadengestützten Interviews mit Experten und Expertinnen.

5.1.1 Arbeitsmarktanalyse

Die Arbeitsmarktanalyse untersucht arbeitsmarktbezogene Anreize für wissenschaftliche Qualifikationen bei explizit patientenbezogenen Tätigkeiten. Als arbeitsmarktbezogene Anreize werden Vorgaben des Arbeitgebers, arbeitsplatzbezogene Anforderungen und Erwartungen, Karriere sowie Gehaltssteigerung verstanden (vgl. PRÄSSLER 2015), welche sich über Stellenausschreibungen repräsentieren.

Im ersten Schritt erfolgte eine Onlinerecherche in der Jobbörse der Bundesagentur für Arbeit, bei StepStone sowie bei einschlägigen Fachportalen (z. B. Stellenausschreibungen über die Homepages der Berufsverbände). In einem zweiten Schritt erfolgte eine Handsuche in den Stellenanzeigen von Fachzeitschriften (z. B. pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten). Im dritten Schritt wurden die Ergebnisse der Recherche in einem dreistufigen Materialdurchlauf mittels Schlüsselbegriffen und manueller Volltextanalysen systematisiert. Stellenanzeigen, die mehrfach in unterschiedlichen Medien publiziert waren, wurden nur einmal in die Auswertung einbezogen.

5.1.2 Interviews mit Arbeitgebern

Aufgrund des Erkenntnisinteresses, eine inhaltliche und kontextuelle Exploration des Gegenstandsbereiches zu generieren und in diesem Verständnis ein weitgehendes unbekanntes Wissensgebiet zu erkunden, ist der grundlegende Erhebungscharakter davon geprägt, ein möglichst umfassendes „Materialgefühl für das Gebiet zu gewinnen“ (MIEG/NÄF 2005, S. 22). Es geht um die Rekonstruktion von Deutungsmustern und deren kontextbezogenen Sinngehalten (Bohnsack 2010, S. 20 ff.) von Arbeitgebern. Diese lassen sich besonders ergiebig mittels eines qualitativen Designs erschließen.

Die Umsetzung erfolgte mittels leitfadengestützter Interviews mit Experten/Expertinnen und deren inhaltsanalytischer Auswertung in Anlehnung an GLÄSER und LAUDEL (2010). Dieses Vorgehen erlaubt es, eine relativ umfangreiche Datenmenge in einem angemessenen Zeitraum bei gleichzeitiger inhaltlicher Durchdringung und methodischer Kontrolle zu bearbeiten (ebd.). Die Leitfadenerstellung erfolgte anhand der SPSS-Methode nach HELFFERICH (2009).

Durch den Leitfaden wurden drei Themenbereiche erfasst (Tabelle 2), die die Möglichkeit boten, vor allem auch Aspekte der kulturellen bzw. kommunikativen Kontextualisierung des Erkenntnisgegenstandes zu erfassen (vgl. GLÄSER/LAUDEL 2010, S. 114 f.). Dadurch wurde die Einstellung der Arbeitgeber zur wissenschaftlichen Qualifikation von Therapeuten/Therapeutinnen in Beziehung zu den Erwartungen der Arbeitgeber in der Aufgabenerfüllung therapeutischer Praxis gesetzt.

Tabelle 2: Themenbereiche der Experteninterviews

Themenbereich/Kategorien	Beschreibung/Spezifizierung
A) Allgemeine Einstellung zu akademisch qualifizierten Therapeuten/-innen	Kenntnisstand zu Akademisierungsprozessen und Einordnung in einen fachbezogenen Kontext, Kompetenzzuschreibung wissenschaftlichen Wissens für Versorgungsprozesse
B) Spezifizierung/Bezug zu (wissenschaftlicher) Weiterbildung	Allgemeine Einstellung zu Weiterbildungen (WB), Relevanz spezifischer WB für die Praxis, Relevanz wissenschaftlicher WB für die Praxis, weiterbildungsbezogene Kompetenzzuschreibung (wissenschaftlich/nicht wissenschaftlich), einrichtungsbezogene Förderpraxis von (wiss.) WB, Genderaspekte im Weiterbildungsverhalten
C) Relevanz wissenschaftlicher Inhalte in Weiterbildungen	Wissenschaftliche WB-Bedarfe für die Patientenversorgung, wissenschaftliche WB-Bedürfnisse der Therapeuten, unternehmerischer, individueller und patientenbezogener Benefit aus wissenschaftlichen WB

Das Sampling orientiert sich an den Einrichtungen, in denen Therapeuten und Therapeutinnen gemäß statistischen Arbeitsmarktdaten beschäftigt sind (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2013). Die Interviewpartner/-innen wurden mittels des Convenience-Prinzips (vgl. FLICK 2002) durch zunächst schriftlichen sowie anschließend telefonischen Kontakt akquiriert und unterzeichneten eine Einverständniserklärung. Generell war die Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview gering (positiver Rücklauf ca. 20 Prozent). Den Status von Experten und Expertinnen erhalten die Interviewten durch die Zuschreibung von Personalverantwortung, Einstellungsbefugnissen und Weiterbildungsentscheidungen in den untersuchten Einrichtungen. Es spielte also zentral die Funktion der Interviewten und nicht deren Qualifikation eine Rolle. Es finden sich bei den Interviewten Experten/-innen aus monoprofessionellen sowie bi- und triprofessionellen Einrichtungen in Berlin, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt (Tabelle 3). Da bisher keine Studien zur bedarfsorientierten Einstellung der Arbeitgeber zu wissenschaftlichen Qualifikationen im Bereich der Praxis der Therapieberufe vorliegen, wurde das Sampling bewusst breit angelegt, um Indizien zu eventuellen Unterschieden zwischen sowohl unterschiedlichen Einrichtungstypen (Tabelle 3) und Berufen als auch zwischen städtischen und ländlichen Regionen sichtbar machen zu können.

Insgesamt wurden 15 Interviews mit einer Dauer von 35 bis 75 Minuten geführt. Die Interviews wurden face-to-face durch drei Interviewer geführt, die von Beginn an in den Forschungsprozess involviert waren und die Interviews nach einem standardisierten Vorgehen (Einführungstext, Fragestellungen) führten.

Die Auswertung erfolgt sukzessive in sechs Schritten. Dieses schrittweise Vorgehen erlaubt eine fortlaufende Fallkonstruktion und Fallkontrastierung, sodass eine theoretische Sättigung bezüglich der thematischen Einlassungen zu den (Sub-)Kategorien im Querschnitt

der Interviews überprüft wird. Zunächst (*erster Schritt*) werden die Interviews transkribiert, um anschließend (*zweiter Schritt*) eine deduktiv-induktive sequenzielle Strukturierung zu durchlaufen: Die Interviews werden nach – durch den Leitfaden vorgegebenen – Kategorien hin untersucht (Deduktion) und folgend auf thematisch unterscheidbare Aspekte innerhalb der Kategorien geprüft (induktive Bildung von Subkategorien). Im *dritten Schritt* wird aus den identifizierten (Sub-)Kategorien ein Codierleitfaden erstellt, welcher sich mit jedem weiteren Interview um neue Subkategorien erweitern kann. Im *vierten Schritt* erfolgt die Codierung der Interviews gemäß dem Codierleitfaden. Im *fünften Schritt* werden die zu einer Subkategorie zugeordneten Textsequenzen eines Interviews zusammengefasst, mit Ankerbeispielen und Zeilennachweisen versehen und in einer zusammenfassenden Formulierung abstrahiert. Im *sechsten Schritt* werden die abstrahierten Aussagen in einer Vergleichsmatrix aller Interviews (Querschnittanalyse) nach homologen und heterologen/kontrastierenden Äußerungen zusammengefasst (in Anlehnung an GLÄSER/LAUDEL 2010).

Tabelle 3: Untersuchte Einrichtungen mit Zuordnung der Fachrichtungen

Einrichtungstyp	Logopädie	Ergotherapie	Physiotherapie	2/3 Berufe
Klinik/Stadt			1	2
Klinik/Land, Kleinstadt			1	
Rehaklinik/Stadt		1	1	
Rehaklinik/Land, Kleinstadt				2
Ambulantes Therapie-/Reha-/Versorgungszentrum/Stadt				1
Ambulantes Therapie-/Reha-/Versorgungszentrum/Land, Kleinstadt	1	1		
Praxis/Stadt	1	2		
Praxis/Land, Kleinstadt				1

Die ersten beiden Interviews wurden diskursiv in einer Forschergruppe und in der Folge (für die weiteren Interviews) additiv (durch mindestens zwei Forscher/-innen) methodisch kontrolliert.

5.2 Ergebnisse

5.2.1 Arbeitsmarktanalyse

Für die Analyse wurden N = 6.082 Stellenanzeigen für patientenbezogene therapeutische Tätigkeiten herangezogen. Es gab *keine* Stellenanzeige mit einer obligaten Forderung wissenschaftlicher Qualifikation. Verbindlich geforderte Zusatzqualifikationen lagen ausschließlich im fachpraktischen Bereich. Wenige Stellenanzeigen führten eine hochschulische Qualifika-

tion als optional neben den fachpraktischen Qualifikationen an. Einige wenige Stellenanzeigen für akademisch qualifizierte Therapeuten/-innen bezogen sich auf Tätigkeiten in Forschung und Lehre. Diese wurden gemäß den Inklusionskriterien nicht mit einbezogen.

Das Ergebnis wirft die Frage auf, inwieweit einer wissenschaftlichen Qualifikation vonseiten der Arbeitgeber eine Relevanz für praktische therapeutische Tätigkeiten zugeschrieben wird. Die Ergebnisse der Interviews mit Arbeitgebern zeigen hierzu Tendenzen auf.

5.2.2 Interviews mit Arbeitgebern

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der drei im Leitfaden vorgegebenen Kategorien, die homolog zu den Themenbereichen des Erkenntnisinteresses sind (Tabelle 2).

Da bei der Auswertung der Interviews keine einstellungsbezogene Differenzierung zwischen den einzelnen Berufsgruppen offensichtlich wurde, erfolgt die Ergebnisdarstellung für alle drei Therapieberufe zusammengefasst.

A) Allgemeine Einstellung zu wissenschaftlich qualifizierten Therapeuten/-innen

Zu dieser Kategorie wurden in der Abduktion (vgl. FLICK et al. 2012) sechs Subkategorien gebildet (A1 – A6), die sich durch die vorgegebenen Themen aus der Fragestellung und durch die Einlassungen der Interviewten ergeben. Folgend werden die Ergebnisse zu den Subkategorien skizziert.

A1) Berufliche Kompetenzen durch akademische Ausbildung/Weiterbildung

Explizit wird einer wissenschaftlichen Qualifikation ein positiver Einfluss auf die Behandlungsqualität in der Mehrzahl der Fälle abgesprochen: „Ich sage ganz klar, wer so ein Studium macht, ist kein besserer Therapeut per se“ (TPI: 319 f.).

Dementgegen äußern sich die Interviewten implizit häufig gegensätzlich. Gerade im Bereich der Personal- und Sozialkompetenz wird ein reflektierterer und kritisch-konstruktiverer Umgang sowohl mit Wissen als auch mit Patienten/-innen gesehen. Durch ein akademisches Niveau würden metakognitive Prozesse gestärkt, etablierte Konzepte und Methoden hinterfragt und in Behandlungsplanungen neu arrangiert.

A2) Auswirkungen von akademischer Aus- oder Weiterbildung auf die Patientenversorgung

Eine Absicherung des Handelns auf wissenschaftlicher Erkenntnis wird hypothetisch-perspektivisch als Gewinn für die Patienten/-innen angenommen, da externe Evidenz dadurch als Handlungsgrundlage in der Praxis etabliert werden könnte. Dies könnte, so die weitverbreitete Meinung, Auswirkungen auf die Effektivität der Behandlungen haben, da die Therapiedauer verkürzt und die Patientenzufriedenheit gesteigert werden könnte.

Allerdings sehen die Arbeitgeber aktuell kaum positive Effekte wissenschaftlicher Qualifikationen für die Patienten. Es zählt vor allem eine gute praktische Qualifikation und ein hohes Maß an Nähe zu den Patienten/-innen. Beides wird bei wissenschaftlichen Qualifika-

tionen als latent kritisch bewertet. Dementgegen beobachten Arbeitgeber eine Befähigung zu interprofessioneller Kooperation bei wissenschaftlich Qualifizierten in komplexen Patientenfällen.

Angenommen wird auch, dass die sowieso schon anspruchsvolleren Therapeuten/-innen sich eher für ein Studium oder eine wissenschaftliche Weiterbildung entscheiden, sodass „die sowieso Besseren dann ihr Potenzial noch mehr entfalten können“ (TPI: 271 f.).

A3) Arbeitsfelder akademisch qualifizierter Therapeuten/-innen

Arbeitsfelder für wissenschaftlich qualifizierte Therapeuten/-innen werden vorrangig in therapieassoziierten Bereichen oder außerhalb angewandter Therapie gesehen. In der reinen Praxis sind die Aufgabenbereiche von akademisierten und nicht akademisierten Therapeuten/-innen ebenso wie die Bezahlung nach Aussage aller Interviewten gleichgestellt.

Des Weiteren sehen Arbeitgeber eine Erweiterung der generellen beruflichen Möglichkeiten. So erhalten akademisierte Therapeuten/Therapeutinnen Zugang zum internationalen Arbeitsmarkt, können in Forschung und Lehre tätig werden oder – abhängig von der Art des Studiums – in Leitungs- und Managementpositionen aufsteigen. Einige, vor allem größere Arbeitgeber sehen ein Potenzial in der internen Wirkung wissenschaftlich Qualifizierter. Diese können innovative Projekte initiieren, Forschungsergebnisse im Rahmen interner Weiterbildungen vermitteln und interprofessionelle Schnittstellen bedienen. Auch die aktive Mitwirkung an Studien sei realistisch.

A4) Erfahrungen mit akademisch qualifizierten Therapeuten/Therapeutinnen

Es wird von den Arbeitgebern/-innen eingeschätzt, dass die „inkonsequente, zögerliche und halbherzige Umsetzung der Akademisierung“ (TPVI: 254) sowie der „heterogene, zersplitterte, zu wenig regulierte Aus- und Weiterbildungsmarkt“ (TPIII: 571) zu inhaltlichen Fehlstellen bei weiterführenden Kompetenzen sowie bei fachlicher Befähigung seitens der akademisierten Therapeuten/Therapeutinnen führt. Die derzeitige Situation im Aus- und Weiterbildungsbereich lässt sich von Arbeitgebern kaum überblicken, sodass sie mit dem Festhalten am Alten (schulische Ausbildung plus einschlägige praktische Weiterbildungen) mehr Sicherheit verbinden.

Dementgegen herrscht in den Interviews mit Blick auf die Anforderungen im Beruf und bezogen auf eine wissenschaftliche Fundierung der Therapie, aber vor allem auch im Sinne internationaler Vergleichbarkeit der Abschlüsse, eine große, wenn auch nicht durch alle geteilte Übereinstimmung zu einer notwendigen Vollakademisierung der Ausbildungen. Dieser aufscheinende Widerspruch wird explizit nicht aufgelöst und manifestiert offensichtlich ein Dilemma in den Einstellungen der Arbeitgeber/-innen. Dieses ambivalente Ergebnis ist repräsentativ für die geführten Interviews.

Schlussfolgernd wird auch unter diesem Punkt deutlich, dass vonseiten der Arbeitgeber akademisierte und nicht akademisierte Therapeuten/Therapeutinnen formal gleichgestellt sind und im Regelfall die Anzahl und Art praktischer Fortbildungen entscheidender für eine

Personalentscheidung sind als eine wissenschaftliche Qualifikation mit – aus Perspektive der Arbeitgeber – unklarem Mehrwert.

Es gibt offensichtlich kaum fachbezogene Anreize für die Einstellung wissenschaftlich Qualifizierter. Gerade deren auch fachlich höherer Anspruch steht im Widerspruch zum Bedarf der realen Praxis an preiswerten „Fließbandarbeitern/-arbeiterinnen“.

A5) Monetäre Einflussfaktoren und Bedingungen

Ebenso existieren aus der Perspektive der Arbeitgeber keine monetären Anreize für die Einstellung wissenschaftlich qualifizierter Therapeuten/Therapeutinnen. Arbeitgeber generieren mit Letzteren keine höheren Umsätze bei gleichzeitig höheren Gehaltserwartungen. Höhere Umsätze seien lediglich durch bestimmte weiterbildungsbezogene Abrechnungspositionen durch praktische Qualifizierungen möglich (z. B. Bobath-Therapie, Manuelle Therapie): „Leute ... müssen eine Weiterbildung machen, damit sie abrechnungsfähige Qualifikationen haben“ (TPI: 377 f.).

Die wissenschaftlich Qualifizierten verfügen auch rechtlich nicht über größere Handlungsspielräume oder erweiterte Kompetenzzuschreibungen. Im Gegenteil stünden die geringen Verdienst- und Handlungsmöglichkeiten in großem Widerspruch zu denen einer Studienmotivation. Letztere, so die Schlussfolgerung, würde dann wohl eher aus einer finanziellen Aufwertung und der Erweiterung der beruflichen Befugnisse resultieren.

Sekundäre monetäre Effekte durch größere Effektivität und Effizienz (z. B. Patientenbindung, kürzere Therapiedauer) werden von den Arbeitgebern kaum benannt.

Kritisch gesehen wird auch der privatwirtschaftliche, kaum standardisierte Aus- und Weiterbildungsmarkt. Marktwirtschaftliche Interessen, so die Interviewten, überwiegen häufig gegenüber inhaltlich-qualitativen Ansprüchen. Zudem stehen die hohen Kosten der Angebote in einem Missverhältnis zu den geringen Verdienstmöglichkeiten.

Die – auch im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen – geringe Leistungsvergütung durch die Kostenträger bei gleichzeitig hohen Aus- und Weiterbildungskosten und geringer Handlungsautonomie wird generell als zentrales Problem benannt.

A6) Gesellschaftliche Wahrnehmung und Akzeptanz

Eine größere Akzeptanz vonseiten anderer Berufsgruppen (z. B. Ärzten) wird von den Interviewten teilweise beobachtet. Eine generelle Aufwertung des Status der Therapieberufe wird noch nicht gesehen. Diese wird jedoch erhofft, um nicht zuletzt auch eine finanzielle Aufwertung zu erfahren.

Zusammenfassend ergibt sich aus den Interviews zunächst eine Befürwortung der Vollakademisierung. Diese resultiert jedoch vorrangig aus pragmatischen Überlegungen zur internationalen Vergleichbarkeit der Abschlüsse, zur Existenzsicherung des Berufes und seines Verbleibs in der Finanzierung durch die Kostenträger, zur wissenschaftlichen Substituierung der Praxis sowie zur Steigerung des Ansehens und des Einkommens. Eine direkte oder indirekte therapeutisch-

praktische Relevanz wird der Akademisierung andererseits jedoch kaum zugesprochen. Hier steht eher die Forderung nach Vereinheitlichung der Ausbildungsstandards und Praxisinhalte im Raum – unabhängig von schulischer oder hochschulischer Ausbildung. Implizit werden demgegenüber jedoch zahlreiche Begründungen für einen praxisrelevanten Mehrwert des Studiums angegeben. Hierzu zählt unter anderem die Ermöglichung des Direktzuganges, evidenzbasiertes Arbeiten, interprofessionelle Kooperation und Professionalität. Damit ergibt sich für die allgemeinen Einstellungen zur Akademisierung bei den Arbeitgebern ein ambivalentes Bild.

B) Spezifizierung/Bezug zu (wissenschaftlicher) Weiterbildung

In der Kategorie B konnten vier Subkategorien (B1–B4) identifiziert werden, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden.

B1) Allgemeine Relevanz von Weiterbildungen

Generell erwarten die Arbeitgeber eine vollwertige, berufsqualifizierende Ausbildung, sehen aber, dass Weiterbildungen häufig die rudimentären Ausbildungen komplettieren und nicht primär der Spezialisierung dienen. Damit wird praxisbezogenen Weiterbildungen derzeit ein höherer Stellenwert beigemessen als wissenschaftlichen Weiterbildungen, zumal erstere zu einem finanziellen Benefit für die Einrichtungen führen.

Weiterbildung wird vonseiten der Arbeitgeber insgesamt eine hohe Relevanz für die persönliche und berufliche Entwicklung zugeschrieben. Den fachlichen Weiterbildungen jedoch wird eine häufig vorzufindende Unwissenschaftlichkeit unterstellt. „Alte Inhalte werden oft lediglich neu verpackt“ (TPII: 536) und nicht aus therapiebezogenen Forschungsergebnissen abgeleitet. Hier wird in einzelnen Interviews ein Widerspruch zu Inhalten von Fachzeitschriften, Kongressen und Tagungen gesehen, die durch größere Wissenschaftlichkeit geprägt sind. Für die Fortbildungspflicht werden jedoch nach wie vor nur fachpraktische Weiterbildungen angerechnet.

B2) Relevanz konkreter Weiterbildungen

Von den Weiterbildungen erhoffen sich die Arbeitgeber eine konsequente Anbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse an das Praxisfeld und den Berufsalltag. Es wird eingeschätzt, dass wissenschaftliche Weiterbildungen nur begrenzt zielführend sind und stattdessen ein grundständiges Studium angestrebt werden sollte, um von vornherein wissenschaftlich begründetes Praxishandeln zu erlernen. Rein wissenschaftlichen Weiterbildungen wird eine Sonderstellung zugeschrieben, die zur Befähigung in anderen Handlungsfeldern als der praktizierten Therapie führt, jedoch nicht für rein praktische Tätigkeiten relevant ist. Für die Arbeitgeber sind offensichtlich wissenschaftliche Weiterbildungen – in Abgrenzung zu wissenschaftlich fundierten praktischen Weiterbildungen – kaum interessant.

Anhand der Aussagen im Querschnitt der Interviews lässt sich schlussfolgern, dass es höchstens vage Vorstellungen über Inhalte wissenschaftlicher Weiterbildungen gibt und ein Zusammenhang von wissenschaftlicher Qualifikation zu therapeutischer Praxis nicht nachvollzogen werden kann.

Als Fazit sollen Weiterbildungen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse zwar aufgreifen, die berufliche Handlungsfähigkeit jedoch vordergründig fachpraktisch erweitern.

B3) Genderaspekte im Weiterbildungsverhalten

Die Arbeitgeber sehen und fördern eher ein einrichtungsspezifisches Weiterbildungsverhalten und differenzieren kaum zwischen Frauen und Männern. Im klinischen Bereich arbeiten zudem fast ausschließlich Frauen, ausgenommen die Leitungspositionen. Es wird vermutet, dass Männer eher karriere- und verdienstorientiert sind und daher häufiger eine Selbstständigkeit anstreben, in lukrativeren Therapiebereichen arbeiten oder sich schneller für Führungspositionen qualifizieren. Es finden sich also Indizien für eine genderspezifische akademische Weiterbildungsmotivation.

B4) Berufspraktische, patientenorientierte Relevanz wissenschaftlicher Weiterbildungen

Weiterbildungen sollten gemäß den Aussagen der Interviewten die therapeutischen Fertigkeiten verbessern und den Umgang mit Patienten und Patientinnen professionalisieren. Wissenschaftlichkeit könne nur als Substitut praktischer Weiterbildungen Wirkung entfalten. Dadurch negiere sich also der Bedarf an rein wissenschaftlichen Qualifikationen für die Praxis aus Unternehmerperspektive. Zwar deuten einige der Interviewten punktuell an, dass es durchaus sekundäre Effekte in der Patientenversorgung durch eine wissenschaftliche Qualifikation geben könne, diese jedoch bislang nicht sichtbar und daher nicht hinreichend für eine zugeschriebene Praxisrelevanz seien: „Diese wissenschaftlichen Weiterbildungen ... haben eigentlich hier in der Praxis keine Relevanz“ (TPX: 957 f.).

Zusammenfassend räumen die Arbeitgeber fachlich-praktischen Weiterbildungen einen hohen Stellenwert ein, bemängeln jedoch deren (wissenschaftliche) Qualität, Unübersichtlichkeit und unklare Zielsetzung. Ein Verständnis für den Wert wissenschaftlicher Weiterbildungen gibt es hingegen kaum; ein Bezug von Wissenschaftlichkeit zu Therapiequalität scheint aus der Perspektive der Arbeitgeber nicht herstellbar.

C) Relevanz wissenschaftlicher Inhalte in Weiterbildungen

In dieser Kategorie ergaben sich vier Subkategorien (C1–C4), die nachfolgend vorgestellt und ausgeführt werden.

C1) Konkrete Inhalte wissenschaftlicher Weiterbildungen mit Benefit für Patienten und Patientinnen

Neben wissenschaftlich fundierten fachpraktischen Inhalten wünschen sich die Arbeitgeber mit Blick auf die Patienten/Patientinnen kommunikativ-psychologische Inhalte, die Befähigung zu interprofessioneller Kooperation und die Befähigung zur Umsetzung neuer Erkenntnisse der Forschung.

C2) Benefit für das Unternehmen durch wissenschaftliche Weiterbildung

Die Förderung von Weiterbildungen allgemein, aber auch von wissenschaftlichen Weiterbildungen wird als Instrument der Mitarbeiterbindung verstanden. Auch die Patientenbindung und ein höherer Absatz von Privatleistungen durch eine statusbedingte Höherbewertung der Einrichtung durch die Patienten/Patientinnen werden punktuell eingeräumt.

Hier zeigt sich allerdings ein Unterschied zwischen kleinen (z. B. Praxen) und großen Einrichtungen (z. B. Kliniken). Bei großen Einrichtungen sind eher „billige Arbeitskräfte“ gefragt, die kleineren Einrichtungen legen mehr Wert auf Außendarstellung, Qualität und professionellen Umgang (Patientenbindung).

Vordergründig bleibt jedoch in allen Fällen die Orientierung an positiven monetären Effekten, und diese werden wiederum durch eine wissenschaftliche Qualifizierung kaum gesehen.

C3) Bereitschaft zur Unterstützung wissenschaftlicher Weiterbildungen

Daraus leitet sich auch die Förderbereitschaft wissenschaftlicher Weiterbildungen ab. Wenn darüber eine Mitarbeiterbindung zu erwarten ist, sind Förderungen bei einigen Arbeitgebern vorstellbar. Grundsätzlich werden durch die Dominanz monetärer Erwartungen jedoch fachpraktische Fortbildungen bevorzugt. Teilweise kommt es zu einem Ausschluss von Förderoptionen für wissenschaftliche Weiterbildungen. Einzelfälle können sich eine Unterstützung wissenschaftlicher Weiterbildungen vorstellen.

C4) Individueller Benefit durch wissenschaftliche Weiterbildung

Die Arbeitgeber vermuten ein hohes Maß an Motivation für wissenschaftliche Qualifikationen bei den Arbeitnehmern/-innen aus Gründen der Karriereplanung. Dies führe die Angestellten jedoch oft aus den Unternehmen weg, was wiederum die Interessen der Unternehmen konterkariere: „... wollen die dann auch für das wenige Geld nicht mehr mit Patienten arbeiten“ (TPII: 108 f.).

Zu beobachten seien Effekte in der Persönlichkeitsentwicklung, im Selbstbewusstsein (auch gegenüber anderen Berufsgruppen) und eine (wiedererlangte) höhere Arbeitszufriedenheit.

Zusammenfassend sehen Arbeitgeber die Effekte von wissenschaftlichen Weiterbildungen vordergründig auf der individuellen Ebene der Arbeitnehmer/-innen. Periphere Effekte werden im Rahmen therapieunterstützender Schlüsselkompetenzen für die Patienten/Patientinnen vermutet. Die geringsten Effekte liegen auf der Unternehmensseite, sodass eine Förderung wissenschaftlicher Qualifizierungen nur sehr eingeschränkt vorstellbar ist. Teilweise wird gerade von größeren Einrichtungen eine breitere Einsetzbarkeit wissenschaftlich Qualifizierter in therapieassoziierten Bereichen der Unternehmen gesehen.

6. Schlussfolgerungen und Diskussion

Die Akademisierung der Therapieberufe ist ein von den Arbeitgebern durchaus wahrgenommenes Thema mit der Zuschreibung einer hohen Relevanz für die Berufsgruppen. Es zeigt sich hierzu eine grundsätzlich positive Einstellung, und die Notwendigkeit einer fortschreitenden Akademisierung bis hin zur Vollakademisierung wird betont. Allerdings lassen die Schwierigkeiten bei der Akquise von Interviewpartnern/-partnerinnen vermuten, dass das Thema grundsätzlich eher verunsichert und sich somit vorrangig gegenüber der Akademisierung positiv eingestellte Arbeitgeber bereit erklärten.

In der Differenzierung der Begründungszusammenhänge zeigt sich ein eher heterogenes Bild. Die Einstellungen zu wissenschaftlich qualifizierten Praktikern/Praktikerinnen sind ambivalent.

Arbeitgeber vermuten kaum Praxiseffekte durch wissenschaftliche Qualifikation. Die Akademisierungsnotwendigkeit wird eher mit formalen und pragmatischen Argumenten begründet. Aufgrund der bislang geringen Akademisierungsquote gerade in der beruflichen Praxis fehlen hier aber auch die Erfahrungen. So lassen sich die Einstellungen zu akademisierten Praktikern/Praktikerinnen eher aus individuellen Meinungen ableiten als aus realen Beobachtungen. Auch fehlen vergleichende Therapieevaluationen, um valide Aussagen zu den Behandlungsqualitäten von akademisierten und nicht akademisierten Therapeuten/Therapeutinnen treffen zu können. Die Arbeit von Therapeuten/Therapeutinnen vollzieht sich fast ausnahmslos individuell im Patient-Therapeut-Kontakt. Arbeitgeber können somit nicht die Behandlungsergebnisse von Akademisierten und Nichtakademisierten vergleichen, da sie diese weder beobachten noch standardisiert erfassen. Auch hier ist kritisch anzumerken, dass die Studie eher individuelle Meinungen rekonstruiert als auf Beobachtung, Ergebnismessung und Erfahrung beruhende Einstellungen. Die individuellen Meinungen prägen jedoch das Anstellungs- und Förderverhalten der Arbeitgeber und damit die Chancen der Potenzialentfaltung wissenschaftlicher Kompetenz am Patienten. Die insgesamt eher zurückhaltende Unterstützung einer größeren Wissenschaftlichkeit in der Praxis blockiert damit den Weg wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungsstrukturen.

Die Ambivalenz von Forderungen nach Akademisierung und damit gesteigerter Wissenschaftlichkeit der Therapieberufe auf der einen Seite und der Zurückhaltung bei der positiven Bewertung von Praxiseffekten auf der anderen Seite kann auf bislang fehlende Nachweise von Effekten der Wissenschaftlichkeit auf die Versorgungsqualität zurückgeführt werden. Gleichzeitig kristallisieren sich monetäre Effekte als zentraler Bezugspunkt in der Bildung von Einstellungen aufseiten der Arbeitgeber heraus. Klare politische Regelungen der Ausbildungen und Berufstätigkeit sowie Zuschreibungen erweiterter Kompetenzen und höherer Abrechnungspositionen bei Kostenträgern aufgrund einer wissenschaftlichen Qualifikation stehen aus. Die formale und finanzielle Gleichstellung von akademisierten und nicht akade-

misierten Therapeuten/Therapeutinnen hemmt eine zunehmende Akademisierung ebenso wie eine Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Patientenversorgung. Qualitätssteigerung und Bewältigung zukünftiger Herausforderungen durch wissenschaftliche Qualifizierungen (vgl. u. a. DARMANN-FINCK et al. 2015) versanden ohne politische Entscheidungen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen für andere Berufsgruppen von FREITAG (2012) und führt zu einem Widerspruch bei den Einstellungen der Arbeitgeber zwischen erkanntem Sinn und Zielführung der Akademisierung sowie Verwissenschaftlichung von Therapie auf der einen und realen Praxiszwängen auf der anderen Seite. Wissenschaftlich qualifizierte und qualifizierungswillige haben somit derzeit einen schwierigen Stand auf dem Arbeitsmarkt, wenn es um die praktische Tätigkeit mit Patienten/-innen geht. Einer Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgungspraxis scheint der Weg verstellt.

Bezogen auf die Ziele des BMBF-Wettbewerbs, Durchlässigkeit sowie Anschlussfähigkeit herzustellen, nicht traditionell Studierende für ein Hochschulstudium zu motivieren und wissenschaftliches Wissen in die Praxis zu tragen, sind im Bereich der Therapieberufe noch etliche Hürden zu überwinden. Handlungsrechtliche Rahmenbedingungen sowie Aspekte der Finanzierung und Entlohnung therapeutischer Leistungen bedürfen zukunftsfähiger Neuregelungen. Zudem müssen Effekte wissenschaftlich basierter und reflektierter Therapie für die Versorgungsqualität bewiesen sowie derzeitige Therapiestandards und Relevanzzuschreibungen wissenschaftlich hinterfragt werden.

Literatur

- AG MTG (2015): Arbeitsgemeinschaft Medizinalfachberufe in der Therapie und Geburtshilfe. URL: <http://www.agmtg.de> (Zugriff: 16.01.2016, 17:30)
- BOHNSACK, Ralf: Rekonstruktive Sozialforschung. Opladen 2010
- BRENKE, Karl: Heimarbeit: Immer weniger Menschen in Deutschland gehen ihrem Beruf von zu Hause aus nach. In: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Wochenbericht Nr. 8, (2014) 81, S. 131–139
- BUCHHOLZ, Anja; HEIDBREder, Bärbel; JOCHHEIM, Linda; WANNÖFFEL, Manfred (2012): Hochschulzugänge für Berufstätige – Exemplarisch analysiert am Beispiel der Ruhr-Universität Bochum. Düsseldorf: Setzkasten (Hrsg.: Hans-Böckler-Stiftung, Arbeitspapier 188). URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_188.pdf (Zugriff: 25.03.2015, 9:30)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (Hrsg.) (2014): Weiterbildungsverhalten in Deutschland 2014. AES 2014 Trendbericht. URL: http://www.bmbf.de/pubRD/BMBF_Trendbericht_AES2014_2015-03-16.pdf (Zugriff: 29.04.2015, 12:40)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (Hrsg.) (2013): GesinE – Bestandsaufnahme in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Band 15. URL: <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=677> (Zugriff: 14.06.2015, 14:15)

- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (2008): Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: Offene Hochschulen“. URL: <http://www.wettbewerb-offene-hochschulen-bmbf.de> (Zugriff: 12.01.2016, 13:40)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ)(Hrsg.)(2014a): Wie die Generation Y zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie steht. URL: [http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=427&targetPage=wissensplattform/Generation_Y_Check.pdf&download=\[Wissen%20und%20Praxis\]%20Wie%20die%20Generation%20Y%20zur%20Vereinbarkeit%20von%20Beruf%20und%20Familie%20steht%20-%20Generation_Y_Check.pdf](http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=427&targetPage=wissensplattform/Generation_Y_Check.pdf&download=[Wissen%20und%20Praxis]%20Wie%20die%20Generation%20Y%20zur%20Vereinbarkeit%20von%20Beruf%20und%20Familie%20steht%20-%20Generation_Y_Check.pdf) (Zugriff: 26.03.2015, 14:45)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ)(Hrsg.)(2014b): Einschätzung von Personalverantwortlichen zur Väterorientierung in deutschen Unternehmen. URL: [http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=427&targetPage=wissensplattform/Zentrale_Ergebnisse_BPM_Befragung_Vaeterfreundlichkeit.pdf&download=\[Wissen%20und%20Praxis\]%20Einsch%20E4tzung%20von%20Personalverantwortlichen%20zur%20V%20E4terorientierung%20-%20Zentrale_Ergebnisse_BPM_Befragung_Vaeterfreundlichkeit.pdf](http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=427&targetPage=wissensplattform/Zentrale_Ergebnisse_BPM_Befragung_Vaeterfreundlichkeit.pdf&download=[Wissen%20und%20Praxis]%20Einsch%20E4tzung%20von%20Personalverantwortlichen%20zur%20V%20E4terorientierung%20-%20Zentrale_Ergebnisse_BPM_Befragung_Vaeterfreundlichkeit.pdf) (Zugriff: 26.03.2015, 15:00)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ)(Hrsg.)(2014c): Mit Home-Office-Modellen Familie und Beruf gut vereinbaren. Fakten, Vorteile, Tipps. Hamburg: RitterSlagman. URL: <http://www.familieundberuf.nrw.de/materialien-service/aktuelle-veroeffentlichungen/mit-home-office-modellen-familie-und-beruf-gut-vereinbaren> (Zugriff:: 03.03.2015, 17:15)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ)(Hrsg.)(2013): Elternumfrage 2013. URL: [http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=427&targetPage=wissensplattform/Elternumfrage_2013.pdf&download=\[Wissen%20und%20Praxis\]%20Elternumfrage%202013%20-%20Elternumfrage_2013.pdf](http://www.erfolgsfaktor-familie.de/default.asp?id=427&targetPage=wissensplattform/Elternumfrage_2013.pdf&download=[Wissen%20und%20Praxis]%20Elternumfrage%202013%20-%20Elternumfrage_2013.pdf) (Zugriff: 23.03.2015, 10:20)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR JUSTIZ (BMJ)(Hrsg.)(2009): Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten (ModellKIG). G. v. 25.09.2009, BGBl. I S. 3158 (Nr. 64); Geltung ab 03.10.2009. URL: <http://www.buzer.de/gesetz/9058/> (Zugriff: 08.01.2016, 17:20)
- DARMANN-FINCK, Ingrid; GÖRRES, Stefan; REUSCHENBACH, Bernd: Evaluation der Modellstudiengänge in NRW. In: Therapie Lernen, (2015) 4 (4), S. 64–69
- FLICK, Uwe; VON KARDOFF, Ernst; STEINKE, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek 2012
- FLICK, Uwe: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek 2002
- FREITAG, Walburga Katharina: Zweiter und Dritter Bildungsweg in die Hochschule. In: HANS-BÖCKLER-STIFTUNG (Hrsg.): Arbeitspapier 253 (2012). Düsseldorf: Setzkasten. URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_253.pdf (Zugriff: 25.03.2015, 15:30)
- FRENK, Julio; CHEN, Lincoln et al. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. URL: <http://www.thelancet.com> (DOI:10.1016/S0140-6736(10)61854-5) (Zugriff: 12.01.2016, 10:30)

- GLÄSER, Jochen; LAUDEL, Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Aufl. Wiesbaden 2010
- GOPEE, Neil: Human and social capital as facilitators of lifelong learning in nursing. In: *Nurse Education Today*, (2012) 22, Elsevier Science, S. 608–616
- HELFFERICH, Cornelia: Die Qualität qualitativer Daten. 3. Aufl. Wiesbaden 2009
- HÖPPNER, Heidi: Perspektiven einer effektiven Physiotherapieforschung in Deutschland. In: *physioscience*, (2010) 6 (3), S. 121–126
- HÖPPNER, Heidi: „High Potentials“ – Zum (in)effektiven Einsatz studierter Physiotherapeuten für die Professionalisierung der Physiotherapie. In: *physioscience*, (2009) 5 (2), S. 45–46
- HÖPPNER, Heidi: Akademisierung der Gesundheitsfachberufe. Ein Beitrag zur Qualitätssicherung und Effektivitätssteigerung gesundheitlicher Versorgung in Deutschland. In: DEITERMANN, Bernhilde et al.: *GEK – Gmünder ErsatzKasse: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. Bd. 57: *GEK-Heil- und Hilfsmittelreport 2007*. Asgard, St. Augustin 2007, S. 28–38
- HVG (2015): Stellungnahme des Hochschulverbunds Gesundheitsfachberufe e.V. (HVG) zu Erfolg und Weiterentwicklung der primärqualifizierenden Studiengänge in den therapeutischen Gesundheitsfachberufen. URL: <http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/aktuelles.php> (Zugriff: 13.01.2016, 10:30)
- HVG (2014): Interdisziplinärer hochschulischer Fachqualifikationsrahmen für die therapeutischen Gesundheitsfachberufe in der Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie (FQR-ThGFB). URL: <http://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/dokumente> (Zugriff: 17.08.2016, 14:45)
- KERN, Anna; HOORMANN, Josef: Der Dritte Bildungsweg für Studierende der Europäischen Akademie der Arbeit (EAdA). Zum Hochschulzugang für Studierende der EAdA – Potentiale, Erfahrungen, Chancen. In: HANS-BÖCKLER-STIFTUNG (Hrsg.): *Arbeitspapier 244* (2011). Düsseldorf: Setzkaszen GmbH. URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_244.pdf (Zugriff: 25.03.2015, 11:15)
- LÜDTKE, Kerstin: Lohnt sich ein Masterstudiengang? In: *physioscience*, (2009) 5 (2), S. 44
- MIEG, Harald A.; NÄF, Matthias: Experteninterviews. 2. Aufl. Institut für Mensch-Umwelt-Systeme (HES). ETH, Zürich 2005
- NICKEL, Sigrun; DUONG, Sindy (2012): Studieren ohne Abitur: Monitoring der Entwicklungen in Bund, Ländern und Hochschulen. Arbeitspapier Nr. 157. URL: http://www.che.de/downloads/CHE_AP157_Studieren_ohne_Abitur_2012.pdf (Zugriff: 23.03.2015, 9:30)
- OFFENE HOCHSCHULE NIEDERSACHSEN (2014): Online-Befragung beruflich qualifizierter Studieninteressierter mit und ohne Abitur. Teil 2. URL: <http://www.pflegeundrecht.de/news.php?id=1318> (Zugriff: 08.01.2016, 14:30)
- PRÄSSLER, Sarah: Bedarfsanalyse. Forschungsbericht zu Bedarfen individueller Zielgruppen: Erwerbstätige, Bachelorabsolvent_innen, Personen mit Familienpflichten, Berufsrückkehrer_innen. In: SEITTER, Wolfgang; SCHEMMANN, Michael; VOSSEBEIN, Ulrich (Hrsg.): *Zielgruppen in der wissenschaftlichen Weiterbildung – Empirische Studien zu Bedarf, Potential und Akzeptanz*. Wiesbaden 2015, S. 61–188

- ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.) (2013): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 13.05.2015, 18:45).
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.) (2011): Memorandum „Kooperation der Gesundheitsberufe“ – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/memorandum_kooperation_der_gesundheitsberufe.pdf (Zugriff: 12.01.2016, 15:10)
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN: Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Nomos, Baden-Baden 2007
- SCHÄMANN, Astrid (2005): Akademisierung und Professionalisierung der Physiotherapie: Der studentische Blick auf die Profession. URL: <http://edoc.hu-berlin.de/dissertationen/schaemann-astrid-2005-07-06/PDF/Schaemann.pdf> (Zugriff: 10.01.2016, 18:40)
- SCHERFER, Erwin: Wie viel Wissenschaft braucht die Physiotherapie? In: pt, (2008) 60 (3), S. 331–338
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015): Eckzahlen der neuen Gesundheitspersonalrechnung. URL: https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=16520 (Zugriff: 29.04.2015, 11:00)
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2014): Pressemitteilung Nr. 075 vom 05.03.2014. URL: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/03/PD14_075_23621pdf.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 29.04.2015, 10:35)
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Grunddaten der Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen. Fachserie 12, Gesundheitswesen, Reihe 6.1.2, 2013
- TEICHLER, Ulrich; WOLTER, Andrä: Zugangswege und Studienangebote für nicht-traditionelle Studierende. In: Die Hochschule (2004) 2, S. 64–80. URL: http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/04_2/Teichler_Zugangswege_und_Studienangebote.pdf (Zugriff: 16.07.2015, 8:20)
- VÖLKENING, Uwe; LINK, Lenonore; OSTERMANN, Herwig: Motivationsstrukturen von Studierenden in der Physiotherapie – Vergleich berufsbegleitender und ausbildungsintegrierender Studiengänge auf der Basis der Selbstbestimmungstheorie. In: physioscience, (2010) 6 (3), S. 97–104
- WISSENSCHAFTSRAT (WR) (2012): Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Wissenschaftsrat Drs. 2411-12, 13.07.2012. Berlin. URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriff: 10.08.2013)
- WOLTER, Andrä (2012): Perspektiven für lebenslanges Lernen im Studium 2020. Vortrag auf der Tagung „Studium 2020 – Positionen und Perspektiven“ 27. Januar 2012. Humboldt-Universität zu Berlin
- ZUKUNFTSAGENTUR BRANDENBURG (ZAB) (Hrsg.): Einrichtungsbefragung zur Situation in ausgewählten Gesundheitsfachberufen in Berlin-Brandenburg. Potsdam 2015

- ZVK (2013): Zahlen, Daten, Fakten: 4. Physiotherapeuten mit akademischem Abschluss. URL: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Zahlen__Daten__Falten/Zahlen__Daten__Fakten.pdf (Zugriff: 13.01.2016, 10:00)
- ZVK (2012): Pressemitteilung. URL: https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Presse/Pressemitteilungen/Pressemitteilung__Einstufung_der_Physiotherapieausbildung_in_den_DQR.pdf (Zugriff: 13.01.2016, 9:45)

Karin Trenczek, Margot Overbeck, Friederike Störkel

► Das Mentee-Mentoren-Lehrersystem „MML – Münster“ als Konzept für die Begleitung handlungsorientierten Lernens im ausbildungsintegrierenden Modellstudiengang Therapie und Gesundheitsmanagement – Physiotherapie

Für die praktische Ausbildung im Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement – Physiotherapie an der Fachhochschule Münster (FH Münster) wurde ein Mentee-Mentoren-Lehrersystem (MML – Münster) curricular verankert. Bei der externen Evaluation der Modellstudiengänge in NRW erhielt das MML – Münster einen „Leuchtturm“ für realisierte Merkmale lern- und kompetenzförderlicher Arbeit. Zur kontinuierlichen Verbesserung des MML – Münster erfolgt aktuell eine Evaluation anhand hochschuldidaktischer Literatur sowie generischer Erfolgskriterien hochschulischer Peer-Mentoring-Programme. Die Ergebnisse können Hochschulen mit ähnlichen Vorhaben eine Orientierung bieten.

1. Hintergrund und Ausgangslage der Untersuchung

Im Zuge der Einführung der Modellklausel (2009) in die Berufsgesetze der Gesundheitsfachberufe sind in Nordrhein-Westfalen elf Modellstudiengänge entstanden, die im Auftrag des MINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER (MGEPA) extern evaluiert wurden (vgl. MGEPA 2014, S. II). Von den Evaluierenden wurden vier Qualitätsdimensionen für eine hochschulische Ausbildung benannt:

- Fähigkeit zur Anwendung und Bewertung aktuellen wissenschaftlichen Wissens,
- Klinische Kompetenzen auf Bachelorniveau,
- Fähigkeit zum Aufbau und zur Reflexion eines Arbeitsbündnisses mit den Patienten,
- Fähigkeit zum interprofessionellen Lernen und Handeln (vgl. DARMANN-FINCK/MUTHS 2014, S. 18).

Das MML – Münster stellt laut Metaevaluation ein Modell dar, das im Sinne der o. g. Qualitätsdimensionen dazu beiträgt, beim Lernen in der Praxis klinische und reflexive Kompetenzen

auf der sechsten Niveaustufe des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR) zu erwerben (vgl. DARMANN-FINCK/MUTHS 2014, S. 159). Über die o. g. Evaluationsergebnisse hinaus verfolgt die vorliegende Untersuchung zwei Intentionen: zum einen die durch das MML – Münster ermöglichte Kompetenzentwicklung der Studierenden kritisch zu würdigen und zum anderen Ansatzpunkte zu identifizieren, wie das Programm im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses weiterentwickelt werden kann.

2. Charakteristika des Studienganges Therapie- und Gesundheitsmanagement (TGM) – Physiotherapie

Der Studiengang TGM wurde zum Wintersemester 2010/11 an der FH Münster als Modellstudiengang implementiert. Er ist ausbildungsintegrierend und wird in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Münster (UKM) in zwei Fachrichtungen (Physiotherapie/Logopädie) angeboten. Pro Studiengang werden ca. 20 Studierende der Physiotherapie und 15 der Logopädie aufgenommen. Die Studiendauer beträgt acht Semester. Ab Studienbeginn absolvieren Studierende sowohl an der FH als auch an der Fachschule für Physiotherapie des UKM Module eines gemeinsam entwickelten Curriculums. Die inhaltlich verzahnten Module werden von Lehrenden der Fachschule als auch der FH unterrichtet; die erworbenen ECTS werden wechselseitig anerkannt. Die Lehrenden der Fachschulen besitzen neben der therapeutischen Ausbildung eine therapiewissenschaftliche oder pädagogisch orientierte akademische Qualifikation. Das Grundverständnis des Studienganges ist es, die Studierenden zu einer wissenschaftlich basierten Therapieexpertise, zu Professionalität, Verantwortungsbewusstsein und Führungsqualitäten zu befähigen und ihre Kompetenzen zur Steuerung, Evaluation und Weiterentwicklung von Therapie- und Versorgungsprozessen zu fördern. Außerdem soll Interprofessionalität durch gemeinsames Lernen ermöglicht werden.

3. Mentoring

3.1 Begriffsklärung

Der Begriff des Mentorings findet sich bereits in der antiken Sagenwelt (vgl. GRAF/EDELKRAUT 2014, S. 3): Odysseus beauftragte seinen Vertrauten Mentor, während seiner Abwesenheit seinem Sohn Telemachos als väterlicher Freund, Ratgeber und Lehrer zur Seite zu stehen (vgl. ZIEGLER 2009, S. 8). Diese Idee hat zahlreiche Modifikationen erfahren, sodass in der Mentoring-Literatur unterschiedliche Definitionen existieren: Eine am antiken Vorbild orientierte Auslegung ist die von ZIEGLER (2009), der Mentoring als eine „relativ zeitlich stabile dyadische Beziehung zwischen einem erfahrenen Mentor und einem weniger erfahrenen Mentee“ (S. 11) beschreibt, deren Ziel die „Förderung des Lernens und der Entwicklung sowie das Vorankommen des Mentees“ (S. 11) ist. Eine offenere Definition geben SLOANE und FUGE (2013),

die unter Mentoring eine „zwischenmenschliche Beziehung zwischen einer erfahrenen Person, dem Mentor, und einer weniger erfahrenen Person, dem Mentee“ (S. 167) verstehen. Dabei übernimmt der Mentor/die Mentorin verschiedene Rollen (z. B. Berater/-in, Vorbild) und Funktionen (z. B. Feedback) und lässt den/die Mentee an Erfahrungen teilhaben, um ihn/sie zu unterstützen (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 177). Die Beziehung zeichnet sich durch ein Vertrauensverhältnis sowie Engagement und Motivation von Mentor/Mentorin und Mentee aus (vgl. SCHMID/HAASEN 2011, S. 16).

Als Paradigmenwechsel in der Praxis des Mentorings beschreiben RAGINS/KRAM (2007) die Aufweichung der traditionellen dyadischen Tandem-Beziehung (S. 11). Verschiedene Autoren heben die Bedeutung der Schaffung eines entwicklungsorientierten „developmental network“ für die moderne Arbeitswelt hervor (vgl. BAUGH/SCANDURA 1999, S. 514; HIGGINS/KRAM 2001, S. 268 u. 281; BLICKLE/KUHNERT/RIECK 2003, S. 127). Aus der Sicht dieses Netzwerkansatzes ist es für eine erfolgreiche berufliche Entwicklung nicht notwendig, die Unterstützung nur aus einer Mentoring-Beziehung zu erhalten (vgl. BLICKLE/KUHNERT/RIECK 2003, S. 118). Es kann durchaus hilfreicher sein, durch verschiedene Mentoren/Mentorinnen unterstützt zu werden. Entscheidend sind die Anzahl und Qualität einzelner Unterstützungsfunktionen (vgl. BLICKLE/KUHNERT/RIECK 2003, S. 127). Der Umfang der Unterstützung kann dabei zeitlich sehr kurz sein (vgl. HERZOG 2014, S. 59).

3.2 Formen von Mentoring

Matching bezeichnet die Anbahnung einer Beziehung zwischen Mentor/Mentorin und Mentee (vgl. GRAF/EDELKRAUT 2014, S. 157–158). Je nach Art des Matchings lässt sich Mentoring in eine informelle oder formelle Form unterteilen. Beim informellen Mentoring entwickelt sich eine Beziehung freiwillig, ohne äußere Einwirkung einer Organisation. Mentor/Mentorin und Mentee vereinbaren selbstständig Dauer, Intensität und Zielsetzung des Mentorings. In der Regel handelt es sich um ein One-to-one-Mentoring. Als Mentoren/Mentorinnen fungieren erfahrene und ältere Personen (vgl. FUGE 2013), im akademischen Bereich als Traditional (Professoren/Professorinnen) oder Step-ahead-Mentoren/Mentorinnen (wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen) bezeichnet (vgl. ENSHER/THOMAS/MURPHY 2001, S. 420). Im formellen Mentoring vermittelt eine Institution das Matching im Rahmen eines Programms (vgl. HAASEN 2001, S. 19). Im Gegensatz zum klassischen Mentoring zeichnen sich Mentoring-Programme durch einen höheren Institutionalierungsgrad und begleitende Maßnahmen der Programmleitung aus. Zielsetzung, Organisationsform sowie Intensität und Dauer sind in der Regel vorgegeben (vgl. HERZOG 2014, S. 60 f.). Neben dem klassischen One-to-one-Mentoring findet sich als Organisationsform auch das Gruppen-Mentoring. Mentoren/Mentorinnen können hier sowohl Traditional oder Step-ahead-Mentoren/Mentorinnen als auch Peers sein (vgl. FORUM MENTORING 2017). Letzteres entspricht dem sogenannten Peer-Mentoring (PM), wie es sich auch beim MML – Münster findet.

3.3 Die Bedeutung von Mentoring im Hochschulkontext

Die Mentoring-Programme an deutschen Universitäten sind aus zwei unterschiedlichen hochschulpolitischen Entwicklungsströmungen entstanden (vgl. KAMM/WOLF 2015, S. 137):

- ▶ seit den 1990er-Jahren zur genderorientierten Karriereförderung mit der klassischen dyadischen Beziehung zu Professoren oder externen Mentoren/Mentorinnen (vgl. HARTUNG 2012, S. 30),
- ▶ in der jüngsten Zeit als Instrument zur Studierendenbetreuung. Grund hierfür sind die Empfehlungen der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) von 2005 (S. 4) zur Verbesserung der Qualität von Lehre und Studium (vgl. S. 4) sowie das Programm „Qualitätspakt Lehre“ des BUNDESMINISTERIUMS FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF 2010), die u. a. Mentoring-Programme zur Studierendenbetreuung fordern (vgl. S. 2).

Als eine Form hochschulischen Mentorings eignen sich Peer-Mentoring-Programme (PMP) aufgrund sozialer Nähe und geringer Statusdistanz von Mentee und Mentor/Mentorin für die Betreuung von Studierenden (vgl. HAASEN 2001, S. 218 f.). 1985 beschrieben KRAM/ISABELLA erstmalig die Vorteile von Peer-Ansätzen: Peers wirken authentischer als Lehrende, bieten ein größeres Spektrum an Unterstützung durch Feedback und Informationen bis hin zur Freundschaft an. Des Weiteren fällt der Kontaktaufbau zu Peers leichter als zu Lehrenden (vgl. ebd., S. 117).

Über die Studieneingangsbetreuung hinaus werden Mentoring-Programme zunehmend auch als hochschuldidaktisches Konzept diskutiert (vgl. SLOANE/FUGE 2012, S. 96). Der Wissenschaftsrat fordert in seinen „Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium“ (2008) Veranstaltungsformen zu schaffen, die das selbstorganisierte Lernen im Sinne eines „Shift from Teaching to Learning“ fördern (vgl. WR 2008, S. 8). Peer Mentoring (PM) gewinnt im Hochschulkontext an Bedeutung (vgl. STROOT 2014, S. 27 ff.). Als eine Form des Peer-Learning beinhaltet PM Aspekte des kollaborativen und kooperativen Lernens (vgl. TOWNSEND u. a. 2011, S. 38). Mentoring lässt sich als Win-win-Szenario im Sinne eines gegenseitigen Lernens beschreiben (vgl. HAASEN 2001, S. 3). Im Hinblick auf die Entwicklung von überfachlichen Kompetenzen profitieren nicht nur die Mentees, sondern auch die Mentoren/Mentorinnen (vgl. SCHMID/HAASEN 2011, S. 25). Die Fragen und das Feedback der Mentees regen die Mentoren/Mentorinnen dazu an, eigenes Handeln bewusst zu reflektieren. Gleichzeitig verbessern die Mentoren/Mentorinnen ihre sozialen und kommunikativen Kompetenzen, insbesondere ihre Beratungskompetenz (vgl. HAASEN 2001, S. 283). Besonders für Peer-Learning-Formate wird dieser Aspekt des Lernens durch Beraten und Lehren hervorgehoben (vgl. WESTPHAL u. a. 2014, S. 5).

4. Perspektiven und Funktionen von Mentoring im Hochschulkontext

Durch die unterschiedlichen Auslegungen und Verwendungsformen von Mentoring fehlt es an seiner theoretisch-konzeptionellen Klärung im hochschulischen Kontext (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 176). Vor diesem Hintergrund haben SLOANE/FUGE (vgl. 2012, S. 104) eine erste Strukturierung von Mentoring für den Hochschulbereich vorgenommen. Sie orientieren sich hierzu an der bis heute anerkannten Unterteilung von Mentoring-Funktionen von KRAM (1983), die eine berufsbezogene („career functions“) und eine psychosoziale („psychosocial functions“) Unterstützungsfunktion von Mentoring (S. 614) identifizierte. Unter berufsbezogener Unterstützung versteht KRAM Maßnahmen, die zur Förderung des beruflichen Vorankommens dienen, u. a. Coaching, finanzielle Unterstützung, das Stellen von herausfordernden Aufgaben sowie das Sichtbarmachen eines Mentee in der Organisation. Die psychosoziale Unterstützungsfunktion umfasst die persönliche Beratung, Akzeptanz, Freundschaft sowie ein Rollenmodell (vgl. KRAM 1983, S. 614). Letzteres wird in der Fachliteratur inzwischen als eine eigene und wichtige Funktion angesehen (vgl. SCANDURA 1992, S. 171; SLOANE/FUGE 2013, S. 178). Die Wirkungsweise beruht auf dem Modell-Lernen nach BANDURA (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 182). Weitere Funktionen von Mentoring im Hochschulkontext beschreiben SLOANE und FUGE (2012) aus der entwicklungspsychologischen, der lernpsychologischen und der sozialpsychologischen Perspektive. Sie benennen neben der klassischen Erziehungsfunktion drei weitere zentrale Funktionen (vgl. ebd., S. 102 u. 104 ff.):

► *Mentoring als Hilfe im Übergangsalter zwischen Jugendphase und Erwachsenenalter*

Mentoring dient der erfolgreichen Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, die sich durch die Aufnahme eines Studiums ergeben und in eine Übergangsphase zwischen Adoleszenz und Erwachsenenalter fallen (vgl. ebd., S. 102). Sowohl Hochschuldidaktik als auch Lebensereignisforschung und Entwicklungspsychologie betrachten den Studienbeginn als eine kritische Lebenssituation, die wichtig für die spätere Berufsbiografie und Identität ist. Die erfolgreiche Bewältigung dieser Phase ist abhängig von den individuellen Kompetenzen und verfügbaren (sozialen) Ressourcen (vgl. JAHN/FUGE/SÖLL 2010, S. 141). Ein Mentor/Eine Mentorin kann Unterstützung beim Übergang ins Studium sowie bei der Entwicklung einer eigenen Identität und eines Lebenskonzepts geben (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 180). Peers oder die Peer-Group spielen dabei eine wichtige Rolle (vgl. FUGE 2013).

► *Mentoring als Unterstützung, um besondere Lernanforderungen in den Studiengängen zu meistern*

Mentoring als Lernunterstützung beinhaltet v. a. didaktische Maßnahmen, die Lern- und Entwicklungsprozesse der Mentees fördern sollen. Nach SLOANE/FUGE (2013, S. 180) sind hierbei v. a. das Scaffolding und die sozial-kognitive Lerntheorie nach BANDURA relevant. Unter Scaffolding werden Interventionen zur Unterstützung und Begleitung von Lernenden

verstanden. Im Mentoring kann Scaffolding die Interaktion zwischen Mentee und Mentor/Mentorin gestalten: Entsprechend seinem Lernniveau erhält ein/eine Mentee Aufgaben und wird von einem Mentor/einer Mentorin begleitet. Dieser versucht durch verschiedene Arten von Hilfestellungen, kognitive und emotionale Prozesse zu stärken und Lernstrategien sowie selbstregulative Fähigkeiten zu fördern (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 181 f.). Die Unterstützung wird im Verlauf des Lernprozesses sukzessive abgebaut (Fading) (vgl. GERHOLZ 2012, S. 63). Gleichzeitig stellt der Mentor/die Mentorin ein Rollenmodell dar (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 182). Der/Die Mentee lernt durch Beobachtung der Aktivitäten des Mentors/der Mentorin. Der Erfolg des Lernens ist zum einen abhängig von den Eigenschaften des Modells wie Attraktivität, Sympathie und sozialer Status. Zum anderen ist entscheidend, welche Vorerfahrungen, Motivation und Interessen der/die Mentee besitzt und ob die Beobachtungen für ihn/sie wertvoll sind (vgl. BANDURA 1976, S. 24).

- ▶ *Mentoring als Unterstützung zur Bewältigung kommunikativer und sozialer Anforderungen*
Mentoring kann als soziale Ressource z. B. im Sinne der Social-Capital-Theory angesehen und im Bedarfsfall mobilisiert werden (vgl. FELLEBERG 2007, S. 427). Soziales Kapital umfasst alle bedeutsamen Bezugspersonen und die Möglichkeiten, die sich im Rahmen dieser sozialen Strukturen bieten, die Kompetenzen eines Individuums zu erweitern. Um soziale Unterstützung annehmen zu können, ist ein Vertrauensverhältnis zwischen Mentor/Mentorin und Mentee unabdingbar (vgl. SLOANE/FUGE 2013, S. 184). Mentoring kann den Zugang zu verschiedenen sozialen Netzwerken erleichtern, die wiederum eine soziale Ressource darstellen können (vgl. FUGE 2013).

Die Synopse aller dargestellten Funktionen von Mentoring zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Funktionen und hochschuldidaktisches Potenzial von Mentoring (nach SLOANE/FUGE 2012, S. 104)				
	Klassische theoretische Hintergründe	Entwicklungspsychologische Perspektive	Lernpsychologische Perspektive	Sozialpsychologische Perspektive
		Mentoring als Übergangshilfe	Mentoring als Lernunterstützung	Mentoring als soziale Unterstützung
Funktionen	Erziehungsfunktion	Bewältigungsfunktion	Vermittlungsfunktion	Unterstützungsfunktion
Theoretischer Zugang	Griechische Mythologie	Konzept der Entwicklungsaufgaben, Funktion Peer-Group	Sozial-kognitive Lerntheorie, Scaffolding	Soziale Unterstützung, Netzwerktheorie
Voraussetzung für die Mentorenrolle	Erfahrung	Einfluss	Vorbildwirkung	Vertrauensverhältnis zwischen Mentor & Mentee
Hochschuldidaktisches Potenzial	Akademische Sozialisation	Orientierung und Führung	Anleitung und Training	Stressbewältigung

5. Einbettung des MML – Münster in den Studiengang TGM

5.1 Entwicklung und Zielsetzung

Die Physiotherapieschule des UKM hat von 2006 bis 2009 als Modellschule an der Umsetzung der „Empfehlenden Ausbildungsrichtlinie des Landes Nordrhein-Westfalen“ teilgenommen. Hierbei erfolgte u. a. die Aufhebung der klassischen Fächereinteilung zugunsten einer fächerintegrativen Aufteilung in Lernbereiche und Lerneinheiten (vgl. MGEPA 2005, S. 10). Im Zuge dieser Veränderungen wurde ein Spiralcurriculum erarbeitet mit dem Ziel, physiotherapeutische Handlungskompetenzen systematisch anzubahnen. In der Folge wurde der Aufbau der praktischen, patientenbezogenen Ausbildung an das neu geschaffene Spiralcurriculum angepasst und ein arbeitsgebundenes Mentoring, das MML – Münster, entwickelt. Dieses wurde in den seit 2010 eingeführten Modellstudiengang integriert und systematisch um hochschulische Bildungsziele erweitert, um einen Beitrag zur Entwicklung klinischer Kompetenzen auf Bachelor-niveau zu leisten. Besonders hervorzuheben ist, dass die Lehrenden der Physiotherapieschule als Lernbegleiter/-innen für die klinisch-praktische Ausbildung fungieren und dass keine Praxisanleiter/-innen und/oder Praxisbegleiter/-innen eingesetzt werden. Dadurch existiert keine Schnittstellenproblematik, und es ist eine enge Verknüpfung der theoretischen Inhalte von Fachschul- und FH-Modulen und den klinisch-praktischen Studienanteilen gewährleistet.

5.2 Konzeptionelle Struktur und Organisation

Das MML – Münster ist ein verpflichtendes PM und erstreckt sich über die gesamte klinisch-praktische Ausbildung des zweiten und dritten Studienjahres in Form eines täglichen vierstündigen Praktikums. Als Mentees werden Studierende des zweiten, als Mentoren/Mentorinnen Studierende des dritten Studienjahres bezeichnet. Im Sinne eines „mentoring forward“ (vgl. BYRNE/KEEFE 2002, S. 395) verlassen die Mentees mit Beginn des dritten Studienjahres ihre Rolle und werden zu Mentoren/Mentorinnen. Jeweils vier Mentoren/Mentorinnen und zwei Mentees arbeiten in einer Praktikumsgruppe zusammen. Die für Physiotherapeuten typischen Arbeitsfelder im Fachgebiet der Orthopädie, Chirurgie, Inneren Medizin, Pädiatrie und Neurologie durchlaufen die Studierenden zunächst als Mentee, dann als Mentor/Mentorin. Innerhalb ihrer Praktikumsgruppe entscheiden die Mentees, wer für sie an dem jeweiligen Tag als Mentor/Mentorin agiert. Dabei kann sich, je nach fachlichen Aspekten oder nach Interessenlage, der Kontakt an einem Tag auf mehrere Mentoren/Mentorinnen verteilen; somit bestehen keine festen Tandems. Viermal pro Woche begleiten für das entsprechende Fachgebiet zuständige Lehrende der Physiotherapieschule die Praktikumsgruppen für jeweils vier Stunden. Dabei beraten, unterstützen und supervidieren sie die Mentoren/Mentorinnen bei ihrer praktischen Tätigkeit mit den Patienten als Step-ahead-Mentoren/Mentorinnen. Darüber hinaus agieren die Lehrenden als Lernbegleitung, indem sie z. B. in der Frühbesprechung der Praxisgruppe an

den Lernstand angepasste Impulse für den Lernprozess der Mentoren/Mentorinnen und Mentees im Sinne des „Scaffolding“ geben sowie Fragen zum Mentoring beantworten. Bei Bedarf können sie als Fachexperten und -expertinnen für Physiotherapie vertiefende Lerninputs zu den klinischen Problemstellungen der Patienten und Patientinnen geben.

5.3 Curriculare Verankerung

Das MML – Münster ist in das Spiralcurriculum integriert: Die Studierenden erwerben im ersten Jahr Kenntnisse zu den theoretischen Grundlagen und Konzepten in den drei physiotherapeutischen Schwerpunktbereichen Bewegungs- und Organsystem sowie neurales System. Im Sinne des erfahrungsbasierten Lernens erfahren, beobachten und reflektieren sie die Auswirkungen von Bewegung an sich selbst und in Partnerübungen mit ihren Kommilitonen. Im zweiten Studienjahr werden fachspezifische Kenntnisse zu verschiedenen Behandlungsmethoden sowie deren Anwendung und Beurteilung erworben. Zudem beginnt die klinisch-praktische Ausbildung mit der Anwendung dieses Wissens an ausgesuchten Patienten und Patientinnen unter Anleitung der Mentoren/Mentorinnen. Darüber hinaus beobachten und reflektieren die Studierenden als Mentees das Handeln der Mentoren/Mentorinnen. Im dritten Studienjahr erwerben die Studierenden Wissen zu weiterführenden Behandlungsansätzen sowie zu Kriterien für die Auswahl eines wirksamen und angemessenen Behandlungsverfahrens. In diesem Zusammenhang betreuen sie Patienten und Patientinnen mit komplexeren Erkrankungen unter Supervision der Lehrenden. Zeitgleich sammeln sie Erfahrung als Mentoren/Mentorinnen in der Anleitung und Beratung der Mentees. Insbesondere im Rahmen der Reflexion werden die Studierenden zu einem kritischen Umgang mit wissenschaftlichem Wissen, zur Nutzung wissenschaftlicher Methoden sowie zur Entwicklung eines Berufsethos befähigt.

5.4 Anbahnung physiotherapeutischer Handlungskompetenz

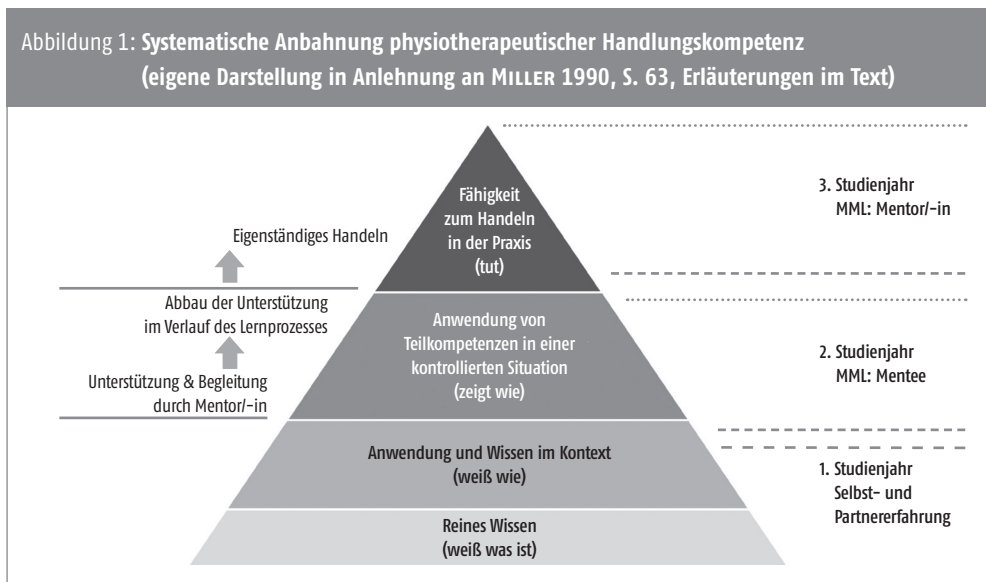
Die therapeutische Tätigkeit erfordert ein hohes Maß an prozeduralem und metakognitivem Wissen, um in der Komplexität des Therapieprozesses sowie bei auftretenden Veränderungen zielgerichtet, eigenverantwortlich, kontextbezogen und unter Einbeziehung der Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen agieren zu können. Das Anbahnen physiotherapeutischer Handlungskompetenz wird durch das MML – Münster systematisch gefördert (vgl. TRENCEK/OVERBECK/BONATO/STÖRKELE 2017): Die Mentees beobachten das Handeln der Mentoren/Mentorinnen oder ihre eigenen Aktivitäten und reflektieren die Erfahrungen im Nachgang mit den Mentoren/Mentorinnen. Hierbei schulen beide ihre selbstreflexiven Kompetenzen. Begleitend führen Mentees und Mentoren/Mentorinnen ein Lerntagebuch, in dem selbst gewählte oder mit den Lehrenden gemeinsame ausgesuchte „Aufgaben der Woche“ notiert werden. Die Mentees nehmen zudem an Supervisionssitzungen der Mentoren/Mentorinnen mit den Lehrenden teil und erleben damit fall- und situa-

tionsbezogene Reflexionen. Eine Evaluation der Kompetenzentwicklung findet auf verschiedenen Ebenen statt (vgl. Abschnitt 8.2.3):

- ▶ als Artefakt im studienbegleitenden Portfolio,
- ▶ als Performanzprüfung zum Abschluss eines Studienmodules nach jedem Semester.

Vor einer Rotation des Fachgebietes reflektieren Mentoren/Mentorinnen und Mentees gemeinsam anhand eines Evaluationsbogens den Praktikumseinsatz der Mentees für das Portfolio. Bei den Mentoren/Mentorinnen erfolgt die Reflexion über den Praktikumseinsatz mit den jeweiligen Lehrenden. Nach dem Erlangen der staatlichen Anerkennung zur Berufsausübung als Physiotherapeutin/Physiotherapeut am Ende des sechsten Semesters üben die Studierenden im vierten Studienjahr eine eigenständige Berufstätigkeit in Teilzeit aus. In begleitenden mono- und multiprofessionellen Studienmodulen an der FH vertiefen und reflektieren sie ihr therapeutisches Handeln im Kontext von Therapiewissenschaft, Public Health, Evidenzbasierung und anderen übergeordneten Thematiken.

In Anlehnung an MILLERS Pyramide der klinischen Kompetenzentwicklung ergibt sich für das MML – Münster folgende Zuordnung:



Durch Anwendung der unter Abschnitt vier genannten Prinzipien von Scaffolding und Fading erfolgt ein langsames Hineinwachsen in den Berufsalltag durch Sammeln erster Patientenerfahrungen in einem geschützten Rahmen (s. Abbildung 1, linker Textteil). Nachdem die Mentees unter Begleitung der Mentoren/Mentorinnen entsprechend einem spezifischen Aufgabekatalog vorgegebene Teilschritte des physiotherapeutischen Prozesses durchgeführt haben, bekommen sie im weiteren Verlauf Patienten und Patientinnen zugewiesen, die sie aufgrund

ihres Ausbildungsstandes selbstständig behandeln können. Nach dem gleichen Prinzip führen Studierende als Mentoren/Mentorinnen im dritten Studienjahr eigenständig Behandlungen von Patienten und Patientinnen mit komplexeren Krankheitsbildern durch. Das Scaffolding übernehmen hierbei die zuständigen Lehrenden.

6. MML – Münster: Erfüllung theoretischer Anforderungen an Mentoring im Hochschulkontext

Analysiert man das MML – Münster im Hinblick auf den in Abschnitt vier und Tabelle 1 dargestellten Referenzrahmen von Mentoring im Hochschulkontext, wird deutlich, dass es über ein erhebliches hochschuldidaktisches Potenzial verfügt. In allen von SLOANE/FUGE (2012) genannten Funktionen zeigen sich inhaltliche Entsprechungen. Nachfolgend werden nur diejenigen benannt, die für die praktische Ausbildung relevant sind:

► *Bewältigungsfunktion – Orientierung und Führung*

Der Einstieg in die praktische Ausbildung wird von den meisten Studierenden als Herausforderung empfunden und beinhaltet hohe Anforderungen, wie z. B. das Hineinwachsen in die Therapeutenrolle, das adäquate Gestalten der Therapeuten-Patienten-Beziehung, die Entwicklung einer beruflichen Identität und die Bewältigung beruflicher Entwicklungsaufgaben. Durch den täglichen Kontakt mit den Mentoren/Mentorinnen bieten sich für die Mentees Möglichkeiten, sich über diese Herausforderungen auszutauschen. Die Mentoren/Mentorinnen haben eine vergleichbare Situation im Vorjahr erlebt und können den Mentees eine Orientierung anbieten. Sie führen die Mentees, indem sie Hinweise oder Hilfestellung bei Lernaufgaben geben. Das MML – Münster erfüllt die Bewältigungsfunktionen, die SLOANE/FUGE (2012) dem hochschulischen Mentoring zuschreiben.

► *Erziehungsfunktion – akademische und klinische Sozialisation*

Neben der akademischen Sozialisation müssen sich die Studierenden in den verschiedenen Kliniken des UKM sozialisieren. Dazu gehören der Erwerb spezifischer Verhaltensweisen und die Eingliederung in die Kultur einer Organisation des Gesundheitswesens. Die Mentoren/Mentorinnen haben die Aufgabe, den/die Mentee in die Abläufe und Arbeitsweisen der jeweiligen Klinik mit einzuführen und bei der patientenbezogenen Arbeit zu unterstützen. Neben den im UKM tätigen Therapeutinnen und Therapeuten sowie den Lehrenden tragen die Mentoren/Mentorinnen dadurch ebenfalls zur klinischen Sozialisation bei.

► *Vermittlungsfunktion – Anleitung und Training*

Im MML – Münster sind Anleitung und Training konzeptionell verankert und Bestandteil im täglichen Miteinander von Mentor/Mentorin und Mentee. Deutlich mehr als in anderen Programmen erhalten die Mentees kontinuierliches Feedback, was nach ZIEGLER (vgl. 2009, S. 14) als eine Bedingung für effektives Lernen gilt. Das genutzte Scaffolding-Prinzip wirkt einer Überforderung der Mentees entgegen und ermöglicht ihnen das Erleben von Handhabbarkeit bei der Vernetzung von Theorie und Praxis. Durch das One-to-one-Mentoring kommt

es permanent zu einer Individualisierung des Lernprozesses, die ZIEGLER (vgl. 2009, S. 14) als Basis für einen optimalen Lernprozess sieht. Besonders hervorzuheben ist, dass Anleitung und Training im realen beruflichen Kontext stattfinden. Gerade dieses Peer-Learning am Arbeitsplatz bietet nach SCHMID/HAASEN (vgl. 2011, S. 28) eine gute Möglichkeit der Qualifizierung. Der Mentee lernt demnach am besten aus konkreten beruflichen Situationen (vgl. ebd.). Fragen der Mentees können direkt aufgegriffen oder Anregungen der Mentoren/Mentorinnen sofort umgesetzt werden. Darüber hinaus können die Mentoren/Mentorinnen aufgrund der gemeinsam erlebten Situationen besonders für das therapeutische Handeln mit den Patienten gezielte Unterstützung geben. Durch die freiwillige Zuordnung und die unterschiedliche Zeitdauer der Einsätze erleben und beobachten die Mentees unterschiedliche Rollenmodelle. Sie haben die Möglichkeit, eine Vielzahl an Modellen, Handlungs- und Arbeitsweisen für ihr eigenes Lernen heranzuziehen oder abzulehnen.

► *Unterstützungsfunktion – Stressbewältigung*

Die Mentees können sich sowohl mit ihren Mentoren/Mentorinnen als auch innerhalb einer Praktikumsgruppe mit anderen Mentees über Erleben und Umgang mit belastenden Situationen austauschen. Neben Stresssituationen in Bezug auf das Studium ist dies insbesondere bei der Konfrontation mit schwerer Krankheit, Behinderung oder Tod von Patienten und Patientinnen von unschätzbarem Wert. Der Austausch fördert die Netzwerkbildung innerhalb der Studierenden und trägt zur sozialen Unterstützung und zur Stressbewältigung bei.

7. Ziele und Erfolgsfaktoren hochschulischer Peer-Mentoring-Programme

Von aktuellen PMP verschiedener Hochschulen wurden Zielsetzung, Setting und Formen praktizierter Unterstützung analysiert, um relevante Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Peer-Mentoring zu ermitteln. Diese wurden mit weiteren Indikatoren aus der Literatur kategorisiert und systematisiert (s. Abbildung 2) und anschließend zur kritischen Würdigung des MML – Münster herangezogen.

7.1 Analyse aktueller PM-Programme

Die Details zur Recherche und zum methodischen Vorgehen sind bei TRENCZEK (vgl. 2015, S. 22 f.) beschrieben. Einschlusskriterien für die Analyse eines PMP waren, dass sich dieses ausschließlich an Studierende richtet, es über eine allgemeine Orientierungswoche (z. B. zu Studienbeginn) hinausgeht und als Ziel die Förderung von Kompetenzen oder Schlüsselqualifikationen benennt. Zudem sollte es sich um kein reines Peer-Teaching-Format handeln. 25 PM-Programme (22 deutsche und drei ausländische) erfüllten die genannten Einschlusskriterien und wurden in die Auswertung einbezogen. Von den Programmen in Deutschland waren drei aus der Medizin, vier aus den Wirtschaftswissenschaften, vier aus den Fakultäten

für Technik oder Naturwissenschaften und elf bildungswissenschaftliche und fakultätsübergreifende Programme. Die drei ausländischen Programme (Brasilien/USA/Australien) bezogen sich jeweils auf Gesundheitsberufe.

Bei den untersuchten 25 PMP lassen sich vier verschiedene übergeordnete Zielsetzungen identifizieren (Mehrfachnennungen):

- ▶ Betreuung und Beratung n = 21,
- ▶ Netzwerkbildung n = 21,
- ▶ Training n = 14,
- ▶ Mentoring als didaktisches Konzept innerhalb eines Moduls n = 4.

Die meisten deutschen Programme konzentrieren sich entsprechend den Empfehlungen des BMBF (2010, S. 2) auf die Betreuung und Beratung sowie Netzwerkbildung und greifen damit die entwicklungs- und sozialpsychologische Perspektive von SLOANE/FUGE (vgl. 2012, S. 104) auf. Die lernpsychologische Perspektive mit Training und Mentoring als didaktisches Konzept in den Modulen spielt eine untergeordnete Rolle.

In den meisten PMP werden systematische Anleitung und ein Training von Schlüssel- oder Handlungskompetenzen durch Formate wie Peer-Teaching, Tutorien und separate Workshops in ein ergänzendes Rahmenprogramm einbezogen. Die Verwendung von Mentoring als didaktisches Konzept zur Lernunterstützung in Fachmodulen ist eher selten und findet sich v. a. in den internationalen Programmen, die zugleich auch starke Peer-Teaching-Elemente enthalten.

Form und Setting der untersuchten PMP erwiesen sich als heterogen: In Abhängigkeit von Umfang des Programms und verpflichtender Teilnahme variiert die Gruppengröße zwischen 2 Mentees bis zu 10 oder 15 Mentees pro Mentor/Mentorin. Ein exklusives One-to-one-Mentoring ist selten, kann aber in Form von einer kurzzeitigen Unterstützung durch Einzelbetreuung vorhanden sein. Die Frequenz der Treffen von Mentees und Mentoren/Mentorinnen liegt zwischen zwei- bis dreimal pro Semester, wöchentlich, monatlich oder erfolgt nach individuellen Vereinbarungen.

7.2 Indikatoren für ein erfolgreiches Peer-Mentoring

Für die Entwicklung und Durchführung eines Mentoring-Programms werden in der Literatur und in aktuellen Studien verschiedene allgemeine Erfolgsfaktoren formuliert. So haben schon GOODLAD/HIRST 1989 (S. 132 ff.) folgende Punkte für ein erfolgreiches Mentoring und Tutoring angegeben:

- ▶ „define aims,
- ▶ define roles,
- ▶ train tutors and mentors,
- ▶ structure the content,
- ▶ support tutors and mentors,
- ▶ keep logistics as simple as possible,
- ▶ evaluate the scheme“.

In Anlehnung an diese Regeln findet man in der Literatur für formelle Mentoring-Programme annähernd gleiche Erfolgsfaktoren (vgl. FORUM MENTORING 2014, S. 14 f.; GRAF/EDELKRAUT 2014, S. 85; SCHMID/HAASEN 2011, S. 74–114; ZIEGLER 2009, S. 13). Verschiedene Autoren betonen weiterhin die elementare Bedeutung des Matching für eine effektive Mentoring-Beziehung, auch in Mentoring-Programmen (vgl. CAMPBELL 2010, S. 335; SLOANE/FUGE 2013, S. 190; ZIEGLER 2009, S. 13). Wahrgenommene Ähnlichkeiten und gemeinsame Interessen scheinen sich positiv auf den Verlauf der Beziehung auszuwirken (vgl. CAMPBELL 2010, S. 335). Ergänzend wird nach einer Studie von ALLEN/EBY/LENTZ (vgl. 2006, S. 147) die Einflussmöglichkeit der beteiligten Personen auf das Matching als ein weiterer wesentlicher Faktor für die wahrgenommene Effektivität von Mentoring-Programmen gesehen. Zu einer anderen Einschätzung gelangen GRAF/EDELKRAUT (2014): Bei Befragungen von Tandems, die durch die Programmleitung zusammengestellt wurden, konnten sie keine Unterschiede zu frei gewählten Beziehungen feststellen. Ihrer Meinung nach ist nicht das Matching entscheidend, sondern die „Definition einer konstruktiven Arbeitsebene“ (ebd., S. 101). Das Matching sollte daher nach zielfördernden Kriterien und anzustrebenden Kompetenzen erfolgen (vgl. ebd.).

Es besteht in der Literatur Einigkeit, dass Mentoren/Mentorinnen unabhängig von der Schulung ihrer kommunikativen Kompetenzen über positive Persönlichkeitseigenschaften wie Empathie, Selbstreflexion, Zuverlässigkeit, Vertrauenswürdigkeit sowie Selbstbewusstsein verfügen sollten (vgl. CAMPBELL 2010, S. 335; GRAF/EDELKRAUT 2014, S. 55–58; SCHMID/HAASEN 2011, S. 49–51; ZIEGLER 2009, S. 13). FUGE (vgl. 2013) betrachtet Mentoring sowie Unterricht als kommunikative Situation, die didaktisch geplant werden muss. Dies bedeutet, dass die Funktion von Mentoring, die Auswahl der Mentoring-Form sowie die einzusetzenden Medien zu klären sind. GRAF und EDELKRAUT (vgl. 2014, S. 76) sowie HERZOG (vgl. 2014, S. 58) sehen Freiwilligkeit und Motivation beider Seiten als ein weiteres wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Mentoring-Beziehung an. Die Studie von ALLEN/EBY (vgl. 2008, S. 315) bestätigt eine positive Relation zwischen Engagement der Mentoren/Mentorinnen und positiven Berichten der Mentees. SCHMID/HAASEN (2011, S. 53) bezeichnen den/die Mentee als den Motor des Tandems, „er bestimmt den Takt und die Richtung“.

Bereits bei den generischen Erfolgsfaktoren von GOODLAD/HIRST (1989) wird auf die Notwendigkeit der Unterstützung für die Mentoren/Mentorinnen hingewiesen. Für das PM scheint es darüber hinaus bedeutsam zu sein, eine Begleitung anzubieten, die auch gezielte Impulse für den Lernprozess setzt. So weisen die Initiatoren des bildungswissenschaftlichen Mentorings der Universität Paderborn (vgl. STROOT u. a. 2014, S. 64) im Rahmen von Peer-Ansätzen darauf hin, dass es einerseits einer Lernumgebung und genügenden Freiraums bedarf, um eigenständig individuelle Lernbedarfe auszumachen und zu bearbeiten. Andererseits können jedoch Studierende beim selbstregulierten Lernen nicht einfach sich selbst überlassen werden. Vielmehr sind eine Lernbegleitung und eine gewisse Unterstützung in Form von Impulsgaben notwendig. In institutionalisierten Lernsituationen scheint nach TREIDLER/WESTPHAL/STROOT (2014, S. 18 f.) die Begleitung und Impulsgabe durch Dritte ein Erfolgs-

faktor für Peer-Learning-Prozesse zu sein. Sie stützen sich dabei auf Studien von VAN GENNIP/SEEGER/HARM (2010, S. 288) und ZOGHI (2013, S. 537), die darlegen, dass Lerngruppen, die für eine Aufgabenstellung Interventionen z. B. in Form von Erklärungen zur Lernform oder Impulsfragen erhielten, ein besseres Ergebnis bezüglich des zu messenden Outcomes erzielten als Kontrollgruppen, in denen keine oder eine sehr lehrerzentrierte Intervention erfolgte. Weitere internationale Studien zu PM wie die von LEIDENFROST u. a. (vgl. 2014, S. 108) betonen die besondere Bedeutung eines Austauschs der Peer-Mentoren/-Mentorinnen untereinander sowie mit einem Supervisor (Lehrperson).

Aus den in aktuellen PMP sowie aus der Literatur identifizierten Faktoren für ein erfolgreiches Mentoring wurden vier übergeordnete Kategorien entwickelt (s. Abbildung 2) und für die kritische Würdigung des MML – Münster herangezogen.

Abbildung 2: Systematisierung und Kategorisierung der Faktoren für ein erfolgreiches (Peer-)Mentoring (TRENCZEK 2015, S. 32 in Anlehnung an GOODLAD/HIRST 1989, S. 132–144; SCHMID/HAASEN 2011, S. 74–114; ZIEGLER 2009, S. 13; TREIDLER/WESTPHAL/STROOT 2014, S. 18 f.)



8. Kritische Würdigung des MML – Münster

8.1 Abgleich mit aktuellen hochschulischen PM-Programmen

Das MML – Münster zeigt einen hohen Grad an Konkretisierung hinsichtlich Zielsetzung, Setting und Formen praktizierter Unterstützung. Es stellt eines der wenigen Programme dar, das Mentoring gezielt als didaktisches Konzept nutzt, um den Erwerb beruflicher Handlungskompetenz zu fördern. Gleichzeitig bietet es den Studierenden regelmäßige Betreuung sowie Trai-

ningungsmöglichkeiten an. Als Stärke sind die kleinen Lerngruppen, die hohe Kontaktfrequenz zwischen den Mentees und Mentoren/Mentorinnen durch die tägliche Arbeit in der Praktikumsgruppe und die Integration der Lehrenden in das MML hervorzuheben. Dies ermöglicht ein individuelles One-to-one-Mentoring für alle Studierenden über die gesamte praktische Ausbildung. Durch die bewusste Zuordnung der Mentees zu verschiedenen Mentoren/Mentorinnen orientiert sich das MML – Münster am Netzwerkansatz von Mentoring (vgl. HIGGINS/KRAM 2001, S. 281; BLICKLE/KUHNERT/RIECK 2003, S. 118). Das Setting bereitet damit auch auf die zunehmende Flexibilisierung der Berufswelt vor, die durch den Wechsel von Arbeitsstellen und das Einstellen auf neue Kollegen und Kolleginnen gekennzeichnet ist (vgl. FELLEBERG 2007, S. 425). Mentoren/Mentorinnen und Mentees müssen sich wiederholt auf verschiedene Personen einlassen, was von ihnen auch später im beruflichen Alltag mit Patienten und Patientinnen und im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit erwartet wird.

8.2 Wie erfüllt das MML – Münster die Erfolgsfaktoren für Peer-Mentoring?

8.2.1 Personenbezogene Erfolgsfaktoren

▶ *Vertrauensverhältnis*

Im Vergleich zu den untersuchten Programmen bietet die Schule für Physiotherapie kontinuierlich eine Vielzahl an Möglichkeiten für vertrauensbildende Maßnahmen zwischen den Studierenden der ersten drei Studienjahre an. Ebenso erleichtert die Lerngruppengröße von maximal sechs Personen den Aufbau einer vertrauensvollen Bindung zwischen den Mentees und Mentoren/Mentorinnen.

▶ *Qualifikation und Schulung*

Im Unterschied zu den oft nur stundenweisen oder kurzzeitigen Schulungen für Mentoren/Mentorinnen in anderen hochschulischen Programmen ermöglicht die curriculare Verankerung des MML – Münster eine umfassende Vorbereitung der Mentoren/Mentorinnen. Die Einführung in das MML-System mit Informationen zur Zielsetzung, zum Ablauf sowie zur Rollenerwartung von Mentoren/Mentorinnen und Mentees erfolgt bereits vor dem Start der praktischen Ausbildung. Die für ein Mentoring erforderlichen sozialen, personalen und methodischen Kompetenzen werden über Studienmodule an der FH und der Physiotherapieschule zu den Themen Beraten, Anleiten und Schulen sowie Kommunikation, Moderation und Lernpsychologie angebahnt. Alle genannten Veranstaltungen sind Bestandteil von kompetenzorientierten Modulprüfungen.

▶ *Matching*

Die Einflussmöglichkeit der beteiligten Personen auf das Matching wird kontrovers diskutiert. Für das MML – Münster zeigt sich, dass die Kombination aus fixer Zuteilung der Studierenden zu einer Praktikumsgruppe und der innerhalb der Gruppe wählbaren Konstellation von Mentee und Mentor/Mentorin bisher zu keinen Problemen im Miteinander geführt hat.

► *Auswahl und Freiwilligkeit*

Freiwilligkeit und Motivation bei der Übernahme der Rolle als Mentor/Mentorin oder Mentee gelten als wichtig. Im MML – Münster ist die Verpflichtung für die Mentoren/Mentorinnen kritisch zu sehen. Sie birgt die Gefahr, die Mentorenaufgaben als zusätzliche Arbeit anzusehen, der mit nur wenig Engagement nachgegangen wird. LEIDENFROST u. a. (vgl. 2014, S. 108) konnten jedoch in ihrer Studie zu verschiedenen Mentoring-Stilen zeigen, dass das Erleben eines beliebigen Mentoring-Stils besser ist, als kein Mentoring zu erhalten. Durch die curriculare Integration des MML – Münster in die klinisch-praktische Ausbildung entstehen für die Mentoren/Mentorinnen keine zusätzlichen zeitlichen Belastungen. Alle Gespräche und Anleitungen erfolgen in der regulären Praktikumszeit. In Absprache mit den für die Patientenversorgung zuständigen Therapeuten/Therapeutinnen der Klinik wurde mit Einführung des MML – Münster eine Reduktion der täglichen Patientenbehandlungen für die Mentoren/Mentorinnen vereinbart, sodass ausreichend Zeit für die Mentorenaufgaben bleibt. Darüber hinaus haben die Mentoren/Mentorinnen die Möglichkeit, bei einer Behandlung ihre Mentorenaufgabe abzulehnen.

Bei Befragungen im Rahmen der Metaevaluation des Studienganges stellten die Studierenden die Mentorenschaft als positiv heraus: Das eigene Handeln werde hinterfragt, fachliche und kommunikative Kompetenzen würden durch das Anleiten vertieft sowie die Selbstreflexion verstärkt. Zudem beschrieben sie, durch die Hinweise oder Fragen der Mentees einen Lernzuwachs erfahren zu haben (vgl. DARMANN-FINK/MUTHS 2014, S. 137). Die Mentoren/Mentorinnen gaben an, selbst oft gute Erfahrungen als Mentee gemacht zu haben. Dies bietet den Organisatoren die Chance, die Motivation für die Mentorenschaft weiter zu fördern und das Prinzip des Mentoring Forward zu unterstützen. Die Erfahrungen als Mentee werden über das zu führende studienbegleitende Portfolio aufgezeigt und reflektiert. Dabei werden Mentees sich u. a. über ihre Motivation für die Aufgabe als zukünftiger Mentor/Mentorin bewusst, was LEIDENFROST u. a. (vgl. 2014, S. 104) als einen wichtigen Lernprozess erachten.

8.2.2 Programmbezogene Faktoren

► *Organisation*

Informationen über Zielsetzungen, Organisation und Durchführung werden im Rahmen von Lehrveranstaltungen wie z. B. Einführung in das klinische Praktikum, Lernen in der praktischen Ausbildung oder Beraten, Anleiten, Schulen berücksichtigt. Dort erhalten die Studierenden schriftliche Informationen über das zu erstellende Portfolio. Ein eigenes Handbuch existiert nicht. Ein Rahmenprogramm wird derzeit in einem Qualitäts- und Organisationsentwicklungsprojekt erarbeitet. So könnte z. B. ein gezielter und punktueller Einbezug externer Experten oder Alumni den Bezug zum Berufsfeld verstärken, Ideen für die berufliche Weiterentwicklung geben oder Impulse zu klinischen oder mentoring-relevanten Themen bieten.

► *Didaktischer Aufbau und Medien*

Die dargestellte systematische und curriculare Einbindung schafft günstige Voraussetzungen für den didaktischen Aufbau. Beispiele hierfür sind der spezifische Aufgabenkatalog für Mentees und Mentoren/Mentorinnen oder das konsequent genutzte Scaffolding und Fading zur gezielten Lernunterstützung und Kompetenzförderung im Berufskontext.

8.2.3 Evaluationsbezogene Faktoren

► *Inhalt und Organisation*

Eine Evaluation mit regelmäßigen Rückmeldungen und Sitzungsprotokollen zu inhaltlichen Aspekten des Programms, wie sie v. a. in großen universitären Programmen zu finden ist, existiert nicht. Im Gegensatz zu den meisten der untersuchten Programme (vgl. Abschnitt 7.1.), bei denen in der Regel ein Gruppen-Mentoring mit wenigen Treffen angeboten wird, handelt es sich im MML – Münster um sehr individuelle Lern- und Unterstützungssituationen, die sich aus dem täglichen Kontext der Patientenbetreuung ergeben und sich kontinuierlich über einen Zeitraum von zwei Jahren erstrecken. Aufgrund der hohen Kontaktfrequenz und der verpflichtenden täglichen Besprechungs- und Reflexionsrunden erfolgen Rückmeldungen situativ und freiwillig während der Besprechungen, was auch in die Kultur der klinischen Teambesprechung einüben soll. Die gegebenen Anregungen werden möglichst kurzfristig und partizipativ umgesetzt. Dennoch wird zukünftig eine systematische Rückmeldung zu den organisatorischen Rahmenbedingungen jeweils nach Abschluss des zweiten und des dritten Studienjahres erfolgen. Der Nutzen zusätzlicher Evaluationen zur inhaltlichen Ausgestaltung ist für ein PMP wie das MML – Münster, welches im Rahmen von Fachmodulen der klinisch-praktischen Ausbildung erfolgt, aufgrund der Datenlage derzeit unklar.

► *Evaluation zur Zielerreichung*

Ziel des MML – Münster ist es, durch ein arbeitsgebundenes Mentoring die Entwicklung klinischer Kompetenzen auf Bachelorniveau zu ermöglichen. Die Evaluation erfolgt im Rahmen sowohl der täglichen Reflexionen und der Reflexionsgespräche nach Ende des jeweiligen Praxiseinsatzes als auch der Modulprüfungen. Eine Kompetenzbewertung in Form einer Selbsteinschätzung sowie das Lerntagebuch und die Ausarbeitungen zur „Aufgabe der Woche“ sind Bestandteile des studienbegleitenden Portfolios. Das Portfolio ist verpflichtend, aber nicht Gegenstand einer Modulprüfung. Es dient als Grundlage für die Reflexionsgespräche zum Ende eines jeweiligen Praxiseinsatzes. Hierbei wird auf eine Selbsteinschätzung der angebahnten Kompetenzen fokussiert, wie es z. B. nahezu ausnahmslos in den untersuchten Programmen der Bildungswissenschaften und Medizin gehandhabt wird (vgl. TRENCZEK 2015, S. 33; MÜSCHE/STROOT 2014, S. 96; FANDREY/HEUE/WILLMANN 2016, S. 9). Die Selbsteinschätzung wird, wie in Kapitel 5.4 dargestellt, durch eine Fremdeinschätzung ergänzt. Ob zusätzlich noch das Physical Therapist Clinical Performance Instrument (PT CPI) der AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION (2006) zur Kompetenzmessung herangezogen werden sollte, ist derzeit in der Diskussion.

Bei der Kompetenzmessung anhand der Performanzprüfungen werden die Prüfungsanforderungen analog zum Aufbau des MML – Münster systematisch gesteigert. So wird beim Mentee die Anwendung von Teilkompetenzen wie z. B. die Durchführung von Anamnesegesprächen, Patientenkontakt und die Analyse von Befunden im Rahmen einer Performanzprüfung im beruflichen Kontext beurteilt. In gleicher Weise erfolgen beim Mentor/bei der Mentorin im fünften Semester die Überprüfung der selbstständigen Befundaufnahme an Patienten und Patientinnen mit komplexen Erkrankungen sowie die individuelle Behandlungsplanung. Den Abschluss der Kompetenzüberprüfung bildet die Modulprüfung „Therapeutisches Handeln“ im Rahmen der staatlichen Prüfung (sechstes Semester). Hierbei werden alle Schritte des therapeutischen Prozesses durchlaufen. Eine zusätzliche Evaluation psychomotorischer Fertigkeiten erfolgt mittels einer Objective Structured Clinical Examination (OSCE) zu physiotherapeutischen Behandlungstechniken – hier allerdings aus Gründen der Zumutbarkeit an einem Simulationspatienten.

Die Bewertung der Prüfungen erfolgt systematisch anhand festgelegter Kriterien und Analyseraster. Um internationale Kompetenzanforderungen zu berücksichtigen, wurde bei der Gestaltung sowohl der Lernarrangements als auch der Modulprüfungen auf die Kriterien des PT CPI Bezug genommen. Eine zusätzliche Outcome-Kontrolle anhand der Anzahl abgelegter Prüfungen oder der Analyse von Prüfungsergebnissen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, wie sie z. T. in den untersuchten internationalen Programmen durchgeführt wird (vgl. DE OLIVEIRA u. a. 2015, S. 342), kann im Studiengang TGM nicht erfolgen, da alle Physiotherapiestudierenden das MML – Münster absolvieren. Nach jeder der o. g. Modulprüfungen erfolgt eine Evaluation durch die Studierenden (Gruppengespräch) und die Lehrenden (Konferenz). Hierbei wird sowohl nach Verbesserungspotenzial im Prozess des MML – Münster gefragt als auch der Aspekt beleuchtet, welche Qualität der Performanz erreicht bzw. klinische Kompetenz angebahnt wurde. Die gewonnenen Erkenntnisse können dank der Einbindung der Lehrenden als Step-ahead-Mentoren/Mentorinnen zügig in die Praxis umgesetzt werden. Zum Ende des Semesters wird mit jedem Studierenden ein Reflexionsgespräch über den individuellen Lernprozess geführt.

Fasst man die bisher gemachten Beobachtungen zu den Effekten des MML – Münster zusammen, so zeigt sich u. a. bei den Mentees eine deutlich bessere Performanz in der Anamneseerhebung und in den ersten Schritten des therapeutischen Prozesses sowie bei den Mentoren/Mentorinnen eine stärker auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Patientenschaft abgestimmte Ableitung von Behandlungsmaßnahmen. Beide Gruppen weisen im Verlauf des Mentorings eine verbesserte Reflexionsfähigkeit auf. Zudem finden sich bei Mentoren/Mentorinnen und Mentees eine individuellere und ganzheitlichere Sicht auf die Patientenschaft und deren Bedürfnisse sowie eine verbesserte Fähigkeit zur patientenorientierten Kommunikation. Gerade die beiden letztgenannten Aspekte sind aber nicht zu trennen von der seit Beginn des Modellstudienganges konsequent genutzten Rückbindung des Therapieprozesses auf das biopsychosoziale Modell der International Classi-

fication of Functioning, Disability and Health (ICF) und weitere biopsychosoziale Gesundheitsmodelle und die Lehrinhalte der Module zum Thema Kommunikation. Beides hat einen Einfluss auf das MML – Münster, was aber bei der Entwicklung des Curriculums im Sinne eines verknüpfenden Lernens als erwünscht erachtet wurde.

► *Evaluation zur Begleitung des Mentoring- und Lernprozesses*

Die Evaluation zur Lernbegleitung stellt einen Schwerpunkt dar. Durch die o. g. Artefakte des Portfolios wird die Entwicklung von reflexiven Kompetenzen unterstützt. Auf diese Weise sichtbar gemachte Themen und Problemstellungen können in der Mentoren-Mentee-Beziehung aufgegriffen werden. Bisher beschränken sich die Dokumentationen und Reflexionen auf das eigene Lernverhalten und auf fachliche Inhalte. Zukünftig sollen im Portfolio Reflexionsfragen zur jeweiligen Rolle im Mentoring oder zu Auswirkungen des Mentorings auf das eigene Handeln verankert werden. Um der Gefahr einer „Pseudoreflexion“ vorzubeugen, ist es sinnvoll, diese Reflexion nicht nach jedem Einsatz zu verlangen.

8.2.4 Peerbezogene Faktoren

► *Begleitung und Impulse*

Die enge Einbindung der Lehrenden in das MML – Münster erlaubt eine gezielte und individuelle Begleitung und Impulsgabe sowie angepasste Interventionen für das PM. Gleichzeitig können Lernaufgaben gegeben werden, die eine Individualisierung des Lernprozesses ermöglichen. Die Lehrenden garantieren Studierenden eine fachliche Expertise (vgl. STROOT/WESTPHAL 2014). Darüber hinaus stellen die Lehrenden als Therapeuten diese Expertise den Patienten und Patientinnen zur Verfügung, was für die Qualität der Krankenversorgung unumgänglich ist.

► *Supervision der Mentoren/Mentorinnen untereinander*

Ein organisierter Austausch der Mentoren/Mentorinnen untereinander ist nicht vorgesehen. Aufgrund des Settings ist zu diskutieren, in welcher Form dies sinnvoll wäre. Da alle Studierenden des dritten Studienjahres Mentoren/Mentorinnen sind, ist davon auszugehen, dass ein informeller Austausch unter befreundeten Studierenden oder innerhalb der Praktikumsgruppe stattfindet. Ob sich eine qualitativ hochwertigere Peer-Supervision durch zusätzliche „top down“ anberaumte Treffen erreichen ließe, ist kritisch zu hinterfragen.

9. Fazit

Zusammenfassend zeigt sich, dass das MML – Münster die konzeptionellen Anforderungen erfüllt, welche aktuell an Mentoring-Programme im Hochschulkontext gestellt werden. Es ist eines der wenigen Peer-Programme, das über ein reines Betreuungsangebot zur Einführung in das Studium hinausgeht und Mentoring als didaktischen Ansatz nutzt, um die Lern- und Entwicklungsprozesse sowie die Kompetenzentwicklung der Studierenden zu unterstützen. Es zeichnet sich v. a. durch die systematische curriculare Einbindung aus und berücksichtigt

wichtige Erfolgsfaktoren für die Durchführung formeller Mentoring-Programme. Weitere Stärken des MML – Münster liegen in der Vorbereitung der Mentoren/Mentorinnen durch eine umfassende, in den Studiengang integrierte Schulung sowie der engen Einbindung der Lehrenden in das MML. Sie erlaubt eine gezielte und individuelle Begleitung und Impulsgabe, was in der Literatur als einer der Erfolgsfaktoren für Peer-Formate gilt.

Mit Blick auf den Erkenntnisgewinn durch weitere Forschung zeigt sich sowohl ein Bedarf an einer kriteriengeleiteten Erhebung zu bestehenden PMP als auch ein Bedarf an Verständigung auf zu untersuchende Ergebnis- und Wirkungsparameter sowie auf die erforderlichen Erhebungsinstrumente, um in der Vielfalt der Programme eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erzielen.

Literatur

- ALLEN Tammy D.; EBY, Lillian T.; LENTZ, Elisabeth: The relationship between formal mentoring program characteristics and perceived program effectiveness. In: *Personnel Psychology*, (2006) 1, S. 125–153
- ALLEN Tammy D.; EBY, Lillian T.: Mentor commitment in formal mentoring relationship. In: *Journal of Vocational Behavior*, (2008) 3, S. 309–317
- AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. Physical therapist clinical performance instrument. Washington DC, USA: APTA. 2006. URL: <http://www.apta.org/PTCPI/> (Zugriff: 10.01.2016)
- BANDURA, Albert: Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. 1. Aufl. Stuttgart 1976
- BAUGH, S. Gayle; SCANDURA, Terri A.: The Effect of Multiple Mentors on Protege Attitudes Toward the Work Setting. In: *Journal of Social Behavior and Personality*, (1999) 4, S. 503–521
- BLICKLE, Gerhard; KUHNERT Barbara; RIECK, Susanne: Laufbahnförderung durch ein Unterstützungsnetzwerk: Ein neuer Mentoringansatz und seine empirische Überprüfung. In: *Zeitschrift für Personalwirtschaft*, (2003) 3, S. 118–128
- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF) (Hrsg.): Qualitätspakt Lehre. Dokumente Förderrichtlinie 1.Förderperiode 2010. URL: <https://www.bmbf.de/de/qualitaetspakt-lehre-524.html> (Zugriff:17.06.2017)
- BYRNE, Mary, W.; KEEFE, Maureen, R.: Building Research Competence in Nursing through Mentoring. In: *Journal of Nursing Scholarship*, (2002) 4, S. 391–396
- CAMPBELL, Clark D.: Best practices for Student-Faculty Mentoring Programs. In: ALLEN Tammy, D.; EBY, Lillian T. (Hrsg.): *The Blackwell Handbook of Mentoring. A multiple Perspectives Approach*. Chichester 2010, S. 325–344
- DARMANN-FINCK, Ingrid: Qualitätsdimensionen für die Weiterentwicklung der Modellstudiengänge. In: MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER (MGEPA) (Hrsg.): Abschlussbericht Dezember 2014. „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Düsseldorf 2014, S. 17–20

- DARMANN-FINCK, Ingrid; MUTHS, Sabine: Analyse der Ansätze zur Theorie-Praxis-Verknüpfung. In: MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER (MGEPA) (Hrsg.): Abschlussbericht Dezember 2014. „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Düsseldorf 2014, S. 117–161
- DE OLIVEIRA, Camila A. M.; PRADO DE FRANÇA CARVALHO, Carolina; CÉSPEDES, Isabel C.; DE OLIVEIRA, Flavia; LE SUER-MALUF, Luciana: Peer mentoring program in an Interprofessional and Interdisciplinary Curriculum in Brasil. In: Anatomical Sciences Education, (2015) 8, S. 338–347
- ENSHER, Ellen A.; THOMAS, Craig; MURPHY, Susan E.: Comparison of Traditional, Step-Ahead, and Peer Mentoring on Protégés’ Support, Satisfaction and Perceptions of Career Success: A Social Exchange Perspective. In: Journal of Business and Psychology, (2001) 3, S. 419–438. URL: http://www.jstor.org/stable/25092732?seq=1#page_scan_tab_contents (Zugriff: 08.01.2016)
- FANDREY, Joachim; HEUE, Matthias; WILLMANN, Eva: Leitfaden zur Anfertigung des Jahresabschlussberichts. Teilprojekt 1.1: UDE-Mentoring-System 2015. BLP-Projekt „Bildungsgerechtigkeit im Fokus“. Zentrum für Hochschul- und Qualitätsentwicklung (ZfH). Universität Duisburg-Essen. UMS-Jahresberichte der Fakultäten 2015. Medizinische Fakultät (Stand 20.01.2016). URL: <https://www.uni-due.de/zfh/berichte.php> (Zugriff: 17.06.2017)
- FELLENBERG, Franziska: Nachwuchsförderung durch Mentoring. Eine kritische Bestandsaufnahme. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung, (2007) 4, S. 423–438
- FORUM MENTORING. BUNDESVERBAND MENTORING IN DER WISSENSCHAFT (Hrsg.): Mentoring mit Qualität. Qualitätsstandards für Mentoring in der Wissenschaft. 2014. URL: http://www.forum-mentoring.de/index.php/qualitaet_top/qualitaetsstandards/download-broschure/ (Zugriff: 17.06.2017)
- FORUM MENTORING. BUNDESVERBAND MENTORING IN DER WISSENSCHAFT (Hrsg.): Formen von Mentoring (2017). URL: http://www.forum-mentoring.de/index.php/mentoring_top/mentoring/formen-von-mentoring/ (Zugriff: 17.06.2017)
- FUGE, Juliane: „Wie wird aus Mentoring ein erfolgversprechendes didaktisches Instrument?“ Friday workshops, Friday lectures Universität Wien. (25.10.2013). URL: <https://www.youtube.com/watch?v=zCN0LzpfUzA> (Zugriff: 02.12.2015)
- GERHOLZ, Karl-Heinz: Selbstreguliertes Lernen in der Hochschule fördern – Lernkulturen gestalten. In: Zeitschrift für Hochschulentwicklung, (2012) 3, S. 60–73
- GOODLAD, Sinclair; HIRST, Beverley: Peer Tutoring: a guide to learning by teaching. 1. Aufl. London 1989
- GRAF, Nele; EDELKRAUT, Frank: Mentoring. Das Praxisbuch für Personalverantwortliche und Unternehmer. 1. Aufl. Wiesbaden 2014
- HAASEN, Nele: Mentoring. Persönliche Karriereförderung als Erfolgskonzept. URL: <http://www.nelehaasen.de/veroeffentlichungen.html> (Zugriff: 16.01.2016)

- HARTUNG, Anna Bozena: Studie zum Einsatz von Mentoring-Programmen als Instrument struktureller Förderung für Studierende an deutschen Universitäten. Arbeitspapier 243. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung (2012). URL: <http://www.boeckler.de/5137.htm?produkt=HBS-005198&chunk=7&jahr=> (Zugriff: 08.01.2016)
- HERZOG, Marius: Mentoring-Programme an Hochschulen: ein Beitrag zu institutionalisierter Ungleichheit? In: Zeitschrift für Hochschulentwicklung, (2014) 1, S. 57–69
- HIGGINGS, Monica C.; KRAM, Kathy E.: Reconceptualizing Mentoring at Work: a Developmental Network Perspective. In: Academy of Management Review, (2001) 2, S. 264–288
- HOCHSCHULREKTORENKONFERENZ (HRK) (14.06.2005): Empfehlung zur Sicherung der Qualität von Studium und Lehre in Bachelor- und Masterstudiengängen. URL: http://www.hrk.de/uploads/tx_szconvention/Beschluss_Kapazitaeten.pdf (Zugriff: 05.12.2015)
- JAHN, Robert W.; FUGE, Juliane; SÖLL, Matthias: Macht Mentoring aus Lehrjahren Herrenjahre? Evaluationsergebnisse der Implementation eines Team-Mentoringkonzeptes für Studienanfänger. In: Forum für Hochschulforschung, -praxis und -politik, (2010) 4+5, S. 140–147
- KAMM, Ruth; WOLF, Henrike: Ist Mentoring gleich Mentoring? Zur Begriffs- und Anwendungsvielfalt von Mentoring-Maßnahmen in der Medizin an Hochschulen. In: HOFFER-POBER, Angelika; STEINBÖCK, Sandra; GUTIÉRREZ-LOBOS, Karin (Hrsg.): Mentoring in der Universitätsmedizin. 10 Jahre Mentoring an der MedUni Wien. Wien 2015, S. 133–155
- KRAM, Kathy E.: Phases of the Mentor Relationship. In: Academy of Management Journal, (1983) 4, S. 608–625
- KRAM, Kathy E.; ISABELLA, Lynn A.: Mentoring Alternatives: The Role of Peer Relationships in Career Development. In: Academy of Management Journal, (1985) 1, S. 110–132
- LEIDENFROST, Birgit; STRASSNIG, Barbara; SCHÜTZ, Marlene; CARBON, Claus-Christian; SCHABMANN, Alfred: The Impact of Peer Mentoring on Mentee Academic Performance: Is Any Mentoring Style Better Than No Mentoring at all? In: International Journal of Teaching and Learning in Higher Education, (2014) 1, S. 102–111
- MILLER, George E.: The assessment of clinical skills/competence/performance. In: Academic Medicine, (1990) 9, S. 63–67
- MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER (MGEPA) (Hrsg.): Abschlussbericht Dezember 2014. „Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW“. Düsseldorf 2014. URL: <http://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/modellstudiengaenge/index.php> (Zugriff: 01.12.2015)
- MINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, EMANZIPATION, PFLEGE UND ALTER (MGEPA) (Hrsg.): Empfehlende Ausbildungsrichtlinie (ARL). Düsseldorf 2005. URL: https://www.mgepa.nrw.de/pflege/pflegeberufe/ausbildung/richtlinien_und_handreichungen/index.php (Zugriff: 17.06.2017)

- MÜSCHE, Hanna; STROOT, Thea: Bildungswissenschaftliches Mentoring für Lehramtsstudierende – eine Angebotsstruktur zur Entwicklung von Selbstlernkompetenzen? Erste Evaluationsergebnisse. In: WESTPHAL, Petra; STROOT, Thea; LERCHE, Eva-Maria; WIETHOFF, Christoph (Hrsg.): Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co: Aktuelle Wege in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Reihe: Theorie und Praxis der Schulpädagogik. Bd. 27. Immhausen 2014, S. 91–104
- RAGINS, Belle Rose; KRAM, Kathy E.: The Handbook of Mentoring at Work. 1. Aufl. Los Angeles 2007
- SCANDURA, Terri A.: Mentorship and Career Mobility: An Empirical Investigation. In: Journal of Organizational Behavior, (1992) 2, S. 169–174
- SCHMID, Bernd; HAASEN, Nele: Einführung in das systemische Mentoring. 1. Aufl., Heidelberg 2011
- SLOANE, Peter F. E.; FUGE, Juliane: Mentoring an Universitäten. Eine hochschuldidaktische Rekonstruktion. In: Zeitschrift für Hochschulentwicklung, (2012) 3, S. 96–109
- SLOANE, Peter F. E.; FUGE, Juliane: Mentoring als hochschuldidaktisches Konzept – Eine Potentialanalyse. In: GERHOLZ, Karl-Heinz; SLOANE, Peter F. E. (Hrsg.): Studiengänge entwickeln – Module gestalten. Eine Standortbestimmung nach Bologna. Paderborn 2013, S. 167–197
- STROOT, Thea: Ein Lehramt studieren: Zur Relevanz von Peer Learning für aktuelle Entwicklungsfelder der 1. Phase der Ausbildung von Lehrer*innen. In: WESTPHAL, Petra; STROOT, Thea; LERCHE, Eva-Maria; WIETHOFF, Christoph (Hrsg.): Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co: Aktuelle Wege in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Reihe: Theorie und Praxis der Schulpädagogik. Bd. 27. Immhausen 2014, S. 25–32
- STROOT, Thea; WESTPHAL, Petra: Peermentoring im Rahmen einer auf Inklusion ausgerichteten universitären Lehrerbildung. Relevanz von Mentoringkonzepten für eine inklusive fachwissenschaftliche Ausbildung an Universitäten (2014). URL: <http://www.bundestreffen-2014.de/data/forum4-praesentation2.pdf> (Zugriff: 01.10.2015)
- STROOT, Thea; WESTPHAL, Petra; TREIDLER, Maren; HELLE, Jano: Bildungswissenschaftliches Mentoring für Lehramtsstudierende: Grundlagen und Konzeptionselemente. In: WESTPHAL, Petra; LERCHE, Eva-Maria; WIETHOFF, Christoph (Hrsg.): Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co: Aktuelle Wege in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Reihe: Theorie und Praxis der Schulpädagogik. Bd. 27. Immhausen 2014, S. 59–70
- TOWNSEND Robert A.; DELVES, Melinda; KIDD, Tracy; FIGG, Bev: Undergraduate student peer mentoring in a multi-faculty, multi-campus university context. In: Journal of Peer Learning, (2011) 4, S. 37–49
- TREIDLER, Maren; WESTPHAL, Petra; STROOT, Thea: Peer Learning. In: WESTPHAL, Petra; STROOT, Thea; LERCHE, Eva-Maria; WIETHOFF, Christoph (Hrsg.): Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co: Aktuelle Wege in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Reihe: Theorie und Praxis der Schulpädagogik. Bd. 27. Immhausen 2014, S. 15–20

- TRENCZEK, Karin: Das Mentee-Mentoren-Lehrersystem im Studiengang Therapie- und Gesundheitsmanagement – Physiotherapie: Kritische Würdigung eines Ansatzes zur Unterstützung der Lern- und Entwicklungsprozesse von Studierenden in der praktischen Ausbildung. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Fachbereich Gesundheit – Münster School of Health, Fachhochschule Münster 2015
- TRENCZEK, Karin; OVERBECK, Margot; BONATO, Marcellus; STÖRKELE, Friederike: Peer-mentoring als Bestandteil klinischer Kompetenzentwicklung in der Physiotherapie. In: EVERS, Thomas; HELMBOLD, Anke; LATTECK, Änne-Dörte; STÖRKELE, Friederike (Hrsg.): Lehr-Lernkonzepte zur klinischen Kompetenzentwicklung. Best-Practice-Beispiele aus den Modellstudiengängen NRW. Opladen, Berlin, Toronto 2017, S. 157–179
- VAN GENNIP, Nanine A. E.; SEGERS, Mien S. R.; HARM, H. Tillema: Peer assessment as a collaborative learn activity: The role of interpersonal variables and conceptions. In: Learning and Instruction, (2010) 4, S. 280–290
- WESTPHAL, Petra; LERCHE, Eva-Maria; STROOT, Thea; WIETHOFF, Christoph: Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co – Einführung in den Band. In: WESTPHAL, Petra; STROOT, Thea; LERCHE, Eva-Maria; WIETHOFF, Christoph (Hrsg.): Peer Learning durch Mentoring, Coaching & Co: Aktuelle Wege in der Ausbildung von Lehrerinnen und Lehrern. Reihe: Theorie und Praxis der Schulpädagogik. Bd. 27. Immhausen 2014, S. 3–12
- WISSENSCHAFTSRAT (Hrsg.): Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung von Lehre und Studium. (4.7.2008). URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/8639-08.pdf> (Zugriff: 08.01.2016)
- ZIEGLER, Albert: Mentoring: Konzeptionelle Grundlagen und Wirksamkeitsanalyse. In: STÖGER, Heidrun; ZIEGLER, Albert; SCHIMKE, Diana (Hrsg.): Mentoring: Theoretische Hintergründe, empirische Befunde und praktische Anwendungen. Lengerich 2009, S. 7–29
- ZOGHI, Masoud: Let's cross the rubicon: Strengthening Reading Comprehension Instruction. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, (2013) 70, S. 537–543

III. Kompetenz und Kompetenzerhebung als Forschungsgegenstand in den Gesundheitsberufen

Lisa Gödecker, Bettina Shamsul, Birgit Babitsch

► Zukünftig erforderliche Kompetenzen für Angehörige der Gesundheitsberufe – Entwicklung eines Erhebungsinstrumentes zur Erfassung aktueller und zukünftiger Anforderungen im Kontext der Weiterbildung

Das Gesundheitswesen steht vor Veränderungen der Versorgungsstrukturen infolge demografischer Entwicklungen, des medizinischen und technischen Fortschritts sowie rechtlicher Rahmenbedingungen. Das Teilprojekt „Neue Kompetenzbereiche von Gesundheitsberufen für eine zukünftige Versorgung“ (ZuVeKo) des Verbundvorhabens „Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens“ (KeGL) analysiert neue Aufgabenfelder und Anforderungen mit dem Ziel, empirisch begründete, bedarfsorientierte, akademische Weiterbildungen zu entwickeln. Hierzu wurden im ersten Schritt die Heilerziehungspflege als pflegerischer/pädagogischer Beruf und die Physiotherapie als therapeutischer Beruf ausgewählt. Zur Erfassung neuer Aufgabenfelder und Anforderungen wurden verschiedene empirische Zugänge genutzt, u. a. eine quantitative Befragung von Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen, Arbeitgebern und weiteren Experten und Expertinnen. Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente erfolgte mittels eines Zwei-Phasen-Pretesting. Hierdurch konnte eine deutliche Verbesserung des Fragebogens und der Inhaltsvalidität erzielt werden.

1. Einleitung

Die Gesundheitsberufe stehen vor neuen Anforderungen durch Veränderungen im Gesundheitswesen. Diese werden zum einen bedingt durch den demografischen Wandel und gehen mit einer Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbiditäten einher. Zum anderen tragen der medizinische Fortschritt und veränderte Versorgungsstrukturen zur Entwicklung neuer Aufgabengebiete bei (vgl. GÖRRES 2013, S. 19 ff.). Vor diesem Hintergrund nehmen die Bedarfe an Pflege, Dienstleistungen und Beratungen im Gesundheitsbereich zu. Erschwerend kommt der zunehmende Kostendruck auf Institutionen des Gesundheitswesens hinzu (vgl. BALS/DIELMANN 2013, S. 177 ff.).

Das Verbundprojekt „Kompetenzentwicklung von Gesundheitsfachpersonal im Kontext des Lebenslangen Lernens“ (KeGL) geht auf die skizzierten Veränderungen und die daraus resultierenden Kompetenzanforderungen für Angehörige der Gesundheitsberufe ein. KeGL wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Bund-Länder-Wettbewerb „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ gefördert. Im Teilprojekt „Neue Kompetenzbereiche von Gesundheitsdienstberufen für eine zukünftige Versorgung“ (ZuVeKo) werden derzeitige und zukünftige neue Anforderungen zunächst exemplarisch für die Heilerziehungspflege und die Physiotherapie untersucht, um empirisch begründete akademische Weiterbildungsmodulare zu entwickeln. Ein zentrales Ziel von ZuVeKo ist es zu überprüfen, welche neuen Aufgabengebiete und Kompetenzanforderungen – vor dem Hintergrund von Veränderungen der Berufspraxis – entstehen. Dabei wird sowohl für die Empirik als auch für die darauffolgende Entwicklung von bedarfsorientierten Weiterbildungsangeboten ein partizipativer Ansatz gewählt. Dieser Artikel beschreibt für die erste quantitative Erhebung, wie durch den Einsatz der Methode kognitiver Interviews zur Validierung von Fragebögen die Perspektiven der Berufsangehörigen integriert wurden und welchen Beitrag dies für die Qualität der Erhebungsinstrumente hatte.

Im Projekt wird auf die Heilerziehungspflege und die Physiotherapie fokussiert. Die Auswahl begründet sich darin, dass hierdurch verschiedene Tätigkeitsfelder und unterschiedliche gesellschaftliche wie auch systemische Veränderungen beleuchtet werden können.

Im zweiten Kapitel wird auf das dem Projekt KeGL zugrunde liegende Kompetenzverständnis eingegangen. Um einen Einblick in die Ausgangssituation der Heilerziehungspflege und der Physiotherapie zu gewinnen, wird in Kapitel 3 ein Profil der beiden Berufe dargestellt. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf den Tätigkeitsgebieten und normativen Ausbildungsbedingungen. In Kapitel 4 „Neue Anforderungen im Gesundheitswesen“ wird gezeigt, dass sich demografische Entwicklungen und neue gesetzliche Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen auf die Berufspraxis der beiden Berufe auswirken und zu Veränderungen von Tätigkeitsfeldern und Anforderungen führen. Anschließend erfolgt in Kapitel 5 ein Überblick über die methodische Vorgehensweise des Teilprojektes ZuVeKo. Das Kapitel enthält eine Darstellung der im Projekt eingesetzten Fragebögen für Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Arbeitgeber, Personen der Aus-, Fort-, Weiterbildung, Leistungsträger, Berufsverbände und Forschung, die im Rahmen des Projektes zum Einsatz kommen. Es folgt die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 7. Das Fazit (Kapitel 8) greift noch einmal die Bedeutung partizipativer Forschungsmethoden bei der empirischen Analyse von Weiterbildungsbedarfen auf.

2. Zugrunde liegendes Kompetenzverständnis

Das Projekt KeGL bezieht sich auf das Kompetenzverständnis des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR). Der DQR als nationaler Qualifikationsrahmen hat zur Aufgabe, das deutsche Bildungssystem systematisch darzustellen. Der Kompetenzbegriff hat im DQR eine zentrale Rolle, da der DQR das wesentliche Ziel des deutschen Bildungssystems, „den Lernenden den Erwerb einer umfassenden Handlungsfähigkeit zu ermöglichen“ (BMBF 2016), unterstützt. Insbesondere wird betont, dass der DQR nicht lediglich Fertigkeiten, sondern die Fähigkeit und Bereitschaft zu fachlichem und verantwortungsvollem Handeln einschließt. Die Lernergebnisse, die durch eine Qualifikationsmaßnahme erzielt werden, werden auf fachlicher und persönlicher Ebene betrachtet. Daher werden im DQR als übergeordnete Kompetenzkategorien die Fachkompetenz und die personale Kompetenz beschrieben (vgl. BMBF 2016).

Da auch die personalen Faktoren im Kompetenzverständnis des DQR Berücksichtigung finden, wurden von Beginn an Berufsangehörige der Heilerziehungspflege bzw. der Physiotherapie einbezogen (vgl. BMBF 2016). Ziel dabei war unter anderem sicherzustellen, dass aus Sicht der Berufsangehörigen die Befragungsinstrumente und damit auch die Projektergebnisse berufsspezifische Aspekte zur Identifizierung von Kompetenzen möglichst weitreichend enthalten. Im Projekt wurden daher zunächst die Berufe analysiert sowie die diskutierten Anforderungen, Rahmenbedingungen und gesetzlichen Veränderungen thematisiert. Dadurch sollte ein Einblick in das jeweilige Berufsfeld entstehen, der es ermöglicht, in der empirischen Phase bereits die Bedarfe und Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe zu adressieren.

3. Berufsprofile ausgewählter Berufe

Die Heilerziehungspflege wird von der Kultusministerkonferenz (KMK) zum Sozialwesen gezählt (vgl. KMK 2002, S. 21); da die Berufspraxis jedoch einen hohen pflegerischen Anteil beinhaltet, lässt sie sich auch den Gesundheitsberufen zurechnen (vgl. SHAMSUL u. a. 2015, S. 3). Exemplarisch wurden die Heilerziehungspflege und die Physiotherapie ausgewählt, da sie sich in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens bewegen. Aktuelle gesetzliche Veränderungen betreffen beide Berufsgruppen und können zu neuen Aufgaben führen.

Die folgende Kurzbeschreibung beider Berufe soll einen Überblick über das Berufsprofil und rechtliche Rahmenbedingungen der Ausbildungen geben, da die im Rahmen dieses Artikels vorgestellte Befragung der Berufsgruppen Implikationen für zukünftige Qualifizierungen ermöglichen wird.

Heilerziehungspflege

Heilerziehungspfleger/-innen stärken die Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger, körperlicher, seelischer oder Mehrfachbehinderung aller Altersgruppen. Sie begleiten die Betrof-

fenen im Alltag und fördern ihre Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben (vgl. KARIMI 2009, S. 16 f.). Heilerziehungspfleger/-innen sollen Fachwissen mit pädagogischen und pflegerischen Kenntnissen verknüpfen (vgl. VOGLER 2010, S. 30). Zu ihrem Aufgabengebiet gehören Pflege- und Betreuungsaufgaben wie hygienisches Arbeiten und Unterstützung bei der Körperpflege sowie die Mitwirkung bei Therapie- und Fördermaßnahmen wie beim Erstellen von Hilfeplänen. Einsatzorte für die Berufsgruppe der Heilerziehungspfleger/-innen sind vielfältig: Sie arbeiten in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung, bei ambulanten sozialen Dienste, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, in Einrichtungen der Tagesbetreuung und Frühförderung oder in Schulen oder Kindergärten (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015a).

Die erste Ausbildung im Bereich der Heilerziehungspflege startete 1958 in der Anstalt Steuten in Baden-Württemberg mit einem Ausbildungsgang, der den Berufsabschluss der Heilerziehungspflege trug (vgl. EBERT u. a. 2013, S. 27). Staatlich anerkannte Fachschulen der beruflichen Weiterbildung bilden inzwischen Heilerziehungspfleger/-innen in einer meist dreijährigen, mindestens jedoch zweijährigen Ausbildung aus (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015a). Es gibt keine einheitliche Bundesgesetzgebung für die Ausbildung in der Heilerziehungspflege. Laut KMK-Richtlinie umfasst die Ausbildung bei einer dreijährigen Ausbildung ca. 2.400 fachtheoretische Unterrichtsstunden und 1.200 Stunden Fachpraxis (vgl. KMK 2002, S. 24). Da die Ausbildung auf Landesebene geregelt ist, können die Bedingungen der Ausbildung, aber auch die Inhalte zwischen den Ländern variieren. Es gibt 13 verschiedene Lehrpläne für die Heilerziehungspflege, erstellt zwischen den Jahren 2003 (Niedersachsen) und 2015 (Schleswig-Holstein). Ein Lehrplan ist derzeit in Bearbeitung (Bremen), zwei Länder verweisen auf den Lehrplan des Landes Niedersachsen (Berlin, Brandenburg) (vgl. SHAMSUL u. a. 2015, S. 6 ff.).

Physiotherapie

Die Berufsbezeichnung Physiotherapeut/-in wird im Rahmen einer bundesweit geregelten dreijährigen Ausbildung, die an Berufsfachschulen für Physiotherapie stattfindet, erworben (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015b). Zum Aufgabenspektrum eines/einer Physiotherapeuten/-therapeutin zählen die Bereiche der Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie die palliative Versorgung (vgl. DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE [ZVK] e.V. 2015). In der Regel werden Personen behandelt, bei denen aufgrund verschiedener Ursachen (Krankheit, Behinderung, Verletzung, hohes Alter) Störungen des Bewegungsapparates, des zentralen oder peripheren Nervensystems, Erkrankungen der inneren Organe oder der Psyche vorliegen (vgl. ZVK 2015; BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015b). Bei der Physiotherapie handelt es sich um eine Bewegungstherapie auf der Grundlage der Physiologie und Pathologie, bei der spezielle Behandlungstechniken der physikalischen Therapie, wie Massagen, Elektrotherapie, Kälte- oder Wärmebehandlungen, genutzt werden.

Physiotherapeutinnen und -therapeuten können in Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie Krankenhäuser, Arztpraxen, physiotherapeutische Praxen, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen zur Eingliederung und Pflege von Menschen mit Be-

hinderung, arbeiten. Die Berufsgruppe kann aber teilweise auch in den Bereichen Sport (Sportstätten) und Wellness (Wellnesshotels) beruflich aktiv sein (vgl. BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT 2015b; ZVK 2015).

Die Physiotherapie zählt zu den 18 Heilberufen, die bundeseinheitlich gesetzlich geregelt und verankert sind (vgl. BOLLINGER 2012, S. 13).

Die grundlegenden, bundesweit geltenden Gesetze sind das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) und die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). Im MPhG werden unter anderem die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung und deren Voraussetzungen geregelt (§ 1 Absatz 1 MPhG) sowie Aussagen zur Ausbildungsdauer und zum Aufbau gemacht (MPhG, Abschnitt 3.4). Weitere Vorgaben zum Umfang des theoretischen und praktischen Anteils der Ausbildung beinhaltet die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PhysTh-APrV). Darin wird definiert, dass die Ausbildung mindestens 2.900 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 1.600 Stunden praktische Ausbildung umfasst (§ 1 PhysTh-APrV). Über diese Vorgaben hinausgehend ist es den Bundesländern möglich, eigene Curricula/Lehrpläne/Richtlinien zu erstellen; acht Bundesländer haben, nach Auskunft der zuständigen Ministerien, bisher davon Gebrauch gemacht. Die Curricula sind an der PhysTh-APrV ausgerichtet.

4. Neue Anforderungen im Gesundheitswesen

Wie bereits eingangs kurz skizziert stehen die Gesundheitsberufe und die Gesundheitsversorgung vor erheblichen und zum Teil tief greifenden Veränderungen. Infolge des demografischen Wandels sehen sie sich mit einer wachsenden Zahl alter und sehr alter Menschen sowie einer Zunahme an chronischen Erkrankungen und Multimorbidität, häufig in Kombination mit einer Pflegebedürftigkeit, konfrontiert. Zudem verlagert sich die Versorgung immer stärker auf das häusliche Setting (vgl. GÖRRES 2013, S. 20 f.). Weitere soziale Einflussgrößen der Gesundheitsversorgung sind: geringere familiäre Unterstützungsressourcen, eine stärkere Selbstbestimmung vonseiten der Nutzer/-innen des Gesundheitssystems, eine Zunahme jüngerer Menschen mit Behinderung, die einen höheren gesundheitlichen Versorgungsbedarf haben, sowie ein wachsender Anteil von alten Menschen mit Migrationshintergrund (vgl. ebd., S. 21 ff.). Auch der technologische Fortschritt erhält einen zunehmenden Stellenwert für die Handlungsfelder der Gesundheitsberufe. Es wird erwartet, dass Aspekte wie Telemedizin oder Ambient Assisted Living eine zunehmende Rolle für die Versorgung spielen (vgl. ebd., S. 26). Sowohl die Heilerziehungspflege als auch die Physiotherapie werden von den genannten Entwicklungen tangiert.

Im Mittelpunkt der beruflichen Tätigkeit von Heilerziehungspflegern und -pflegerinnen stehen Menschen mit Behinderung. Deren Lebenserwartung hat sich in den letzten Jahren aufgrund einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung erhöht. Mit zunehmendem Alter treten allerdings auch bei ihnen altersbedingte Erkrankungen auf (vgl. HAVEMAN u. a. 2010;

EVENHUIS u. a. 2001). Neben einer Zunahme somatischer Erkrankungen wird – ebenso wie in der Allgemeinbevölkerung – für Menschen mit Behinderung ein Anstieg psychischer Erkrankungen wie Demenz prognostiziert (vgl. GÖRRES 2013, S. 22). Dabei scheinen zum Beispiel Menschen mit Downsyndrom ein erhöhtes Erkrankungsrisiko zu haben (vgl. KRUSE 2010, S. 291). Die Begleitung von erkrankten alten Menschen mit Behinderung stellt die Heilerziehungspflege vor besondere Anforderungen (vgl. GUSSET-BÄHRER 2012, S. 150 ff.). Neben der Pflege von Menschen mit Behinderung im Krankheitsfall gewinnt für die Heilerziehungspflege auch das Thema palliative Versorgung an Gewicht. Heilerziehungspfleger/-innen begleiten erstmals eine Generation alter Menschen mit Behinderung, die sich in Krankheits- und Sterbephasen befinden. Eine Ursache hierfür findet sich in dem durch die Nationalsozialisten verübten Genozid (MAY 2015, S. 18).

Das Thema palliative Versorgung von Patientinnen und Patienten gewinnt auch für die Physiotherapie an Raum (ZVK 2015). Seit 2001 gibt es bei der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin den Arbeitskreis Physiotherapie und seit 2012 die Sektion Physiotherapie (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN O. J. a). Inzwischen gibt es bereits Weiterbildungen für Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Bereich Palliative Care (vgl. DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN O. J. b).

4.1 Veränderungen der Versorgungsstrukturen

Neben den demografischen Entwicklungen beeinflussen auch Veränderungen der Versorgungsstrukturen die Anforderungen an die Gesundheitsberufe. Neue Gesetze können zu neuen Aufgabengebieten führen. Im Bereich der Heilerziehungspflege als auch der Physiotherapie entstehen durch das neue GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (PrävG) Änderungen der Versorgungsstrukturen. Im Folgenden erfolgt eine exemplarische Darstellung von neuen Anforderungen für das Berufsfeld der Heilerziehungspflege und der Physiotherapie durch aktuelle Gesetze.

Das **GKV-Versorgungsstärkungsgesetz** (am 23.7.2015 in Kraft getreten) sieht die Schaffung interdisziplinär ausgerichteter medizinischer Behandlungszentren für die Versorgung erwachsener Menschen mit Behinderung vor (§ 119c SGB V). Erwachsene mit geistiger oder Mehrfachbehinderung haben laut Gesetz Anspruch auf nicht ärztliche sozialmedizinische Leistungen durch die Behandlungszentren (§ 43b SGB V). Hier kann sich ein neues Betätigungs- und Anforderungsfeld für Heilerziehungspfleger/-innen ergeben, das erweiterte Kompetenzen im Bereich der Beratung erfordert. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält eine Aufforderung an den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), Richtlinien für die Behandlung von Rückenleiden zu entwickeln (§ 137f Absatz 1 SGB V). Möglicherweise ergeben sich daraus Auswirkungen auf die Berufspraxis der Physiotherapie.

Das **Präventionsgesetz** (am 1.1.2016 in Kraft getreten) ermöglicht, gesundheitsfördernde Projekte in Lebenswelten, wie Kindergärten, am Arbeitsplatz oder auch in Wohn-

heimen, aufzubauen (§ 20a Absatz 2 SGB V). Es eröffnet die Möglichkeit, dass beispielsweise für Menschen mit Behinderung am Setting orientierte gesundheitsfördernde Projekte in Werkstätten, in Wohnheimen oder in Einrichtungen der ambulanten Versorgung gefördert und umgesetzt werden. Bisher wird der Bereich Gesundheitsförderung und Prävention jedoch nur geringfügig in den Ausbildungsrichtlinien der Länder für die Heilerziehungspflege berücksichtigt (vgl. SHAMSUL u. a. 2015). Dem Bereich Prävention wird auch in der Physiotherapie eine zunehmende Rolle zugesprochen. So dient der Erhalt von Bewegungs- und Funktionsfähigkeit der Prävention von Erkrankungen (vgl. EWERS u. a. 2012, S. 47).

Das **Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung (HPG)** wurde am 5.11.2015 vom Bundestag beschlossen. Laut HPG können Menschen mit Behinderung in zugelassenen Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe eine umfassende Beratung und Planung zu Unterstützungsangeboten für die palliative Versorgung erhalten (§ 132g SGB V). Durch diese Unterstützung kann der Verbleib sterbender Menschen mit Behinderung in ihrer gewohnten Umgebung erleichtert werden. Heilerziehungspfleger/-innen werden infolgedessen in Kooperation mit Palliativ-Pflegekräften, Medizinerinnen oder auch Physiotherapeuten und -therapeutinnen zunehmend Menschen mit Behinderung in der letzten Lebensphase begleiten.

In der Patientenleitlinie Palliativmedizin werden auch die Physiotherapeutinnen und -therapeuten als Beteiligte an der palliativen Versorgung angeführt (vgl. „LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE“ 2015, S. 20). Im Gegensatz zur Physiotherapie im kurativen Setting sind Physiotherapeutinnen und -therapeuten in der Onkologie beispielsweise zur Unterstützung und Erleichterung der Mobilität, bei der Milderung von Symptomen oder bei der Beratung zu Lagerungstechniken und Hilfsmittlempfehlungen tätig (HIRSMÜLLER/SCHRÖER 2014, S. 15).

Weiterhin nimmt der Aspekt der Berufsautonomie für die Physiotherapie einen zentralen Stellenwert in den aktuellen Diskussionen ein. In Modellversuchen wird eine Blankoverordnung schon umgesetzt (vgl. HARTOGH 2012; RÄBIGER 2014). Sollten Direktzugang und Blankoverordnung Eingang in die gesetzliche Regelung der Versorgung finden, würden sich daraus neue Kompetenzanforderungen an die Physiotherapie ergeben.

Damit Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten neue Aufgaben, die durch demografische Entwicklungen und Veränderungen der Versorgungsstrukturen entstehen, adäquat erfüllen können, sind Anpassungen im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung nötig. Im folgenden Kapitel wird die Methodik erläutert, die im Rahmen des Projektes zur Identifizierung von neuen Anforderungen und zur Soll-Ist-Analyse von vermittelten und geforderten Kompetenzen in beiden Berufen eingesetzt wird.

5. Methodik im Projekt ZuVeKo

Ziel der Forschung im Teilprojekt ZuVeKo ist es zu identifizieren, welche neuen Kompetenzen die Angehörigen der Berufe Heilerziehungspflege und Physiotherapie benötigen, diese mit

Kompetenzen, die in der Ausbildung vermittelt werden, abzugleichen und vor dem Hintergrund der Anforderungen in der Gesundheitsversorgung zu reflektieren und zu priorisieren. Dies erfolgte unter enger Einbeziehung von Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten. Ermöglicht wird damit die zu vermittelnden Kompetenzen eines infrage kommenden Weiterbildungsmoduls an der (beruflichen) Handlungsfähigkeit zu orientieren.

Dazu wird eine Soll-Ist-Analyse auf der Grundlage von Forschungsliteratur, gesetzlichen Rahmenbedingungen, landesrechtlichen Verordnungen und Rahmenrichtlinien der Länder zu beiden Berufen und Berufsausbildungen erstellt.

Darüber hinaus nutzt das Projekt ZuVeKo eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Forschungsansätzen (Multimethodenansatz), die es ermöglicht, Kompetenzanforderungen und -bedarfe darzustellen sowie die Ergebnisse durch eine Analyse der Rahmenbedingungen zu vertiefen und zu priorisieren. Dabei werden auf der Grundlage einer quantitativen Befragung Themenbereiche identifiziert und durch qualitative Interviews weiter spezifiziert. Es kommt ein partizipativer Ansatz, unter Einbeziehung von Berufstätigen, Arbeitgebern und weiteren Expertinnen und Experten der Berufsgruppen, zum Tragen.

Table 1: Multimethodenansatz des Forschungsprojektes ZuVeKo

1. Literaturrecherche	2. Quantitative Erhebung	3. Qualitative Erhebung	4. Triangulation der Ergebnisse	5. Expertenrunden
Analyse von Literatur, Gesetzen, Lehrplänen, Berufsverbandspositionen	Validierungsphase: Zwei-Phasen-Pretesting Feldphase: Online-Erhebung	Experteninterviews	Quantitative und qualitative Ergebnisse, Ableitung von Kompetenzanforderungen	Priorisierung der ermittelten Kompetenzen

Quelle: eigene Darstellung

6. Entwicklung eines neuen Instruments

Zur Entwicklung eines neuen Erhebungsinstruments verfolgten die Forscherinnen den Ansatz, angelehnt an die partizipative Qualitätsentwicklung (vgl. WRIGHT u. a. 2012, S. 24 ff.), die Zielgruppe der Befragung an der Entwicklung des Instruments zu beteiligen und ihnen zu ermöglichen, ihre berufspraktischen Erfahrungen und ihr Wissen in die Gestaltung der Fragen und Items einzubringen. Dieser Ansatz erschien besonders sinnvoll, da für die beiden Berufsgruppen nicht auf bestehende Instrumente zurückgegriffen werden konnte. Das Ziel war es, Fragebögen zu entwickeln, die von den Befragten und von den Forscherinnen auf gleiche Weise verstanden werden. Der Einsatz des „Zwei-Phasen-Pretesting“ (PRÜFER/REXROTH 2000, S. 2) ermöglichte die Partizipation der Zielgruppe und Sicherung der Inhaltsvalidität.

Aufbauend auf den Rechercheergebnissen und Analysen der Fachliteratur, Curricula, gesetzlichen Veränderungen und politischen Diskussionen wurde zunächst eine erste Fragenbogenversion für berufstätige Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten erstellt. Anschließend wurde der Fragebogen für Arbeitgeber, Personen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Leistungsträger, Berufsverbände und Forschung konzipiert.

Die für die Validierung gewählte Methode des „Zwei-Phasen-Pretesting“ umfasst kognitive Interviews und einen Standard-Pretest. Diese Methode verknüpft die Stärken der kognitiven Verfahren mit den Stärken des Standard-Pretests. Daher lassen sich sowohl Aussagen zum Fragenverständnis als auch zur Handhabbarkeit der Fragebögen treffen (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 2). Im Erstellungsprozess wurden zudem die Kriterien des Fragebogenbewertungssystems herangezogen (vgl. hierzu FAULBAUM/PRÜFER/REXROTH 2009, S. 114 ff.).

Die Fragebögen für Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten umfassen Einschätzungen zur Ausbildung, die Erfragung von Situationen im Berufsalltag, in denen die Berufsangehörigen mit ihren derzeitigen Kompetenzen an ihre Grenzen stoßen, Hinweise zur Passung von Inhalten der Ausbildung und Anforderungen der Berufspraxis, Erkenntnisse zu derzeitigen und zukünftigen neuen Aufgabenprofilen und zu eventuell schon bestehenden Berufszuschnitten. Erfragt werden Vorlieben und Wünsche zu Weiterbildungsformaten. Die Formulierungen der Fragebögen sind an das Verständnis des jeweiligen Berufes angepasst. Ein Beispiel hierfür ist die Verwendung des Begriffs Klient/-in (Heilerziehungspflege) und Patient/-in (Physiotherapie). Zudem unterscheiden die Fragebögen verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Ausbildungsstätte, zur derzeitigen Tätigkeit und hinsichtlich spezieller Items zur derzeitigen und zukünftigen beruflichen Situation.

Die Fragebögen für Arbeitgeber, Personen der Aus-, Fort-, Weiterbildung, Leistungsträger, Berufsverbände und Forschung beider Berufe entsprechen überwiegend den Fragebögen für Arbeitnehmer/-innen und unterscheiden sich dadurch, dass Fragenbereiche, die die Erfahrungen aus der persönlichen Berufspraxis betreffen, nicht enthalten sind und Frageformulierungen an die Zielgruppe angepasst wurden. Ergänzt wurde eine Frage zur Art der Institution, in der die interviewte Person für die jeweilige Berufsgruppe tätig ist.

Entsprechend den beiden Berufen gibt es für beide Fragebögen zwei Versionen.

Die Umsetzung der kognitiven Interviews und des Standard-Pretests im Teilprojekt ZuVeKo wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

6.1 Kognitive Interviews

Kognitive Interviews werden eingesetzt, um kognitive Prozesse, die bei der Beantwortung eines Fragebogens einfließen, aufzudecken. Das Ziel kognitiver Interviews ist es, das Frage- und Begriffsverständnis der Interviewten aufzuklären, die Informationsgewinnung aus dem Gedächtnis nachzuvollziehen, den Entscheidungsweg zur gegebenen Antwort und die Zuordnung der eigenen Antworten zu den vorgegebenen Kategorien nachzuvollziehen (vgl.

PRÜFER/REXROTH 2005, S. 3 f.). Kognitive Interviews scheinen im Vergleich zum Standard-Pretest insbesondere Formulierungsschwierigkeiten aufzeigen zu können (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 8). Interviews mit Angehörigen der Zielgruppe eignen sich zur Überprüfung der Inhaltsvalidität. Sie liefern Hinweise zur Sprach- und Lebenswelt der Zielgruppe, die bei der Formulierung von Items berücksichtigt werden können (vgl. PENTZEK u. a. 2012, S. 521).

Die beiden hauptsächlich verwendeten Techniken in den kognitiven Interviews des Teilprojektes sind die verschiedenen Varianten des „probing“ und des „think aloud“. Beim „think aloud“ lassen sich zwei verschiedene Varianten einsetzen:

- ▶ „Concurrent think aloud“: Der/Die Interviewte wird vor der Beantwortung einer Frage dazu aufgefordert, laut mitzudenken und die Gedanken, die zur Antwort führen, laut auszusprechen,
- ▶ „Retrospective think aloud“: Nachdem der/die Interviewte die Frage beantwortet hat, wird er/sie aufgefordert, alle Gedanken laut zu formulieren, die zur Beantwortung geführt haben (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 8).

Bei der Methode des sogenannten „probing“, des Hinterfragens der gegebenen Antworten, sind vier Varianten zu unterscheiden:

- ▶ „Special comprehension probing“: gezieltes Nachfragen nach speziellen Begriffen oder Aspekten,
- ▶ „Information retrieval probing“: Nachfrage nach dem Weg der Informationsbeschaffung,
- ▶ „Category selection probing“: Der/Die Interviewte wird um eine Begründung der gewählten Antwortkategorie gebeten,
- ▶ „General probing“: Es wird eine allgemeine Nachfrage zum Verständnis gestellt (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 7).

Vor der Entscheidung für die jeweilige kognitive Technik wurde im Projektteam unter Berücksichtigung des Fragebogenbewertungskatalogs (vgl. FAULBAUM/PRÜFER/REXROTH 2009, S. 114 ff.) eine Einschätzung zu Schwächen der jeweiligen Fragen vorgenommen. Bei Fragen, bei denen Schwierigkeiten im Begriffsverständnis erwartet wurden, wurde die Technik des „special comprehension probing“ eingesetzt. Bei Fragen, bei denen die Entscheidung für einen bestimmten Skalenwert von Interesse war, wurde das „category selection probing“ verwendet. Bezüglich eventueller Problembereiche von Fragen kam das „concurrent“ oder „retrospective think aloud“ zum Einsatz. Bezüglich eines generellen Verständnisses von Fragen wurde die Technik des „general probing“ gewählt (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 12).

Für die Durchführung der kognitiven Interviews wurde explizit ein Evaluationsfragebogen erstellt. Er umfasst sowohl die Fragen des eigentlichen Fragebogens als auch die entsprechenden kognitiven Techniken, mit denen die Frage überprüft wurde. Außerdem bietet der Evaluationsfragebogen die Möglichkeit, die spontane Reaktion der Testperson, die Antworten und Reaktionen auf die kognitiven Fragen sowie Anmerkungen des Testleiters zu dokumentieren (vgl.

PRÜFER/REXROTH 2005, S. 21). Alle Interviews wurden digital aufgezeichnet und anschließend die Dokumentation im Evaluationsfragebogen durch die digitale Aufnahme vervollständigt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. hierzu MAYRING 2010). Für jedes der Interviews wurden die Aussagen paraphrasiert und den jeweiligen Bereichen und einzelnen Fragen des Fragebogens zugeordnet sowie tabellarisch dokumentiert. In einem zweiten Schritt wurden auf Grundlage der Interviews Kategorien gebildet, die einen Überblick über die Rückmeldungen zu den Fragen und Items ermöglichten und die Schwerpunkte der Fragebogenvalidierung und Überarbeitung auf der Grundlage der kognitiven Interviews abbildet.

6.2 Standard-Pretest

Im Anschluss an die kognitiven Interviews wurde entsprechend dem Konzept des Zwei-Phasen-Pretesting ein Standard-Pretest mit den Online-Versionen der Fragebögen durchgeführt (vgl. PRÜFER/REXROTH 2000, S. 12; HÄDER 2015, S. 397). Der Zielgruppe entsprechende Personen wurden per E-Mail gebeten, über einen Link den jeweiligen Online-Fragebogen auszufüllen. Insgesamt beteiligten sich von 24 kontaktierten Personen 13 Personen an dem Pretest. 8 Personen nutzten die Möglichkeit, die Fragen online zu kommentieren. Die Standard-Pretests deckten Schwierigkeiten in der Handhabung, technische Mängel sowie Schwächen im Bereich der Fragesukzession auf, die anschließend behoben wurden.

7. Ergebnisse der kognitiven Interviews

Die kognitiven Interviews erfolgten im Teilprojekt ZuVeKo im Zeitraum von August bis Oktober 2015. Insgesamt wurden zehn kognitive Interviews geführt. Drei Interviews erfolgten jeweils mit Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen der Heilerziehungspflege und der Physiotherapie. Zudem gab es jeweils zwei Interviews mit Vertretern/Vertreterinnen von Aus-, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, aus der Forschung sowie Arbeitgeber der beiden Berufe. Nach den ersten beiden Interviews wurden am Fragebogen für Arbeitnehmer/-innen Formulierungsanpassungen vorgenommen und mit den veränderten Versionen weitere kognitive Interviews geführt. Eine zweite und dritte Anpassungsrunde erfolgte nach dem sechsten und zehnten Interview.

Die Tabelle 2 verdeutlicht, dass Bemerkungen der Interviewteilnehmer/-innen vor allem der Kategorie „Probleme mit Worten/Texten“ zuzuordnen sind. Hier gab es 24 Anmerkungen zu 14 Fragen oder Worten. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse wurden Begriffe ausgetauscht und Erläuterungen zu Fachbegriffen eingefügt. Dies war bei folgenden Begriffen der Fall: Patientenedukation, Patientensicherheit, evidenzbasiertes Arbeiten und E-Health. Im Fragebogen für Physiotherapie wurde zudem der Begriff Clinical Reasoning und im Fragebogen für Heilerziehungspflege der Begriff Palliative Versorgung erklärt.

Tabelle 2: Auswertungsergebnisse kognitive Interviews

Antwortkategorie	Anzahl der problematischen Fragen	Rückmeldungen eingeordnet nach Antwortkategorien	Erfolgte Änderungen
Kontext der Fragen/Fragensukzession	2	4	Vereinfachte präzisere Formulierungen
Antwortskalen/Items	7	10	Ergänzen & Streichen von Items
Komplexität der kognitiven Leistung	3	7	Vereinfachen von Erklärungen & Strukturen
Probleme mit Worten/Texten	14	24	Einfügen von Erläuterungen, Verändern von Begriffen
Kategorien „Weiß nicht“ und „Nein“	2	2	Ergänzen von Items
Nicht intendierte Nebeneffekte	1 & Gesamtfragebogen	3	Verändern der Reihenfolge von Items, Löschen von Fragen
Gesamt	29	50	

Quelle: eigene Darstellung

Zehn Anmerkungen gab es bei der Kategorie „Antwortskalen/Items“. Bei dieser Antwortkategorie wurden entsprechend den Interviews Items einzelner Fragen ergänzt oder auch gestrichen. Die sieben Äußerungen der Interviewteilnehmer/-innen, die zur Kategorie „Komplexität der kognitiven Leistung“ gehören, regten das Vereinfachen und Erklären von Strukturen der Fragebögen an oder auch das Streichen einzelner Fragen. Beispielsweise wurde aufgrund der Rückmeldungen eine Frage zur Berücksichtigung der Anforderungen der Berufspraxis bei Weiterbildungsangeboten gestrichen. Zu präziseren Formulierungen oder zum Streichen von projektiven Aufforderungen der Fragebögen führten vier Äußerungen der Interviewpartner/-innen. Sie wurden der Kategorie „Kontext der Fragen“ zugeordnet. Zwei kognitive Interviews verdeutlichten, dass bei zwei Fragen „Weiß nicht“/„Nein“-Items ergänzt werden sollten. Nicht intendierte Nebeneffekte gab es bei einer Frage, die die Motivation zur Teilnahme an einer Weiterbildung erfragt. Zum Beispiel reagierten Interviewpartner/-innen aus dem Bereich Physiotherapie verärgert darauf, dass das Item „Finanzielle Besserstellung“ an erster Stelle platziert war. Sie begründeten ihren Unmut damit, dass für Physiotherapeutinnen und -therapeuten eine Teilnahme an Weiterbildungen Voraussetzung für die Berufstätigkeit sei, ohne dass sich die selbst finanzierten Weiterbildungen auf die Vergütung auswirken würden. Die Interviewpartner/-innen schlugen vor, das Item an die letzte Stelle der Antwortmöglichkeiten zu setzen, um negative Assoziationen zu verhindern.

Interessanterweise zeigt sich, dass ein Begriff, bei dem die Autorinnen Verständnisprobleme vermutet hatten, in allen Interviews einheitlich und in Übereinstimmung mit der Intention der Autorinnen verstanden wurde. Nach der Beantwortung der Frage „Welche Kompetenzen benötigen Sie für die Bewältigung ihres derzeitigen beruflichen Alltags?“ wurden die

Interviewpartner/-innen gefragt, was sie unter dem Begriff Kompetenzen verstehen (Technik: „special comprehensive probing“). Die Antworten zeigen, dass die Frage unverändert und ohne ergänzende Begriffsklärung beibehalten werden kann.

Die folgenden Beispiele sollen verdeutlichen, welche Interviewtechnik bei den kognitiven Interviews gewählt wird, wie es im Evaluationsfragebogen dokumentiert wird und inwieweit die kognitiven Interviews zu Änderungen des Fragebogens führten. Die folgenden Beispiele sind zudem den Kategorien der inhaltsanalytischen Auswertung zugeordnet.

Abbildung 1: Darstellung eines Interviewergebnisses im Evaluationsfragebogen, Kategorie „Antwortskalen/Items“

<i>Kognitive Interviews, Methode: category selection probing</i>					
31	Wie bewerten Sie hinsichtlich Ihrer <u>zukünftigen</u> Klientel folgende Aussagen?				
	Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile genau eine Antwortmöglichkeit an.	Bereits jetzt spürbar	Erwarte ich in 5 Jahren	Erwarte ich in 10 Jahren	Erwarte ich nicht
	In meiner persönlichen Berufspraxis nehmen zukünftig bei meiner Klientel folgende Merkmale zu.				
	_1 Mehrfacherkrankungen	X <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_2 Chronische körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₁	X <input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_3 Chronische psychische Erkrankungen	X <input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_4 Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	X <input type="checkbox"/> ₄
	_5 Schwerstmehrfachbehinderungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	X <input type="checkbox"/> ₄
	_6 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
	_7 Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
<i>Category selection probing: Auch bei dieser Frage interessiert mich, warum Sie sich für diese Antworten/Kategorien entschieden haben?</i>					
Notizen aus kognitivem Interview:					
Antwort auf die Frage	Spontane Reaktion der Testperson	Antworten/Reaktionen auf die kognitiven Fragen/ Techniken		Anmerkungen des Testleiters	
31	Begründet nach Aufforderung	„Ich finde es schwer zu sagen, was erwartet mich in 5 oder 10 Jahren“ „Psychische Erkrankungen – das wird mehr werden; mir wäre es angenehm, wenn man beides ankreuzen könnte“		Schwierigkeiten mit Antwortformat	
Quelle: eigene Darstellung					

Für die Frage zu Merkmalen der Klientel in den Fragebögen für Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten und Heilerziehungspfleger/-innen wurde die Methode „category selection probing“ gewählt (Abbildung 1). Diese Technik wurde eingesetzt, da geklärt werden sollte, ob die Unterteilung der Prognose in „bereits jetzt spürbar“, „erwarte ich in 5 Jahren“, „erwarte

Bei der Frage „Welches Format sollte eine Fort-/Weiterbildung haben, damit eine Teilnahme für Sie möglich ist?“ wurde die Interviewtechnik „general probing“ gewählt. Der Hintergrund ist, dass durch das kognitive Interview geklärt werden sollte, ob das Verständnis bei den einzelnen Items der Frage das gleiche ist wie bei den Autorinnen des Fragebogens. Es zeigte sich, dass einzelne Begriffe für die Interviewpartner/-innen unklar waren. Bei dem vorliegenden Beispiel kreuzt der/die Interviewpartner/-in Abendveranstaltung an, auf die Frage, warum er/sie sich für die Antwort entschieden hat, erklärt er/sie diesen Begriff. Anschließend bemerkt er/sie, dass der Begriff Präsenzveranstaltung unklar ist. Weiterhin ist dem Interviewpartner/der Interviewpartnerin der Unterschied zwischen einer Tagesveranstaltung und einer Veranstaltung in der Woche nicht eindeutig. Auf Nachfrage wird betont, dass der Begriff „tagsüber“ verständlicher sei. Entsprechend diesem Ergebnis des kognitiven Interviews werden die Items verändert zu: „Veranstaltung an festen Wochentagen“ sowie „Veranstaltungen tagsüber“. Aufgrund der Antworten weiterer kognitiver Interviews wurde das Item „an verschiedenen Wochentagen“ ergänzt. Der Einsatz der Technik des „general probing“ konnte aufdecken, dass es eine fehlerhafte Übereinstimmung beim Verständnis einzelner Begriffe gab. Das kognitive Interview wurde genutzt, um Veränderungen bei Begriffen des Fragebogens direkt mit einem Vertreter der Zielgruppe abzustimmen.

Insgesamt lässt sich resümieren, dass die kognitiven Interviews Problembereiche des Fragebogens verdeutlichten, die auch im Vorfeld als eventuell problematisch eingestuft wurden, dementsprechend gab es zu diesen Bereichen auch vorbereitete Evaluationstechniken. Sie regten aber auch Veränderungen bei einzelnen Items oder Strukturen an, die bis dahin als verständlich eingestuft worden waren.

8. Fazit

Veränderungen des Gesundheitswesens lassen es erforderlich erscheinen, die Qualifikationen der Angehörigen der Gesundheitsberufe an die neuen Anforderungen anzupassen. Im Projekt ZuVeKo werden derzeitige und eventuelle zukünftige Anforderungen empirisch erhoben, einem Soll-Ist-Vergleich unterzogen und auf dieser Basis akademische Weiterbildungsangebote entwickelt. Eine Partizipation von Heilerziehungspfleger/-innen und Physiotherapeutinnen und -therapeuten gehört zur methodischen Ausrichtung des Projektes. Die Ergebnisse zeigen, dass die in der ersten Phase eingesetzte kognitive Methode die Möglichkeit bietet, Berufsangehörige und weitere Expertinnen und Experten wirkungsvoll bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes zu beteiligen. Erst durch die kognitiven Interviews war es möglich, ein gemeinsames Verständnis der Fragebögen zu entwickeln. Dadurch erhöhte sich die Inhaltsvalidität der Fragebögen. Das Ergebnis korrespondiert mit den Aussagen von POHONTSCH und MEYER (2015, S. 53 ff.) zum Einsatz kognitiver Interviews zur Validierung von Erhebungsinstrumenten. Weiterhin eröffnen die kognitiven Interviews die Chance, die Instrumente an das Verständnis der Berufsgruppe anzupassen und damit eine höhere Akzeptanz zu erreichen.

Die in der zweiten Phase eingesetzten Standard-Pretests konnten die Validierung der Online-Fragebögen hinsichtlich der Benutzerfreundlichkeit sinnvoll ergänzen. Daher ist es empfehlenswert, die für die Erfassung neuer Kompetenzen von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu entwickelnden Erhebungsinstrumente mittels des Zwei-Phasen-Pretesting zu validieren. Die kognitiven Interviews erhöhen dabei die Inhaltsvalidität und decken Schwierigkeiten im Verständnis auf, der Standard-Pretest ergänzt sinnvoll die Überprüfung der Handhabbarkeit.

Das Zwei-Phasen-Pretesting erscheint zunächst aufwendig. Im Projekt ZuVeKo wurden dafür zwei Monate benötigt. Dadurch konnten die eingesetzten Fragebögen vor dem Hintergrund des Verständnisses der Berufsangehörigen optimiert werden, was einen beträchtlichen Mehrwert für die Aussagekraft der Forschungsergebnisse mit sich bringt. Das Ziel, empirisch begründete und den Bedarfen angepasste akademische Weiterbildungsmodule zu entwickeln, wird durch den Einsatz der kognitiven Interviews bzw. des Zwei-Phasen-Pretesting unterstützt.

Die Ergebnisse der Befragung werden Hinweise liefern, aus welchen derzeitigen und zukünftigen Aufgabenfeldern der Heilerziehungspflege und Physiotherapie sich Impulse sowohl für die Ausbildung als auch für Weiterbildungen ableiten lassen.

Literatur

- AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR PHYSIOTHERAPEUTEN (PHYSTH-APRV) vom 6. Dezember 1994 (BGBl. I S. 3786), zuletzt geändert durch Artikel 13 der Verordnung vom 2. August 2013 (BGBl. I S. 3005). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/physth-aprv/BJNR378600994.html> (Zugriff: 21.12.2015)
- BALS, Thomas; DIELMANN, Gerd: Neugestaltung der Gesundheitsberufe im Kontext des Deutschen Berufsbildungssystems. In: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013, S. 177–191. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- BOLLINGER, Heinrich: Profession – Dienst – Beruf. Der Wandel der Gesundheitsberufe aus berufssoziologischer Perspektive. In: BOLLINGER, Heinrich; GERLACH, Anke; PFADENHAUER, Michaela (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen. 3. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main 2012, S. 13–30
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. (2015a). Steckbrief Heilerziehungspfleger/-in. URL: <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/bkb/9127.pdf> (Zugriff: 04.01.2016)
- BUNDESAGENTUR FÜR ARBEIT. (2015b). Steckbrief Physiotherapeut/in. URL: <https://berufenet.arbeitsagentur.de/berufenet/bkb/8750.pdf> (Zugriff: 04.01.2016)

- BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG (BMBF). (2016). Wie ist der DQR aufgebaut? URL: <http://www.dqr.de/content/2314.php> (Zugriff: 04.07.2016)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN. (o. J. a). Sektion Physiotherapie. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/sektionen/sektion-physiotherapie.html> (Zugriff: 14.01.2016)
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PALLIATIVMEDIZIN. (o. J. b). Weiterbildungen Physiotherapie. URL: <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/weiterbildungen-physiotherapie.html> (Zugriff: 14.01.2016)
- DEUTSCHER VERBAND FÜR PHYSIOTHERAPIE (ZVK) e.V. (2015). Was Physiotherapie ist und was sie leistet. URL: <https://www.physio-deutschland.de/fachkreise/beruf-und-bildung/berufsbild.html> (Zugriff: 04.01.2016)
- EBERT, Barbara; GÖTTKER-PLATE, Norbert; KAMENDE, Ulrike; LÜDKE, Uwe; PONTIUS, Nicole; STRACKE-MERTES, Ansgar: Heilerziehungspflege: Ein Studienbuch in Modulen – Band 1. Hamburg 2013
- EVENHUIS, Heleen; HENDERSON, C. Michael; BEANGE, Helen; LENNOX, Nicholas; CHICOINE, Brian: Healthy ageing – adults with intellectual disabilities: Physical health issues. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, (2001) 14, S. 175–194
- EWERS, Michael; GREWE, Tanja; HÖPPNER, Heidi; HUBER, Walter; SAYN-WITTGENSTEIN, Friederike; STEMMER, Renate; VOIGT-RADLOFF, Sebastian; WALKENHORST, Ursula: Forschung in den Gesundheitsfachberufen. Potenziale für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, (2012) 137 Supplement 2, 8/6, S. 37–73
- FAULBAUM, Frank; PRÜFER, Peter; REXROTH, Margrit: Was ist eine gute Frage? Die systematische Evaluation der Fragebogenqualität. Wiesbaden 2009
- GESETZ ÜBER DIE BERUFE IN DER PHYSIOTHERAPIE (MASSEUR- UND PHYSIOTHERAPEUTENGESETZ – MPHG) vom 26. Mai 1994, zuletzt geändert durch Artikel 45 des Gesetzes vom 6. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2515). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/mphg/BJNR108400994.html> (Zugriff: 21.12.2015)
- GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND DER PRÄVENTION (PRÄVENTIONSGESETZ – PRÄVG) vom 17. Juli 2015. URL: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27\]__1450794234192](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#_bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27]__1450794234192) (Zugriff: 22.12.2015)
- GESETZ ZUR STÄRKUNG DER VERSORGUNG IN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ – GKV-VSG). (2015). URL: [http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#_bgbl__%2F%2F*\[%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27\]__1450792694992](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1211.pdf#_bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl115s1211.pdf%27]__1450792694992) (Zugriff: 22.12.2015)
- GESETZ ZUR VERBESSERUNG DER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG (HPG) vom 5. November 2015. URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/hpg-bt-23-lesung.html> (Zugriff: 22.12.2015)

- GÖRRES, Stefan: Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarf. In: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- GUSSET-BÄHRER, Sinikka: Herausforderung Demenzerkrankungen. Zur Begleitung und Pflege von demenzerkrankten Menschen in der Behindertenhilfe. In: Teilhabe, (2012) 4, S. 148–153
- HÄDER, Michael: Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden 2015
- HARTOGH, Annette: Berufliche Chancen studierter Physiotherapeuten. In: Physikalische Therapie in Theorie und Praxis, (2012) 33 (4), S. 141–142 und 33 (5), S. 185–188
- HARTOGH, Annette: Berufliche Chancen studierter Physiotherapeuten. In: Physikalische Therapie in Theorie und Praxis, (2012) 33 (5), S. 185–188
- HAVEMAN, Meindert; HELLER, Tamar; LEE, Lynette; MAASKANT, Marian; SHOOSHTARI, Shahin; STRYDOM, Andre: Major Health Risks in Aging Persons With Intellectual Disabilities: An Overview of Recent Studies. In: Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, (2010) 1, S. 59–69
- HIRSMÜLLER, Susanne; SCHRÖER, Margit: Interprofessionelle Teamarbeit als Ausgangspunkt für Palliativmedizin. In: SCHNELL, Martin W.; SCHULZ, Christian: Basiswissen Palliativmedizin. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg 2014, S. 11–21
- KARIMI, Alamara: Entwicklung und Implementierung neuer curriculärer Elemente in der Heilerziehungspflege. Ein Beitrag zur Kompetenzerhaltung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Frankfurt am Main 2009
- KRUSE, Andreas: Ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Anforderungen und Perspektiven der Heilpädagogik in der Gerontologie. In: VHN, (2010) 4, S. 285–299
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK). (2015). Rahmenvereinbarung über Fachschulen. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 07.11.2002 i. d. F. vom 25.06.2015. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2002/2002_11_07-RV-Fachschulen.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- „LEITLINIENPROGRAMM ONKOLOGIE“ DER ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN e.V., DER DEUTSCHEN KREBSGESELLSCHAFT e.V. UND DER STIFTUNG DEUTSCHE KREBSHILFE. (2015). Patientenleitlinie Palliativmedizin für Patientinnen und Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. URL: http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/Patientenleitlinie_Palliativmedizin.pdf (Zugriff: 04.01.2015)
- MAY, Michael: Palliativ Care für Menschen mit Behinderung im stationären Kontext. In: HEP-Informationen. Zeitschrift des Berufsverbands Heilerziehungspflege in Deutschland e.V., (2015) 3, S. 18
- MAYRING, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel 2010

- PENTZEK, Michael; WOLLNY, Anja; HERBER, Oliver R.; PORST, Rolf; ICKS, Andrea; ABHOLZ, Heinz-Harald; WILM, Stefan (2012): Itemkonstruktion in sequentiellen Mixed-methods-Studien. Methodenbeschreibung anhand eines Beispielprojekts. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin. URL: <https://www.online-zfa.de/article/itemkonstruktion-in-sequenziellen-mixed-methods-studien/originalarbeit-original-papers/y/m/1339> (Zugriff: 19.12.2016).
- POHONTSCH, Nadine; MEYER, Thorsten: Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. In: Die Rehabilitation, (2015) 1, S. 53–59
- PRÜFER, Peter; REXROTH, Margrit (2005): Kognitive Interviews. ZUMA How-to-Reihe, Nr. 15. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/How_to15PP_MR.pdf (Zugriff: 15.06.2017)
- PRÜFER, Peter; REXROTH, Margrit (2000): Zwei-Phasen-Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht 2000/08. URL: http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/zuma_arbeitsberichte/00_08.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- RÄBIGER, Jutta: Mehr Therapiefreiheit für Physiotherapeuten – erste Erfolge eines Modellprojekts von IKK und VPT. In: Physikalische Therapie, (2014) 2, S. 49–50
- SHAMSUL, Bettina; GÖDECKER, Lisa; MIELEC, Monika; VON MOELLER, Karin; BABITSCH, Birgit: Herausforderungen für Gesundheitsberufe am Beispiel der Heilerziehungspflege und Medizinischen Fachangestellten aus einer vergleichenden Perspektive. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) 29, S. 1–21. URL: http://www.bwpat.de/ausgabe29/shamsul_et_al_bwpat29.pdf (Zugriff: 04.01.2016)
- SOZIALGESETZBUCH (SGB) FÜNFTE BUCH (V) – GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477. URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff: 16.12.2016)
- VOGLER, Stefan: Vergleich zwischen den sächsischen Lehrplänen der Altenpflege und Heilerziehungspflege in Bezug auf die pflegerische Handlungskompetenz. Norderstedt 2010
- WRIGHT, Michael T.; BLOCK, Martina; VON UNGER, Hella; KILIAN, Holger: Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In: WRIGHT, Michael T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Huber, Bern 2012, S. 13–32

Eveline Wittmann, Roman Kaspar, Ottmar Döring

► Berufsfachliche Handlungskompetenz in der unmittelbar klientenbezogenen Pflege: eindimensional oder mehrdimensional?

Im Projekt TEMA wurden für den unmittelbar klientenbezogenen Bereich der beruflichen Handlungskompetenz in der Pflege älterer Menschen ein heuristisches Kompetenzstrukturmodell entwickelt, in ein videogestütztes computerbasiertes Testverfahren umgesetzt, welches komplexe Pflegesituationen zugrunde legt, und mit Blick auf seine psychometrischen Eigenschaften empirisch überprüft. Das Testverfahren wurde 402 Altenpflegeschülerinnen und -schülern am Ende ihrer Ausbildung vorgelegt. Die WLE-Reliabilitäten sind mit $WLE = 0.76$ zufriedenstellend. Das Testverfahren misst die Kompetenz über den gesamten Bereich des beobachteten Fähigkeitsspektrums hinreichend präzise. Es deckt alle im Kompetenzstrukturmodell heuristisch vorgeschlagenen prozessorientierten Subdomänen (diagnostisch-reflexiv, praktisch-technisch und interaktiv-kommunikativ) ab. Die Ergebnisse sprechen für eine eindimensionale Kompetenzmodellierung.

1. Zielsetzung und Forschungsstand

Das Projekt TEMA hatte vor dem Hintergrund von Bemühungen zur Einführung von Large Scale Assessments in der Berufsausbildung die Entwicklung und Validierung eines technologieorientierten Messinstruments für die Messung berufsfachlicher Handlungskompetenz in der Pflege älterer Menschen zum Ziel. Im Kontext einer auf Evidenzbasierung angelegten Politik auch in der Pflege (vgl. DARMANN-FINCK/REUSCHENBACH 2013) sollten vor dem Hintergrund des EQF die Lernergebnisse von Pflegepersonen mit in steigendem Maße heterogenen Lernhintergründen evaluiert werden (vgl. z. B. KAJANDER-UNKURI u. a. 2013).

Klassische Testverfahren, die den Fokus primär auf die Entwicklung von Einzelaufgaben legen (vgl. MISLEVY/STEINBERG/ALMOND 1999), stoßen für die hierfür benötigten komplexen Ableitungen aus den Testleistungen aus zwei Gründen an ihre Grenzen. Zum einen wird aus psychologisch-lernparadigmatischer Sicht insbesondere der Aspekt der Situiertheit von Wissen und seiner Anwendung in komplexen beruflichen Alltagssituationen unzureichend berücksichtigt, der auch mit dem Begriff der beruflichen Handlungskompetenz verbunden

ist (vgl. z. B. ACHTENHAGEN/WINTHER 2009). Zum anderen mangelt es an Verfahren, die es – unter Gewährleistung eines lernparadigmatisch begründeten Validitätsanspruchs – erlauben, die geforderte Technologieorientierung umzusetzen. Diesbezüglich bietet die technologische Entwicklung die Gelegenheit, berufliche Handlungssituationen und das Handeln in ihnen im Vergleich zu Paper-and-Pencil-Tests zunehmend realistisch abzubilden oder zu simulieren und entsprechende Testverfahren zu entwickeln (vgl. MISLEVY/STEINBERG/ALMOND 1999).

Bislang mangelt es dabei sowohl auf nationaler (vgl. DARMANN-FINCK/GLISSMANN 2011) als auch auf internationaler Ebene (vgl. MERETOJA/LEINO-KILPI 2001; WATSON u. a. 2002; MURRELLS/ROBINSON/GRIFFITHS 2009; LEUNG/TREVENA/WATERS 2014) an einer hinreichenden Grundlegung für breit angelegte Assessments in der Pflegeausbildung. Dies gilt mit Blick auf die Kompetenzmodellierung – z. B. für das national und international weitverbreitete Stufenmodell professioneller Entwicklung von BENNER (2000) sowie die einschlägigen Kompetenzmodelle im nationalen Kontext (vgl. z. B. OLBRICH 2010; KERNGRUPPE CURRICULUM 2006) –, aber auch bezüglich der zugrunde liegenden Domänenmodellierung.

Insbesondere sind den Verfassern nach einer umfassenden Sichtung der verfügbaren Literatur keine konzeptuellen Modelle der beruflichen Handlungskompetenz bekannt, die mit der Intention einer objektiven, technologiebasierten Large-Scale-Messung entwickelt wurden oder eine entsprechende Testentwicklung angestoßen haben (vgl. SMITH 2012; BING-JONSSON u. a. 2016). Eine umfassende Diskussion vorliegender Kompetenzmodelle und der diesbezüglichen empirischen Modellierungsproblematiken nehmen unter anderem WATSON u. a. (2002), COWAN, NORMAN und COOPAMAH (2005), YANHUA und WATSON (2011) sowie BING-JONSSON u. a. (2013) vor. Unter den für psychometrische Messungen zur Verfügung stehenden Instrumenten liegen einem ausführlichen Review von WU u. a. (2015) zufolge vor allem solche vor, die auf Fremd- oder Selbsteinschätzungsfragebögen basieren.

Im Folgenden wird der Ansatz des Projekts TEMA vorgestellt, in welchem, finanziert durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen der sogenannten ASCOT-Initiative, für die Pflege älterer Menschen die computerbasierte Testung berufsfachlicher Handlungskompetenz am Ende der Pflegeausbildung realisiert werden sollte.

2. Theoretische Modellierung berufsfachlicher Handlungskompetenz in der Pflege

2.1 Konzeptuelle Herausforderungen und Begrenzungen einer technologiebasierten Testung berufsfachlicher Handlungskompetenz am Ende der Pflegeausbildung

Mit Blick auf die Modellierung berufsfachlicher Handlungskompetenz in der Pflege älterer Menschen für eine technologiebasierte Testung am Ende der Berufsausbildung ergibt sich aus einer Sichtung der vorliegenden Literatur das Erfordernis mehrerer Eingrenzungen.

Eine Reihe vorliegender Kompetenzmodelle, die – in allerdings nur teilweise nachvollziehbarer Weise – auf qualitativer Empirie beruhen, gehen über das **zum Ende der Berufsausbildung erwartbare Niveau der Kompetenzentwicklung** deutlich hinaus und erscheinen eher für die Modellierung von Pflegekompetenz erfahrener Pflegepersonen geeignet (vgl. z. B. BENNER 1982; SCHWARZ-GOVAERS 2005; LYNEHAM/PARKINSON/DENHOLM 2009). Da diese Modelle in aller Regel außerhalb Deutschlands und der deutschen Berufsausbildung entwickelt worden sind, ist es darüber hinaus aufgrund mutmaßlicher Unterschiede in der Qualität und Quantität erfahrener Lerngelegenheiten (vgl. z. B. HELMKE 2015) schwierig, die Modelle zur am Ende der deutschen Berufsausbildung erreichten pflegeberuflichen Handlungskompetenz in Beziehung zu setzen. Vorliegende Analysen lassen für das Ende der Berufsausbildung in der Regel einen durchschnittlichen Entwicklungsstand vermuten, auf dem situationsbezogene Gesamteinschätzungen unter Einbezug von Aspekten außerhalb der unmittelbaren pflegerischen Intervention vorgenommen werden können. Gleichzeitig scheint eine Reflexion über pflegerische Maßnahmen und den Patienten sowie auch die eigene Person und die berufliche Rolle nur eingeschränkt stattzufinden und tendenziell eine „*mangelnde Perspektive pflegerischer Intentionen ... in ihrer Funktion für den Patienten*“ (FICHTMÜLLER/WALTER 2007, S. 357; vgl. ähnlich SCHWARZ-GOVAERS 2005 in Verbindung mit OLBRICH 2009) vorhanden zu sein.

Grundsätzlich heben sämtliche vorliegende Modelle dabei den **interaktiven Charakter** der Pflegearbeit hervor (vgl. z. B. BÖHLE/GLASER 2006), bis hin zur Diskussion um Pflege als Arbeit mit Professionscharakter und nicht lediglich einfachberufliche Tätigkeit (z. B. auch WEIDNER 1995). Besonders in der Altenpflege wird die Notwendigkeit dauerhafter und stabiler Pflegebeziehungen betont (vgl. BING-JONSSON u. a. 2014). Vor diesem Hintergrund ist im Anschluss an die nationale (vgl. z. B. KNIGGE-DEMAL/HUNDENBORN 2012; FRIESE 2010) wie auch die internationale Diskussion (vgl. z. B. COWAN/NORMAN/COOPAMAH 2005) die in der Berufsbildung übliche Trennung zwischen sozialen und personalen Kompetenzen einerseits sowie fachlichen Kompetenzen andererseits zu hinterfragen (vgl. auch SEEBER/WITTMANN, im Erscheinen). Hieraus resultiert, dass Modellierungen aus Studien in anderen Berufen lediglich begrenzt als „Blaupause“ für die Modellierung berufsfachlicher Handlungskompetenz in der Altenpflege und ein hierauf aufbauendes standardisiertes Assessment dienen können, da sie in aller Regel berufsspezifische soziale Kompetenzbestandteile – aus berufsbezogen jeweils nachvollziehbaren Gründen – nicht oder kaum in die zugrunde liegenden Kompetenzmodelle integrieren (vgl. z. B. ABELE 2014; ABELE/WALKER/NICKOLAUS 2014; SEEBER/LEHMANN 2013; WINTHER/ACHTENHAGEN 2009).

Eine Reihe von Merkmalen kompetenten Pflegehandelns entzieht sich – anders als in technischen Berufen und weiten Teilen der ökonomischen Berufe – einer **zweckrationalen technologischen Erfassung**. Neben der ethisch und technisch begründbaren Unmöglichkeit, psychomotorische Komponenten sowie tatsächliche soziale Interaktion abzubilden, ist auf die Auffassung etwa von FICHTMÜLLER und WALTER (2007) zu verweisen, dass sich eine Reihe

pflegerelevanter Phänomene einer analytisch-exakten begrifflichen Fassung und Operationalisierung entziehen, z. B. subjektive Betroffenheit, existenzielle Abhängigkeiten, Feingefühl etc. (vgl. u. a. auch FRIESACHER 2008). Dies verweist auf Begrenzungen der hier intendierten technologiebasierten Kompetenzerfassung sowie der diesbezüglichen empirischen Kompetenzmodellierung.

2.2 Erfordernisse aus psychometrischer Sicht

Modellierungen von Pflegekompetenz, die es ermöglichen, eine psychometrisch fundierte Testung berufsfachlicher Handlungskompetenz in der Pflegeausbildung im Rahmen eines Large Scale Assessment umzusetzen, lagen bislang nicht vor (vgl. ansatzweise BING-JONSSON 2016). Neben der inhaltlichen Abgrenzung der zu messenden Kompetenzen können die folgenden Forschungsdesiderate herausgestellt werden (vgl. KASPAR u. a. 2016):

- ▶ Vorliegende Modellierungen beziehen sich eher auf Einstellungen und Werthaltungen, die kompetentem Pflegehandeln zugrunde liegen, denn auf Spezifizierung der tatsächlichen Handlungen und Aktivitäten, für die Kompetenz nachgewiesen werden soll (vgl. WATSON/LEA 1997; WATSON u. a. 2001).
- ▶ Modellierungen werden weniger aus Verhaltensbeobachtungen in standardisierten Situationen der Pflege abgeleitet als aus Selbstberichten oder Experteneinschätzungen über Verhalten, wobei in letzterem Falle Rollen und Referenzrahmen der Beurteiler unklar bleiben (vgl. WU u. a. 2015; KAJANDER-UNKURI u. a. 2013).
- ▶ Es fehlt ein Konsens bezüglich der Frage möglicher Subdimensionen von Pflegekompetenz (vgl. z. B. BENNER 2000; OLBRICH 2009, 2010; KERNGRUPPE CURRICULUM 2006).

Für eine Testentwicklung mit dem Ziel einer Vorbereitung von Large Scale Assessments sind ein hohes Maß an Standardisierung und Auswertungseffizienz zu fordern. Objektive strukturierte klinische Examen (OSCE, vgl. MITCHELL u. a. 2009) etwa ermöglichen die Beobachtung von Ausbildungsabsolventen und -absolventinnen unter strengen, standardisierten Bedingungen; sie bleiben dabei in der Regel jedoch auf lokale Messungen und ein enges Repertoire an Pflegetechniken begrenzt. Für die im Projekt TEMA avisierte Testung beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege älterer Menschen war demgegenüber neben der standardisierten Erfassung über eine große Anzahl von Probanden hinweg zentral, diese auf eine möglichst große Bandbreite von Pflegesituationen in unterschiedlichen Settings zu beziehen (vgl. KASPAR u. a. 2016).

Methodisch waren die heuristische Kompetenzmodellierung, aber auch die sich anschließende Modellierung beruflicher Handlungssituationen und Aufgaben, die der Testung zugrunde lagen, eingebettet in

- ▶ eine Reihe von Studien zum Zwecke der Domänenmodellierung sowie weiteren Pilotierungs- und Validierungsstudien mit einer erheblichen Zahl von Expertinnen und Exper-

ten aus Pflegewissenschaft, -ausbildung und -praxis sowie Bildungspolitik und insgesamt 114 Pflegeauszubildenden, die als Interviewpartner/-innen, Workshopteilnehmer/-innen und Probanden zur Verfügung standen,

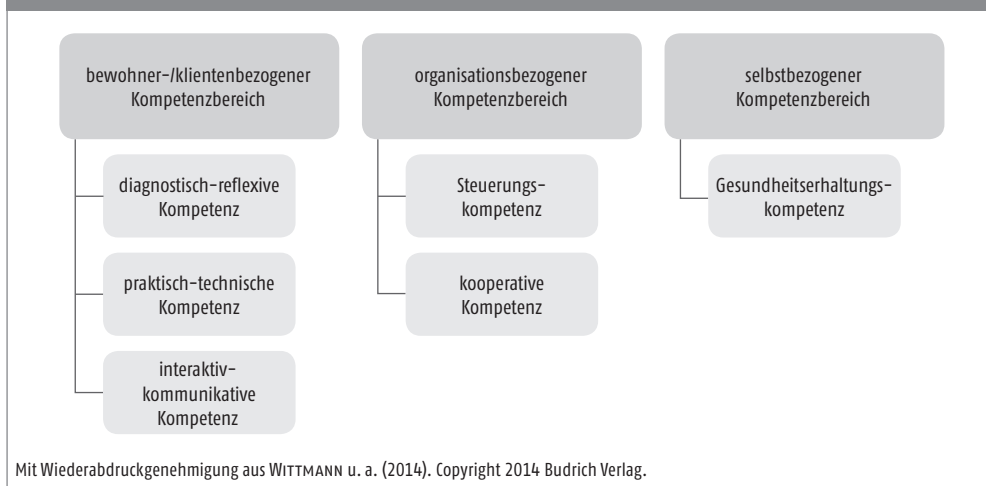
- ▶ systematische Sichtungen der relevanten curricularen Grundlagen.

Die Ergebnisse dieser qualitativen Analysen bilden neben den durch Literaturanalysen fundierten disziplinären Perspektiven der beteiligten Projektpartner (Pflegerwissenschaft, Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Psychologie und *Educational Measurement*) die Grundlagen der heuristischen Kompetenzmodellierung und des entwickelten Messverfahrens.

2.3 Heuristische Kompetenzmodellierung

Das resultierende Kompetenzmodell ist in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Heuristisches Kompetenzmodell zur berufsfachlichen Handlungskompetenz in der Pflege älterer Menschen



Für die Entwicklung des Kompetenzmodells waren folgende Überlegungen grundlegend:

1. **Eindimensionale vs. mehrdimensionale Modellierung:** In der Literatur stehen grundsätzlich eindimensionale Modelle (vgl. z. B. OLBRICH 2009; 2010; BENNER 2000; SCHWARZ-GOVAERS 2005) von Pflegekompetenz, die eher niveaubezogene Gesamtmodellierungen als den Nachweis niveaumäßig skalierbarer Teilkompetenzen vornehmen und auf nur partiell nachvollziehbarer empirisch-qualitativer Basis stehen, mehrdimensionalen Modellen (vgl. z. B. WEIDNER 1995; KERNGRUPPE CURRICULUM 2006) gegenüber, deren Beziehung zu empirischen Daten ebenfalls unklar ist. Fraglich ist hierbei z. B., inwiefern die Annahme globaler Kompetenzstufen in der Pflege im Rahmen einer Testung empirisch haltbar ist

(zu einer ausführlichen Analyse vorliegender Theoriebestände vgl. SIMON u. a. 2015). Mit Blick auf die hier vorgenommene Kompetenzmodellierung spricht diese Ausgangslage für eine separate Modellierung von Teilkompetenzen, sodass geprüft werden kann, ob eine getrennte oder eine globale Ausweisung von Kompetenzen besser mit den empirischen Daten vereinbar ist. Anzumerken ist, dass das Modell des TEMA-Projekts die in der genannten vorliegenden Literatur vorhandenen Bezeichnungen für Teilkompetenzen aufgreift (vgl. insbesondere WEIDNER 1995; KERNGRUPPE CURRICULUM 2006), der jeweilige Zuschnitt der heuristisch vorgeschlagenen Teilkompetenzen aufgrund der gewählten Begründungslogik jedoch von diesen Modellen abweicht.

2. **Strukturebenen von Pflegekompetenz:** Die Domänenmodellierung greift auf die in den explorativen Interviews und in der Modellbildung zu pflegerischen Kompetenzen häufig auffindbare Verortung pflegerischer Kompetenzen auf verschiedenen Strukturebenen (zum Beispiel Gesellschaft, Institution, Pflegeteam, Patient) zurück (vgl. z. B. KERNGRUPPE CURRICULUM 2006). Um dem situativen Charakter pflegerischer Handlungskompetenz gerecht werden zu können, orientiert sich auch die Kompetenzmodellierung in TEMA an diesen strukturellen Merkmalen; ausdifferenziert werden an die Domänenanalysen anknüpfend ein unmittelbar bewohner- beziehungsweise klientenbezogener Kompetenzbereich, ein organisationsbezogener Kompetenzbereich sowie ein selbstbezogener Kompetenzbereich.
3. **Wissens- vs. Anwendungsdichotomien von Kompetenzmodellen anderer Domänen:** Die in anderen Kompetenzmodellen des ASCOT-Kontexts vorgenommene Unterscheidung zwischen einer eher deklarativen wissens- und einer anwendungsbezogenen Teilkompetenz (vgl. ABELE u. a. 2016; WALKER u. a. 2016; WINTHER u. a. 2016) wird in der heuristischen Kompetenzmodellierung des TEMA-Projekts demgegenüber angesichts der in der Domänenmodellierung angenommen starken Situationsspezifika pflegerischen Handelns nicht vorgenommen. Dieses Vorgehen wird durch die vorliegenden pflegewissenschaftlichen und -didaktischen Modellierungen von Pflegekompetenz gestützt. Soweit hier deklarative Wissensbestände tangiert sind, werden diese im Bereich handlungsbezogenen Regelwissens von Pflegeanfängern (vgl. z. B. BENNER 2000) oder in einem wissenschaftlich fundierten, allerdings nicht näher disziplinär differenzierten Regelwissen gesehen (professionstheoretische Ansätze; vgl. z. B. WEIDNER 1995; FRIE-SACHER 2008). Die Autoren der Kerngruppe „Curriculum“ relativieren hierbei die Relevanz eines wissenschaftlich fundierten Regelwissens für die Berufsausbildung, erachten aber ebenfalls die Befähigung zu einem reflexiv begründeten Handeln als essenziell. Es schließt sich die Frage an, ob und inwieweit fachwissenschaftliche Systematisierungen perspektivisch eine sinnvolle Ergänzung für die Entwicklung von Kompetenzmodellen in der Pflege wären. Problematisch ist hier allerdings bereits die Frage nach der genauen Abgrenzung pflegeberuflicher Referenzdisziplinen, z. B. mit Blick auf kommunikationsbezogene Wissensbestände oder Emotionspsychologie (vgl. z. B. SEEBER/WITTMANN, im

Erscheinen). Eindeutigkeit hinsichtlich der Relevanz liegt hier unter Rückgriff auf pflegerechtliche Grundlagen am ehesten bezogen auf medizinische Wissensbestände vor (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 2 Pkt. 1 AltPflG; § 3 Abs. 1 KrPflG).

4. **Soziale Kompetenzanteile und Emotionsbezug:** Soziale Kompetenzanteile sind in die vorgeschlagenen Teilkompetenzen integriert und werden auf der Basis systematischer Analysen des diesbezüglichen Forschungsstandes (vgl. ausführlich KASPAR/HARTIG 2016) partiell unter Bezugnahme auf Konzepte aus der Emotionsforschung unterlegt. Ein separater Ausweis emotionsbezogener Teilkompetenzen oder Kompetenzfacetten im heuristischen Kompetenzmodell erfolgt aus theoretischen Gründen – der angenommenen Integration sozialer und emotionaler Kompetenzbestandteile in die berufsfachliche Handlungskompetenz als Spezifikum der Pflege – nicht.¹ Die in der internationalen Literatur identifizierten Facetten emotionsbezogener Kompetenz, insbesondere in ihrer Engführung auf auch empirisch hinreichend gut abbildbare Konstrukte, sind darüber hinaus konzeptuell auf einem deutlich geringeren Abstraktionsniveau definiert als die Teilkompetenzen pflegerischer Handlungskompetenz. Die Modellbildung zu pflegerischen Kompetenzen erfolgt in TEMA mit Blick auf „Operationen“, die auf einen Arbeitsgegenstand („Inhalte“, zu denen auch die emotionale Lage gezählt werden kann) angewendet werden. Demnach wäre eine separate Ausweisung emotionsbezogener Kompetenzdimensionen zwangsläufig auch mit einer Inkonsistenz der inneren Begründungslogik des Gesamtmodells verbunden.

2.4 Operationalisierte Teilkompetenzen

Die Operationalisierung wurde hierbei auf den unmittelbar bewohner-/klientenbezogenen Kompetenzbereich beschränkt. Bei der heuristischen Kompetenzmodellierung und der empirischen Validierung des Testverfahrens wird der **Kompetenzbegriff** im Projekt TEMA gemäß den Annahmen zur Domäne so operationalisiert, dass hier als Kompetenz die Befähigung diagnostiziert wird, Wissen auf vorgegebene, im Rahmen von Videoszenen simulierte, komplexe situationale Kontexte anzuwenden (vgl. BLÖMEKE 2013). Entsprechend der Überlegung, Kompetenzen über Unterschiede in den dem pflegerischen Handeln zugrunde liegenden Operationen dimensional auszudifferenzieren, wurde für die heuristische Kompetenzmodellierung der bewohner-/klientenbezogene Kompetenzbereich weiter ausdifferenziert in drei Teilkompetenzen:

- ▶ *diagnostisch-reflexive Kompetenz:* Kompetenz zur begründeten, Folgen berücksichtigenden Entscheidungsfindung und -veränderung durch umfassende Einschätzung des Zustandes der zu pflegenden Person sowie der Umgebungsbedingungen (unter anderem Abbildung empathisch-kognitiver Komponenten des Pflegehandelns, d. h. empathische Akkuratheit und Perspektivenübernahme);

1 Dieses Vorgehen erweist sich auch empirisch als tragfähig (vgl. KASPAR/HARTIG 2016).

- ▶ *praktisch-technische Kompetenz*: Kompetenz zu Interventionen bezogen auf zu pflegende Personen und ihre unmittelbare Umgebung mittels pflegerischer und medizinischer Techniken, Methoden und Hilfsmittel im Hinblick auf den umfassenden Pflegebedarf;
- ▶ *interaktiv-kommunikative Kompetenz*: Kompetenz zur Gestaltung der Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegepersonen, Gepflegten und Bezugspersonen bezüglich des umfassenden Bedarfs der zu pflegenden Person (unter anderem Abbildung der Kommunikation empathischen Verständnisses und eines gültigen Konventionen entsprechenden Emotionsausdruckes).

Das *pflegeprozessuale Geschehen* mit den Phasen Diagnostizierung des Pflegebedarfs, Pflegeplanung, Durchführung von Maßnahmen sowie Überprüfung des Pflegeerfolgs und ggf. modifizierten Durchläufen scheint eine gemeinsame Komponente unterschiedlicher vorliegender Ansätze zur Pflegekompetenz darzustellen (vgl. z. B. HUNDENBORN 2007; WEIDNER 1995; ÖGKV 2011; ähnlich auch BENNER 2000; ASHWORTH u. a. 1987). Als handlungsleitendes Konzept pflegerischer Tätigkeit weist es Ähnlichkeiten zum berufs- und wirtschaftspädagogischen Konzept der vollständigen Handlung auf. Allerdings sind z. B. Anfang und Ende im pflegerischen Handeln nicht immer eindeutig zu bestimmen. Darüber hinaus sind die zu Pflegenden partizipativ in die Phasen des Pflegeprozesses involviert (vgl. ASHWORTH u. a. 1987). Im TEMA-Modell wird das Pflegeprozessgeschehen in Anlehnung an WEIDNER (1995) als mit den von ihm ausdifferenzierten Teilkompetenzen verwoben betrachtet. Gleichzeitig kann es annahmegemäß nicht vollständig über die einzelnen Teilkompetenzen abgebildet werden. Das pflegeprozessuale Geschehen bleibt hierbei im Gesamtmodell berufsfachlicher Kompetenz in der Pflege älterer Menschen insbesondere nicht auf die hier operationalisierte Handlungsebene der Pflegedyade beschränkt. Eine Zuordnung der Teilkompetenzen zu verschiedenen Phasen des Pflegeprozesses erscheint grundsätzlich zwar möglich; es wäre jedoch zu berücksichtigen, dass dieser hierarchisch, multiphasisch und iterativ angelegt ist und daher nicht davon ausgegangen werden kann, dass mit der hier vorgenommenen Kompetenzmodellierung und Aufgabenerstellung dessen Sequenzierung abgebildet werden kann.

3. Das Testinstrument

3.1 Handlungssituationen

Die im Projekt ausführlich gesichteten Ansätze (vgl. z. B. ÖGKV 2011; BENNER 2000), vor allem auch Konzepte aus Deutschland (vgl. z. B. OLBRICH 2010; KERNGRUPPE CURRICULUM 2006; WEIDNER 1995), verweisen – in Übereinstimmung mit den nachfolgend genauer dargestellten curricularen Analysen – durchgehend auf ein hohes Maß an *situativem Fallbezug in den vorliegenden Kompetenzmodellierungen*. Disziplinäre Zuordnungen im Sinne fachwis-

senschaftlicher Systematisierungen scheinen hier demgegenüber kaum eine explizite Rolle zu spielen.

Eine vertretbare Messung beruflicher Handlungskompetenz sollte dementsprechend aus Sicht der Autoren einen durchgängigen Situationsbezug aufweisen, dabei allerdings bezüglich der **Auswahl pflegeberuflicher Handlungssituationen und der Interpretation der Testleistung** nachvollziehbar sein. Unklarheit herrschte hierbei gemäß Forschungsstand in der Literatur bezüglich der Art von Arbeitsumgebungen (vgl. z. B. MERETOJA/LEINO-KILPI/KAIRA 2004), der Pflegesituationen (vgl. z. B. COWAN/NORMAN/COOPAMAH 2005) und der zu beobachtenden Pflegehandlungen (vgl. z. B. BALS/WITTMANN 2009), die in standardisierte Testungen beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege einbezogen werden sollten (vgl. KASPAR u. a. 2016). Dementsprechend waren hierzu neben einer Präzisierung des Situationsverständnisses auf Basis von vertieften Analysen der pflegewissenschaftlichen Literatur eigene curriculare sowie qualitativ-empirische Arbeiten zur Identifizierung und Eingrenzung relevanter Handlungssituationen erforderlich.

Unter anderem ergaben Analysen der pflegewissenschaftlichen Literatur, dass die pflegedidaktische Modellierung der Pflegesituation nach HUNDENBORN und KNIGGE-DEMAL (vgl. HUNDENBORN 2007) umfassend die in mehreren Pflege-theorien beschriebenen Merkmale einer Situation (vgl. u. a. ORLANDO 1996; OREM 2008; OLBRICH 2001) aufnimmt. Der Modellierung der beruflichen Handlungssituationen der TEMA-Testentwicklung liegt, gemäß den Überlegungen zur Domäne, das Situationsmodell von HUNDENBORN und KNIGGE-DEMAL (vgl. HUNDENBORN 2007) zugrunde. Es enthält Annahmen über verallgemeinerbare Merkmale pflegerischer Anforderungssituationen:

- ▶ objektive Pflegeanlässe,
- ▶ subjektives Erleben und Verarbeiten,
- ▶ Institutionen (Setting) und
- ▶ Interaktionsstrukturen.

Diese Merkmale systematisch berücksichtigend wurden im TEMA-Assessment an drei krankheitsbedingte Ereignisse anknüpfend, die sich auf typische pflegerische Handlungsfelder in pflegetypischen Settings beziehen sollten, jeweils drei bis fünf konkrete pflegeberufliche Handlungssituationen skizziert. Diese wurden durch curriculare Inhaltsanalysen fundiert. Sie wurden in Zusammenarbeit mit pflegewissenschaftlichen Experten und Pflegepraktikern validiert und weiterentwickelt und außerdem curricular validiert; das Ergebnis ist in Tabelle 1 dargestellt. Eine Beschränkung auf drei Handlungsfelder sowie insgesamt zwölf Handlungssituationen sollte es ermöglichen, bei Begrenzung der Testlänge aus testökonomischen Gründen dennoch die Bandbreite unterschiedlicher pflegerischer Handlungsfelder und -situationen abzubilden.

Tabelle 1: Gesamtübersicht der Handlungsfelder und beruflichen Handlungssituationen

Pflege und Betreuung dementiell erkrankter älterer Menschen	Pflege und Betreuung chronisch kranker älterer Menschen (Apoplex, Diabetes mellitus Typ II)	Pflege und Betreuung älterer Menschen am Lebensende
Setting 1 Wohngruppe	Setting 2 Ambulante Pflege	Setting 3 Stationäre Pflege
<ol style="list-style-type: none"> 1. Teamarbeit bei Übergaben, Kooperation, Pflegedokumentation/ Pflegeplanung 2. Biografieorientierte Körperpflege, Dekubitusprophylaxe, Interaktion und Kommunikation bei eingeschränkter Wahrnehmung 3. Handeln in Notfallsituation (Atemnot), Umgang mit Konflikten 4. Biografieorientierte Beschäftigungsangebote bei eingeschränkter Kommunikation 5. Umgang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Zeitdruck 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nahrungsaufnahme bei Schluckstörungen, Handeln in Notfallsituation (Aspiration) 2. Wundmanagement, Hygiene im häuslichen Umfeld, Umgang mit Ekel 3. Mitwirkung bei geriatrischen Reha-bilitationskonzepten (zum Beispiel Bobath-Konzept), Anleitung von Angehörigen 4. Ernährungsberatung, Blutzuckerkontrolle und Insulingabe 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aufnahmegespräch, Beziehungsaufbau, Schmerzmanagement 2. Ethische Entscheidungsfindung (exemplarisch im Umgang mit Nahrungsverweigerung) 3. Sterbe- und Trauerbegleitung, Angehörigenarbeit, Versorgung des Verstorbenen

3.2 Testaufgaben

Um die für die berufliche Arbeit in der Pflege typische Balance zwischen Arbeitsplatz- und Professionsanforderungen adäquat abbilden zu können, wurden für die Handlungsfelder konkrete typische Arbeitsplatzbedingungen ausformuliert. In einem weiteren Schritt wurden 77 Testitems entwickelt, die sich auf die Merkmale und Anforderungsgehalte der pflegerischen Handlungssituationen bezogen und gleichzeitig erlauben sollten, in ihrer Summe die pflegerischen Teilkompetenzen hinreichend abzudecken.

Tabelle 2 verdeutlicht die Verteilung der Aufgaben über die Handlungsfelder und Teilkompetenzen.

Mit Bezug auf die Messung beruflicher Handlungskompetenz folgt aus dem gewählten Ansatz, dass diese nicht über die Ausführung einer Abfolge von sequenziellen Aufgaben zu einzelnen Pflegeprozessen erfolgt. Vielmehr ist sie bezogen auf unterschiedliche Phasen unterschiedlicher und zum Teil paralleler Pflegeprozesse. Die Testitems erfassen ausgehend von pflegetypischen Handlungen (vgl. FICHTMÜLLER/WALTER 2007) eine Entscheidung zugunsten spezifischer Kontext-, Situations- und Zustandseinschätzungen und Reaktionsweisen, Handlungspläne und -priorisierungen sowie Interpretationen und Evaluationen von beobachtetem Verhalten. Ein hohes Kompetenzniveau indiziert hierbei erwartungsgemäß die Befähigung, komplexe kognitive Bewertungen als Basis des Pflegehandelns in realen Pflege-situationen vorzunehmen (vgl. KASPAR u. a. 2016).

Tabelle 2: Aufgabenverteilung nach Handlungsfeldern und Teilkompetenzen

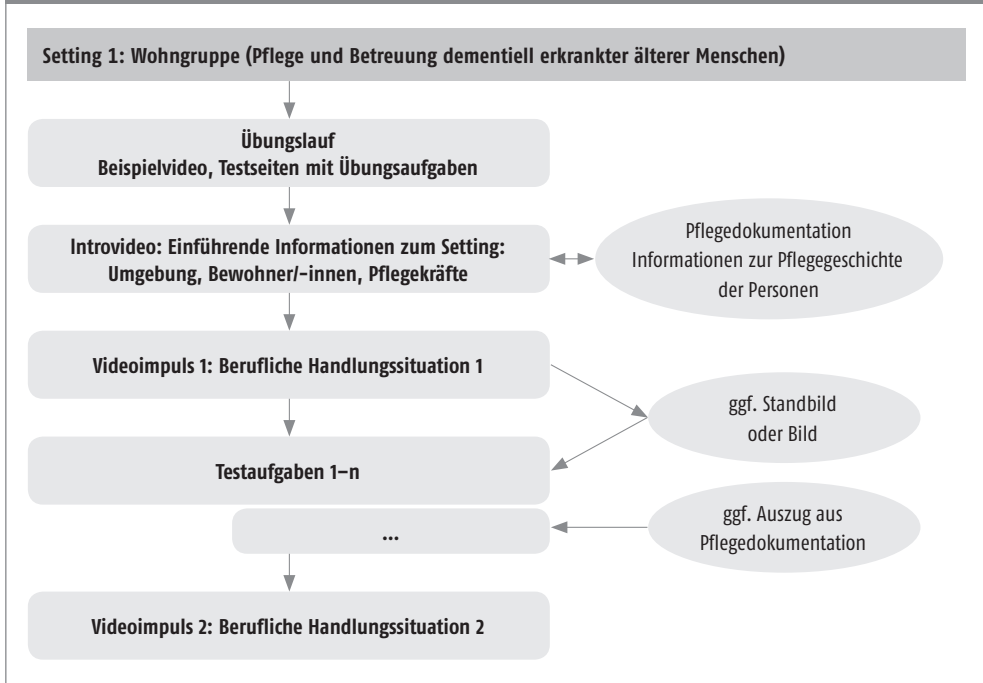
Setting	Handlungsfelder	diagnostisch-reflexiv	praktisch-technisch	interaktiv-kommunikativ	Summe
<i>Wohngruppe</i>	Pflege und Betreuung <i>dementiell erkrankter älterer Menschen</i>	10	9	7	26
<i>Ambulante Pflege</i>	Pflege und Betreuung <i>chronisch erkrankter älterer Menschen</i>	12	7	8	27
<i>Stationäre Pflege</i>	Pflege und Betreuung <i>älterer Menschen am Lebensende</i>	12	5	7	24
	Summe	34	21	22	77

Dabei erfassten insgesamt 18 Aufgaben im Assessment emotionsbezogene Aspekte; diese Aufgaben waren u. a. aus Gründen der Operationalisierbarkeit im diagnostisch-reflexiven und im interaktiv-kommunikativen Bereich angesiedelt. Zehn weitere Aufgaben, die dem diagnostisch-reflexiven Bereich zugeordnet wurden, bezogen sich auf deklarative medizinische Fachwissensinhalte. Wie alle Aufgaben wurden jedoch auch diese Aufgaben dem situativen Ansatz entsprechend auf die ausgewählten Situationen bezogen und nicht separat modelliert. Der Annahme einer hohen systematischen Relevanz dieser Inhalte als Grundlage pflegeberuflichen Handelns folgend (vgl. Abschnitt 3.1) enthält der diagnostisch-reflexive Bereich daher mehr Aufgaben als die anderen im TEMA-Test abgebildeten Bereiche.

Eine wesentliche Einschränkung ergibt sich bezüglich der Aufgabenformate: Hier wurde aus Gründen der für ein Large Scale Assessment erforderlichen Testökonomie ausschließlich auf geschlossene Antwortformate zurückgegriffen. Insgesamt gingen in die Kalibrierungsstudie für das TEMA-Instrument 63 dichotom und 14 polytom gescorte (v. a. Multiple-Choice) Aufgaben ein.

Abbildung 2 stellt die Einbindung der Testaufgaben in den Testablauf und die Testgestaltung dar. Hierzu wurden auf Basis detaillierter Drehbücher Videoclips erstellt, die einerseits valide Abbildungen der pflegerischen Alltagspraxis und andererseits adäquate Stimuli für die Testitems bieten sollten. Um eine authentische Abbildung von Pflegebedürfnissen und professionellem Pflegehandeln zu gewährleisten, wurden ältere Schauspieler einer Laienschauspielgruppe, erfahrene Simulationspatienten und Lehrkräfte einer Berufsfachschule für Altenpflege für die Videoerstellung rekrutiert. Zur Sicherung der Authentizität von Settings und schauspielerischer Darstellung – und damit eines wesentlichen Aspekts der Testvalidität – wurden die Dreharbeiten durch erfahrene Pflegekräfte des TEMA-Teams begleitet. Alle Videostimuli wurden mit Blick auf Übertreibungen in der Darstellung, Stereotypisierungen und Konsistenzprobleme mit den Testitems außerdem im Rahmen zweier Pilotierungsstudien überprüft (vgl. DÖRING/MÖLLERS/SCHÖPF 2014).

Abbildung 2: Einbindung der Testaufgaben in den Testablauf



4. Empirische Prüfung

4.1 Methodisches Vorgehen

Die Testauslieferung erfolgte mithilfe des Content Management Systems ILIAS (Vs. 4.2.5) als computerbasierte Testplattform. Das empirische Vorgehen sowie die nachfolgend dargestellten zentralen Befunde sind ausführlich in KASPAR u. a. (2016) dargestellt. Für die empirische Überprüfung waren die folgenden Fragen zentral:

1. Inwiefern kann die Annahme einer dreidimensionalen Kompetenzstruktur im unmittelbar bewohner-/klientenbezogenen Bereich der Pflege älterer Menschen aufrechterhalten werden?
2. Ist das entwickelte computerbasierte und simulative Testverfahren nach psychometrischen Kriterien hinreichend reliabel bei der Differenzierung unterschiedlicher Kompetenzniveaus?
3. Inwieweit entspricht die Pflegekompetenz von Pflegekräften zum Ende ihrer Ausbildung bezogen auf ihr Verhalten in komplexen pflegerischen Handlungssituationen in unterschiedlichen Arbeitsplatzsettings dem Erwartbaren?

Das Testsample umfasste 402 Absolventen/Absolventinnen der Altenpflegeausbildung an 24 Berufsfachschulen in Bayern (72 Prozent Teilnahmequote) und Nordrhein-Westfalen (89 Prozent Teilnahmequote). Typische Merkmale des Ausbildungsberufs sind in der Stichprobe substantiell vertreten (s. Tabelle 3, vgl. LINK 2012).

Tabelle 3: Stichprobenmerkmale der Kalibrierungsstudie (in %)		
Merkmal	TEMA	LINK 2012
männliche Auszubildende	9,6	17,1
Auszubildende mit geringer Computeraffinität	27,7	
Migrationshintergrund	16,3	5,9
über 25 Jahre alte Auszubildende	50	36,2

4.2 Dimensionsanalysen

Grundsätzlich deuten ausführliche Analysen (vgl. im Folgenden KASPAR u. a. 2016) auf eine Kompatibilität des Gesamitempools (nach Ausschluss eines Test-Items mit durchgängig als falsch zu wertenden Schülerantworten) mit dem Rasch-Modell hin. Aufgrund des für komplexere Dimensionsanalysen geringen Stichprobenumfangs wurden diese (Frage 1) mithilfe von Item-Paketen („Parcels“) realisiert. Insgesamt wurden für jede angenommene Teilkompetenz in jedem der drei beruflichen Handlungsfelder/Settings je drei Item-Pakete gebildet, sodass die Analyse anstatt mit 67 kategoriellen Items auf der Grundlage von 9 metrisch interpretierbaren Aggregatscores durchgeführt werden konnte. Mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen verglichen wurden ein eindimensionales Modell (Generalfaktormodell), ein dreidimensionales Modell mit den hypothetisch angenommenen Teilkompetenzen als Dimensionen (Subdomänenmodell) sowie ein die drei beruflichen Handlungsfelder/Settings als Dimensionen zugrunde legendes Modell (Testletmodell). Dabei wurde das eindimensionale Modell gegen die beiden dreidimensionalen Modelle getestet.

Im Ergebnis ergibt sich keine substantiell bessere Modellpassung bei Differenzierung mehrerer Teilkompetenzen oder Settings/Handlungsfelder (Tabelle 4). Das eindimensionale Modell liefert mit einem hinreichend kleinen RMSEA und nicht signifikanten χ^2 -Wert eine akzeptable Abbildung der Beziehungen zwischen den Testantworten. Sowohl AIC als auch BIC fallen zugunsten des eindimensionalen Modells aus. Auch aus dem Likelihood-Ratio-Test ergibt sich kein Hinweis auf eine Überlegenheit der dreidimensionalen Modellierungen. Da mit spricht das Ergebnis für die sparsamere eindimensionale Modellierung.

Tabelle 4: Vergleich eines eindimensionalen mit verschiedenen dreidimensionalen Modellen

Modellvergleich 1D- vs. 3D-Modelle Parcels			
Modell	1D	3D (Teilkompetenzen)	3D (Settings)
Parameter	27	30	30
Anpassung (LL)	-14,003	-11,970	-13,879
Absoluter Model Fit	$\chi^2 = 28,006$, df = 27, p = .4106	$\chi^2 = 23,940$, df = 24, p = .4651	$\chi^2 = 27,757$, df = 24, p = .2704
Likelihood-Ratio-Test 1D vs. 3D		$\chi^2 = 4,066$, df = 3, p = 0,2540	$\chi^2 = 0,249$, df = 3, p = 0,9690
RMSEA (95 % CI)	0,010 (0,0–0,041)	0,000 (0,0–0,040)	0,020 (0,0–0,047)
AIC	-1.524,955	-1.523,021	-1.519,204
BIC	-1.417,050	-1.403,128	-1.399,311

Wiederabdruck aus KASPAR u. a. (2016): Competencies in Geriatric Nursing: Empirical Evidence from a Computer-Based Large-Scale Assessment Calibration Study. In: Vocations and Learning, (2016) 2, S. 197. Copyright 2016 Springer-Verlag. Wiederabdruck mit Genehmigung des Springer-Verlags.

4.3 Testreliabilität

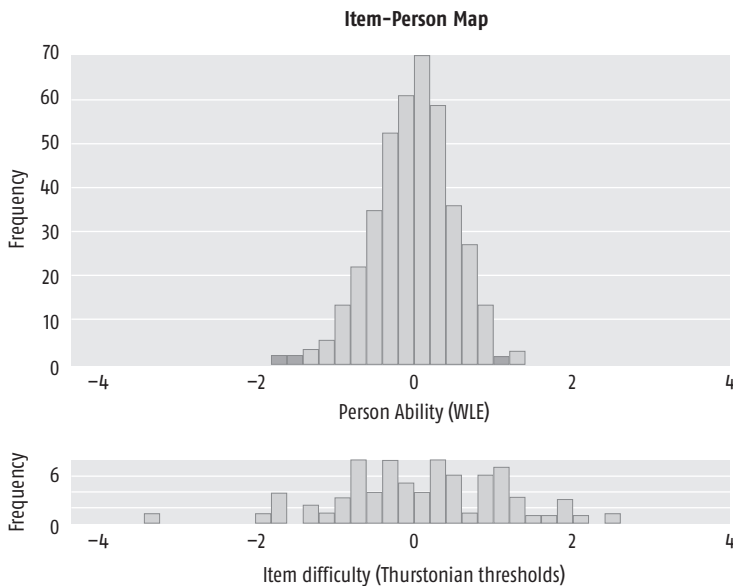
Insgesamt sprechen die Ergebnisse also für eine eindimensionale Rasch-Modellierung für den bewohner- bzw. klientenbezogenen Kompetenzbereich und gegen die ursprünglich avisierte oder eine an der Teststruktur (Pflegesettings) orientierte dreidimensionale Modellierung. Die Reliabilität des 76 Item umfassenden Gesamttests lag bei .73. Der iterative Ausschluss von insgesamt 14 Items mit geringer Diskriminationskraft führte zu einer optimierten Reliabilität von .76 bei gleichzeitig deutlich reduziertem Testaufwand. Der Itemausschluss ist von strukturellen Itemmerkmalen wie insbesondere der Zuordnung zu einer der drei ursprünglichen Teilkompetenzen, dem Handlungsfeld/Setting, aus dem die eliminierten Item stammten, sowie ihrem Emotionsbezug statistisch unabhängig; der Globaltest auf Häufigkeitsunterschiede (exakter Chi-Quadrat-Test) ist diesbezüglich in allen Fällen nicht signifikant. Es kann also angenommen werden, dass die Testverkürzung mit der Anlage der Testkonstruktion kompatibel ist und Verluste mit Blick auf die Inhaltsvalidität begrenzt sind.

4.4 Analysen zur Handlungskompetenz im bewohner-/klientenzentrierten Bereich

Ein Vergleich der Fähigkeits- und der Schwierigkeitsverteilung (s. Abbildung 3) verdeutlicht, dass die Itemschwierigkeiten sich grundsätzlich gleichmäßig um das mittlere Fähigkeitsniveau verteilen, dabei aber gleichzeitig breiter verteilt sind als die beobachtete Pflegekompetenz der Schüler, sodass auch unter- oder überdurchschnittliche Schüler/Schülerinnen anhand des Tests noch gut voneinander differenziert werden können. Durchschnittliche Altenpflegeschülerinnen und -schüler am Ende der Berufsausbildung erreichen bei Zugrun-

delegung des Rasch-Modells erwartungsgemäß 36 von 79 möglichen Punkten; in der Kalibrierungsstichprobe erreichen sie 45 Prozent der Punkte. Damit erweist sich das TEMA-Assessment als ein vergleichsweise schwerer Test.

Abbildung 3: Gegenüberstellung der geschätzten Personenfähigkeiten (WLE-Schätzungen, oben) und der Itemschwierigkeiten (Thurstonian thresholds, unten)



Wiederabdruck aus KASPAR u. a. (2016): Competencies in Geriatric Nursing: Empirical Evidence from a Computer-Based Large-Scale Assessment Calibration Study. In: *Vocations and Learning*, (2016) 2, S. 199. Copyright 2016 Springer-Verlag. Wiederabdruck mit Genehmigung des Springer-Verlags.

5. Diskussion

Mit der Entwicklung des TEMA-Instruments zur technologiegestützten, simulationsorientierten Messung beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege älterer Menschen am Ende der Berufsausbildung beschreiten die Verfasser Neuland. Weder lagen zu Beginn des Projektes unmittelbar nutzbare, konsentiertheoretische Modelle noch entsprechende Testinstrumente vor. Mit der sozialen Komponente berufsfachlicher Handlungskompetenz war gleichzeitig die Herausforderung einer technologiegestützten Messung auch im Vergleich zu Projekten aus anderen Berufsfeldern der ASCOT-Initiative besonders groß. Schließlich standen die Verfasser vor der Herausforderung, der Bandbreite pflegerischer Einrichtungen und damit pflegerischer Arbeitsplätze, Situationen, Inhalte und Probleme sowie dem professionellen Anforderungsniveau

gerecht zu werden und dabei eine empirische Kompetenzmodellierung vorzunehmen, welche die situative Komplexität von Pflegehandeln ebenso widerspiegelt wie Elemente des Pflegeprozesses. Die vorliegenden Befunde verdeutlichen, dass der mit Blick auf aktuelle Pflegepraxis und Curricula entwickelte Test eine reliable und inhalts- sowie strukturell valide Abbildung des bewohner-/klientenbezogenen Kompetenzbereichs der beruflichen Handlungskompetenz am Ende der Berufsausbildung mittels einer standardisierten, szenariobasierten computerbasierten Testung ermöglicht. Dabei wird mit der Messung emotionsbezogener Aspekte auch der soziale Aspekt der berufsfachlichen Handlungskompetenz systematisch berücksichtigt.

Begrenzungen sehen die Verfasser darin, dass Abschlüsse oder Bildungszugänge angesichts der WLE-Reliabilität von .76 über diesen Test nicht vergeben werden sollten. Weiterhin ist darauf hinzuweisen, dass die Stichprobe nicht randomisiert gezogen und Altenpflegesschulen aus lediglich zwei Bundesländern einbezogen werden konnten. Darüber hinaus arbeitet der TEMA-Test aus Gründen der Testökonomie lediglich mit geschlossenen Antwortformaten und nimmt also mögliche Begrenzungen der Aussagekraft in Kauf. Nicht berücksichtigt werden in dem entwickelten Testinstrumentarium neben motorischen Kompetenzen eine Reihe weiterer Aspekte, wie Feinfühligkeit, die aus theoretischer Sicht kompetentes Pflegehandeln ausmachen; der Test ist auf die Kombination und Anwendung relevanter Wissensgrundlagen begrenzt. Außerdem wird die Ausweitung der Testentwicklung auf andere Kompetenzbereiche des Pflegehandelns, beispielsweise solche mit Selbstbezug oder Bezug zum organisationalen Arbeitskontext, für erforderlich erachtet.

6. Schlussfolgerungen

Im Zusammenhang mit der zufriedenstellenden Reliabilität wird das TEMA-Testinstrument damit als anspruchsvolles, geeignetes simulationsbasiertes Instrument zur Testung der berufsfachlichen Handlungskompetenz im bewohner-/klientenbezogenen Kompetenzbereich am Ende der Berufsausbildung in der Pflege älterer Menschen angesehen, das die curricular valide Kompetenzfeststellung auf Basis von Handlungsaufforderungen in einer großen Bandbreite pflegerischer Situationen in drei hochgradig relevanten Arbeitsplatzsettings ermöglicht.

Literatur

- ABELE, Stephan: Modellierung und Entwicklung berufsfachlicher Kompetenz in der gewerblich-technischen Ausbildung. 1. Auflage. Stuttgart 2014
- ABELE, Stephan; WALKER, Felix; NICKOLAUS, Reinhold: Zeitökonomische und reliable Diagnostik beruflicher Problemlösekompetenzen bei Auszubildenden zum Kfz-Mechatroniker. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, (2014) 4, S. 167–179
- ACHTENHAGEN, Frank; WINTHER, Esther: Konstruktvalidität von Simulationsaufgaben: Computergestützte Messung berufsfachlicher Kompetenz – am Beispiel der Ausbildung von Industriekaufleuten. Göttingen 2009

- ALTENPFLEGESETZ (AltPflG) i. d. F. der Bekanntmachung vom 25. August 2003 (BGBl. I S. 1690), zuletzt geändert durch Art. 34 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886)
- ASHWORTH, Pat u. a.: People's needs for nursing care: a European Study. A Study of nursing care needs and of the planning, implementation and evaluation of care provided by nurses in two selected groups of people in the European Region. Regional Office for Europe Copenhagen: World Health Organisation. Copenhagen 1987
- BALS, Thomas; WITTMANN, Eveline: Social and Health Care. In: BAETHGE, Martin; ARENDS, Lena (Hrsg.): Feasibility Study VET-LSA. A comparative analysis of occupational profiles and VET programmes in 8 European countries. International report. Göttingen 2009, S. 114. URL: http://www.bmbf.de/pub/band_acht_berufsbildungsforschung_eng.pdf (Zugriff: 22.04.2016)
- BENNER, Patricia: From novice to expert. In: The American Journal of Nursing, (1982) 3, S. 402–407
- BENNER, Patricia: Stufen zur Pflegekompetenz. 3. Aufl. Bern 2000
- BING-JONSSON Pia u. a.: Instruments measuring nursing staff competence in community health care. A systematic literature review. In: Home Health Care Management & Practice, (2013) 25, S. 282–294
- BING-JONSSON, Pia u. a.: Competence in advanced older people nursing: development of 'Nursing older people – Competence evaluation tool'. In: International Journal of Older People Nursing, (2014) 10, S. 1–14
- BING-JONSSON, Pia u. a.: Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. In: BMC Nursing, (2016) 5, S. 1–11
- BLÖMEKE, Sigrid: Validierung als Aufgabe im Forschungsprogramm „Kompetenzmodellierung und Kompetenzerfassung im Hochschulsektor“. KoKoHs Working Papers, 2. Berlin, Mainz: Humboldt-Universität, Johannes Gutenberg-Universität 2013. URL: http://www.kompetenzen-im-hochschulsektor.de/Dateien/KoKoHs_WP_02_Bloemeke_2013.pdf (Zugriff: 21.03.2015)
- BÖHLE, Fritz; GLASER, Jürgen (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden 2006
- COWAN, David T.; NORMAN, Ian; COOPAMAH, Vinoda P.: Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature. In: Nurse Education Today, (2005) 5, S. 355–362
- DARMANN-FINCK, Ingrid; GLISSMANN, Gerlinde: Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege. In: Pflege, (2011) 3, S. 195–204
- DARMANN-FINCK, Ingrid; REUSCHENBACH, Bernd: Current state of competence assessment in nursing. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, (2013) 1, S. 23–29
- DÖRING, Ottmar; MÖLLERS, Michaela; SCHÖPF, Nicolas: Qualitätssicherung durch Kompetenzmessung: Technologiebasierte Kompetenzerfassung am Beispiel der Altenpflege. Das Projekt TEMA. In: Wirtschaft & Beruf, (2014) 4, S. 34–44

- DÖRING, Ottmar u. a.: Technologiebasierte Messung von beruflichen Kompetenzen für die Pflege älterer Menschen: berufsfachliche Kompetenzen, allgemeine Kompetenzen und Kontextfaktoren (TEMA). In: BECK, Klaus; LANDENBERGER Margarete, OSER, Fritz (Hrsg.): Technologiebasierte Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung. Ergebnisse aus der BMBF-Förderinitiative ASCOT. Bielefeld 2016, S. 243–262
- FICHTMÜLLER, Franziska; WALTER, Anja: Pflegen lernen. Göttingen 2007
- FRIESACHER, Heiner: Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen 2008
- FRIESE, Malte: Didaktisch-curriculare Aspekte für Fachrichtungen und Fachrichtungsbereiche personenbezogener Dienstleistungsberufe. In: PAHL, Jörg-Peter; HERKNER, Volkmar (Hrsg.): Handbuch Berufliche Fachrichtungen. Bielefeld 2010, S. 311–327
- HELMKE, Andreas: Unterrichtsqualität und Lehrprofessionalität. Diagnose, Evaluation und Verbesserung des Unterrichts. 6., überarb. Aufl. Seelze 2015
- HUNDENBORN, Gertrud: Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung. Jena 2007
- KAJANDER-UNKURI, Satu u. a.: Competence areas of nursing students in Europe. In: Nursing Education Today, (2013) 6, S. 625–632
- KASPAR, ROMAN u. a.: Competencies in geriatric nursing: empirical evidence from a computer based large scale assessment calibration study. *Vocations and Learning*, (2016) 2, S. 185–206
- KASPAR, Roman; HARTIG, Johannes: Emotional competencies in geriatric Nursing: Empirical Evidence from a computer based large scale assessment calibration study. In: *Advances in Health Science Education: Theory and Practice*, (2016) 1, S. 105–119
- KERNGRUPPE CURRICULUM: Integrative Pflegeausbildung. Das Stuttgarter Modell. Pflegeberuflicher und pädagogischer Begründungsrahmen. Braunschweig 2006
- KNIGGE-DEMAL, Barbara; HUNDENBORN, Gertrud: Qualifiziert in die Zukunft: Der Beitrag eines sektoralen Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Altenpflege. In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, (2012) 6, S. 20–23
- KRANKENPFLEGESETZ (KrPflG) vom 16. Juli 2003 (BGBl. I S. 1442), zuletzt geändert durch Artikel 32 des Gesetzes vom 18. April 2016 (BGBl. I S. 886)
- LEUNG, Kat; TREVENA, Lyndal; WATERS, Donna: Systematic review of instruments for measuring nurses' knowledge, skills and attitudes for evidence-based practice. In: *Journal of Advanced Nursing*, (2014) 10, S. 2181–2195
- LINK, Bettina: Ausbildung an den Schulen des Gesundheitswesens und in den Bildungsgängen der Altenpflege 2011/12. Aktuelle Daten zur Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. *Statistik Monatsheft RLP*, (2012) 10, S. 894–902
- LYNEHAM, Joy; PARKINSON, Camillus; DENHOLM, Carey: Expert nursing practice: a mathematical explanation of Benner's 5th stage of practice development. In: *Journal of Advanced Nursing*, (2009) 11, S. 2477–2484
- MERETOJA, Riitta; LEINO-KILPI, Helena: Instruments for Evaluating Nurse Competence. In: *Journal of Nursing Administration*, (2001) 7–8, S. 346–352

- MERETOJA, Riitta; LEINO-KILPI, Helena; KAIRA, Anna-Maija: Comparison of nurse competence in different hospital work environments. In: *Journal of Nursing Administration*, (2004) 5, S. 329–336
- MISLEVY, Robert; STEINBERG, Linda; ALMOND, Russell: On the Roles of Task Model Variables in Assessment Design. In: *CSE Technical Report 500*, (1999), URL: <http://www.cse.ucla.edu/products/Reports/TECH500.pdf> (Zugriff: 22.04.2016)
- MITCHELL, Marion L. u. a.: The objective structured clinical examination (OSCE): Optimising its value in the undergraduate nursing curriculum. In: *Nurse education today*, (2009) 4, S. 398–404
- MURRELLS, Trevor; ROBINSON, Sarah; GRIFFITHS, Peter: Assessing competence in nursing. In: *Nursing management* (Harrow, London, England: 1994), (2009) 4, S. 18–19
- ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEVERBAND (ÖGKV): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. 2011. URL: http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Diverses/OEGKV_Handbuch_Abgabeversion.pdf (Zugriff: 15.4.2015)
- OLBRICH, Christa: Kompetenz und Kompetenzentwicklung in der Pflege. Eine Theorie auf der Grundlage einer empirischen Studie. In: KRIESEL, Petra u. a. (Hrsg.): *Pflege lehren – Pflege managen*. Frankfurt am Main 2000, S. 271–287
- OLBRICH, Christa: Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In: OLBRICH Christa (Hrsg.): *Modelle der Pflegedidaktik*. München 2009, S. 63–85
- OLBRICH, Christa: *Pflegekompetenz*. 2. Aufl. Bern 2010
- OREM, Dorothea E.: Eine Theorie der Pflegepraxis. In: SCHAEFFER, Doris u. a. (Hrsg.): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. 2. erw. Aufl. Bern: Hans 2008, S. 85–98
- ORLANDO, Ida J.: *Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten*. Bern 1996
- SCHWARZ-GOVAERS, Renate: *Subjektive Theorien als Basis von Wissen und Handeln: Ansätze zu einem handlungstheoretisch fundierten Pflegedidaktikmodell*. 1. Auflage der Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung. Bern 2005
- SEEBER, Susan; LEHMANN, Rainer: Basic Competencies as Determinants of Success in Commercial Apprenticeships. In: BECK, Klaus; TROITSCHANSKAIA, Olga: *From Diagnostics to Learning. Proceedings in Vocational Education and Training*. Rotterdam 2013, S. 75–83
- SEEBER, Susan; WITTMANN, Eveline: Social Competence Research – A Review. In: MULDER, Martin; WINTERTON, Jonathan (Hrsg.): *Handbook: Competence-based Vocational and Professional Education*. Dordrecht, im Erscheinen
- SIMON, Julia; u. a.: Entwicklung eines heuristischen Kompetenzmodells für die Pflege älterer Menschen: Strukturelle und inhaltliche Analysen unter Berücksichtigung domänenspezifischer Anforderungen. In: *bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*. Hrsg. v. WEYLAND, Ulrike; KAUFHOLD, Marisa; NAUERTH, Annette; ROSOWSKI, Elke, (2015) S. 1–26 URL: http://www.bwpat.de/spezial10/simon_et_al_gesundheitsbereich-2015.pdf (19.11.2015)
- SMITH, Sarah: Nurse competence: A concept analysis. In: *International Journal of Nursing Knowledge*, (2012) 3, S. 172–182

- WALKER, Felix; u. a.: Berufsfachliche Kompetenzen von Elektronikern für Automatisierungstechnik – Kompetenzdimensionen, Messverfahren und erzielte Leistungen (KOKO EA). In: BECK, Klaus; LANDENBERGER, Margarete; OSER, Fritz (Hrsg.): Technologiebasierte Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung. Ergebnisse aus der BMBF-Förderinitiative ASCOT. Bielefeld 2016, S. 139–169
- WATSON, Roger u. a.: Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. In: *Journal of Advanced Nursing*, (2002) 5, S. 421–431
- WATSON, Roger; DEARY, Ian J.; HOOGBRUIJN, Amandah L.: A 35-item version of the Caring Dimensions Inventory: multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses. *International Journal of Nursing Studies*, (2001) 5, S. 511–521
- WATSON, Roger; LEA, Amandah: The caring dimensions inventory (CDI): content validity, reliability and scaling. *Journal of Advanced Nursing*, (1997) 25 (1), S. 87–94
- WEIDNER, Frank: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt am Main 1995
- WINTHER, Esther u. a.: Large scale assessments in der kaufmännischen Berufsausbildung – Das Unternehmensassessment ALUSIM. In: BECK, Klaus; LANDENBERGER, Margarete; OSER, Fritz (Hrsg.): Technologiebasierte Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung. Ergebnisse aus der BMBF-Förderinitiative ASCOT. Bielefeld 2016, S. 55–72
- WINTHER, Esther; ACHTENHAGEN, Frank: Measurement of vocational competencies – a contribution to an international large-scale assessment on vocational education and training. In: *Empirical Research in Vocational Education and Training*, (2009) 1, S. 85–102
- WITTMANN, Eveline u. a.: Kompetenzerfassung in der Pflege älterer Menschen: Theoretische und domänenspezifische Anforderungen der Aufgabenmodellierung. In: SEIFRIED, Jürgen; FASSHAUER, Uwe; SEEGER, Susan (Hrsg.): Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung (Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft [DGfE]). Leverkusen 2014, S. 53–66
- WU, Xi Vivien u. a.: A systematic review of clinical assessment for undergraduate nursing students. In: *Nursing Education Today*, (2015) 2, S. 347–359
- YANHUA, Chen; WATSON, Roger: A review of clinical competence assessment in nursing. In: *Nurse Education Today*, (2011) 8, S. 832–836

Nadin Dütthorn

► Pflegebildung in Europa stärken – ein empirischer Beitrag zur Harmonisierung eines inhomogenen Kompetenzbegriffs

Europäische Bildungsziele der transparenten und flexiblen Darstellung von Qualifikationen und Arbeitsmarkprofilen werden über die Etablierung standardisierter Qualifikationsrahmen realisiert. Dabei erweist es sich aus domänenspezifischer, berufsfelddidaktischer Perspektive als problematisch, dass über diese bildungspolitischen Strukturen keine berufsspezifischen Professionsanforderungen, beispielsweise an die Pflegeberufe, abgebildet werden. Diesem Desiderat geht dieser Beitrag über die Diskussion von Ergebnissen aus einer qualitativen Studie zu pflegespezifischen Kompetenzen im europäischen Bildungsraum nach. Das Studiendesign folgt aufgrund der fehlenden empirischen Befunde diesbezüglich der Grounded-Theory-Methodologie (GTM). Zur Erhebung der Daten wurden qualitative Interviews mit Lehrenden und Lernenden in Pflegeausbildungsgängen in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland durchgeführt. In diesem Beitrag werden sowohl die Begriffsverwendung als auch das zugrunde liegende Verständnis zu pflegespezifischen Kompetenzen empirisch dargestellt und Länder vergleichend diskutiert. Die Ergebnisse verweisen auf drei landesspezifisch unterschiedliche Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz. Gleichmaßen lassen sich länderübergreifende Gemeinsamkeiten zur Gestaltung von professionellen Pflegebeziehungen empirisch herausstellen. So zeigt sich, dass ungeachtet eines heterogenen Begriffsverständnisses zu Kompetenz, die inhaltlichen Dimensionen zur Beziehungsgestaltung und deren pädagogischen Zugriffe zur Kompetenzanbahnung in allen drei untersuchten Ländern durchaus auf Gemeinsamkeiten zurückgreifen.

1. Ausgangslage und Problemstellung

Der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR) gilt als bildungspolitisches Instrument zur transparenten Gestaltung des europäischen Ausbildungssektors und eines daran anschlussfähigen flexiblen Arbeitsmarkts. Als übergreifender Referenzrahmen basiert der EQR auf der Beschreibung von kompetenzorientierten Lernergebnissen, die eine europaweite Anpassung nationaler Bildungs- und Qualifikationssysteme an europäische Standards bedingen (vgl. EUROPÄISCHE KOMMISSION [EU] 2008).

Betrachtet man die in diesem Kontext bisher entwickelten Kompetenzprofile aus einer fachspezifischen und ländervergleichenden Perspektive, dann zeigt sich zum Begriff Kompetenz allerdings ein außerordentlich heterogenes Verständnis (vgl. DÜTTHORN 2014). Während der EQR auf einen funktionalen Kompetenzbegriff zurückgreift, der Performanz und Kompetenz als Minimalstandard zur Beschreibung von Tätigkeitsforderungen gleichsetzt (vgl. EU 2008), hat sich im deutschsprachigen Bildungsraum ein Kompetenzverständnis durchgesetzt, welches demgegenüber Kompetenz als Disposition von der tatsächlich präsentierten Performanz unterscheidet (vgl. ERPENBECK/VON ROSENSTIEL 2007; ERTL/SLOANE 2005). In diesem Kontext führt die anvisierte gegenseitige Beurteilung von Qualifikationsnachweisen über den Begriff Kompetenz zu beträchtlichen Interpretationsspielräumen und stellt eine aussagekräftige Vergleichbarkeit von Bildungsabschlüssen innerhalb Europas infrage (vgl. KARSTENS 2010; DÜTTHORN 2014).

Ausgehend von diesem heterogenen Kompetenzverständnis und dem bildungspolitisch formulierten Ziel einer einheitlichen Abbildung beruflicher Qualifikationsanforderungen wird im folgenden Beitrag für das Berufsfeld Pflege der Frage nachgegangen, welche pflegespezifischen Kompetenzen sich im europäischen Bildungsraum aus Sicht von Lehrenden und Lernenden empirisch fundieren lassen und welche pflegedidaktischen Prinzipien für die Aneignung dieser Kompetenzen abzuleiten sind. Hierbei werden empirische Daten aus den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland herangezogen.¹

2. Forschungsdesign

Die in den Qualifikationsrahmen aufgeführten Kompetenzprofile sind hauptsächlich aus bildungspolitischen Erwägungen und strukturellen Bedarfen heraus entwickelt, sie lassen eine empirische Begründung jedoch weitestgehend vermissen (vgl. EVERS 2009; KASTENS 2010). Demzufolge ist wenig bekannt zum Verständnis über domänenspezifische Kompetenzen aus Perspektive der im Handlungsfeld tätigen Personen selbst. Diesem Forschungsbedarf entsprechend folgt die hier rezipierte Studie dem qualitativen Forschungsstil der Grounded-Theory-Methodologie in seiner reflexiven und konstruktivistischen Weiterentwicklung (vgl. BREUER 2009; CHARMAZ 2011; DÜTTHORN 2014). Durch diese Methodologie werden die subjektiven Wahrnehmungen der einzelnen im Handlungsfeld aktiven Personen erhoben und einer didaktischen Reflexion zugänglich.

Zur Datenerhebung wurden insgesamt 23 problemzentrierte Interviews (vgl. WITZEL 2000) und multiperspektivische Falldiskussionen (vgl. DÜTTHORN 2014) mit 14 Lehrenden und 9 Lernenden der Pflegeausbildung in den europäischen Erhebungsländern Schottland,

¹ Dieser Beitrag stützt sich in seiner Argumentation auf eine empirische Vergleichsstudie zu pflegespezifischen Kompetenzen im europäischen Bildungsraum, es werden unter dem hier gewählten Fokus allerdings nur Teilergebnisse der Gesamtstudie vorgestellt (vgl. ausführlicher DÜTTHORN 2014).

Schweiz und Deutschland durchgeführt.² Die Datenerhebung erfolgte gemäß dem theoretischen Sampling in den Jahren 2009 bis 2012.

Mit der Erhebungsmethode des problemzentrierten Interviews (vgl. WITZEL 2000) wurden die subjektiven Vorstellungen der im Forschungsfeld aktiven Personen aufgegriffen. Aufgrund des pflegespezifischen Forschungsgegenstandes wurde im Rahmen der zugrunde liegenden Studie ein erweitertes Methodenarrangement von leitfadengestütztem Interview mit anschließender multiperspektivischer Falldiskussion entwickelt (vgl. DÜTTORN 2014). Die multiperspektivische Falldiskussion stützte sich hierbei auf ein authentisches, komplexes Fallbeispiel, welches durch die pflegedidaktischen Prinzipien der Deutungs Offenheit, Perspektivenvielfalt und Authentizität gekennzeichnet ist (vgl. DARMANN-FINCK 2009; DÜTTORN 2014). Eine Zusammenführung aller empirisch erhobenen Perspektiven erfolgt methodisch begründet über das erwachsenenpädagogische Forschungsprinzip der Perspektivverschränkung (vgl. GIESEKE 2001; FICHTMÜLLER/WALTER 2007; DÜTTORN 2014).

3. Ergebnisdarstellung zu pflegespezifischer Kompetenz und Kompetenzentwicklung in Europa

Die Gesamtstruktur der empirisch entwickelten Grounded Theory zu *Pflegespezifischer Kompetenz und Kompetenzentwicklung im europäischen Bildungsraum* verweist auf zwei miteinander verschränkte Gegenstandsbereiche:

Zum einen lassen sich drei unterschiedliche *Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz* herausstellen (Gegenstandsbereich 1).

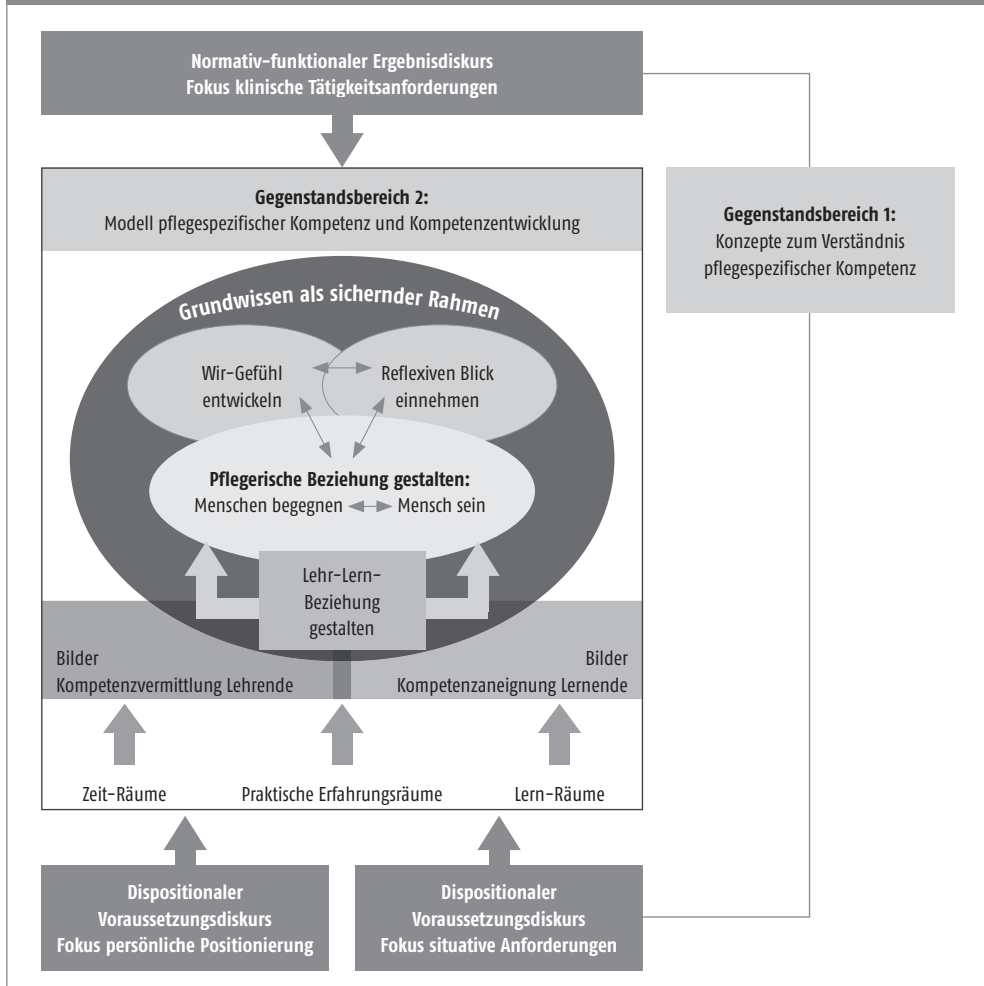
Zum anderen sind trotz heterogener Verständnisse zum Kompetenzbegriff durchaus gemeinsame *Charakteristika pflegespezifischer Professionsanforderungen* in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland zu identifizieren (Gegenstandsbereich 2). Dabei wird als zentrales Phänomen *Pflegerische Beziehung gestalten* empirisch begründet (vgl. DÜTTORN 2014).

In Abbildung 1 sind beide Gegenstandsbereiche der empirisch begründeten Grounded Theory *Pflegespezifische Kompetenz und Kompetenzentwicklung im europäischen Bildungsraum* im Überblick dargestellt. Diese empirischen Ergebnisse spiegeln in erster Linie die pflegeberufliche Wirklichkeit und die pflegedidaktischen Erfahrungen der hier befragten Personen wider. Gleichfalls lassen sich aus den identifizierten Kategorien zukunftsorientierte Tendenzen pflegeberuflicher Professionsanforderungen und Bedarfe an didaktische Kompetenzkriterien ableiten. Im Folgenden werden beide Gegenstandsbereiche hinsichtlich zentraler Erkenntnisse dargestellt. Dieser Beitrag konzentriert sich dabei hauptsächlich auf die Darstellung der em-

2 Die Auswahl der Erhebungsländer erscheint insbesondere vor dem Hintergrund unterschiedlicher institutioneller Rahmenbedingungen der pflegeberuflichen Ausbildung interessant: In Schottland erfolgt die Pflegeausbildung als akademische Hochschulbildung, in der Schweiz werden Pflegefachpersonen an Höheren Fachschulen auf tertiärem Niveau ausgebildet, und die Interviewdaten aus Deutschland beschränkten sich auf die berufliche Ausbildung an beruflichen Fachschulen, als Schulen der besonderen Art.

pirisch gesicherten Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz (vgl. Kapitel 3.1) und entfaltet die Kernkompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten* (vgl. Kapitel 3.2) in ihrer relationalen Wechselwirkung mit der Kategorie Lehr-Lern-Beziehung gestalten (vgl. Kapitel 3.3).

Abbildung 1: Zusammenfassende Darstellung beider Gegenstandsbereiche zur Grounded Theory
Pflegespezifische Kompetenz und Kompetenzentwicklung im europäischen Bildungsraum
(Quelle: DÜTTORN 2014, S. 432)



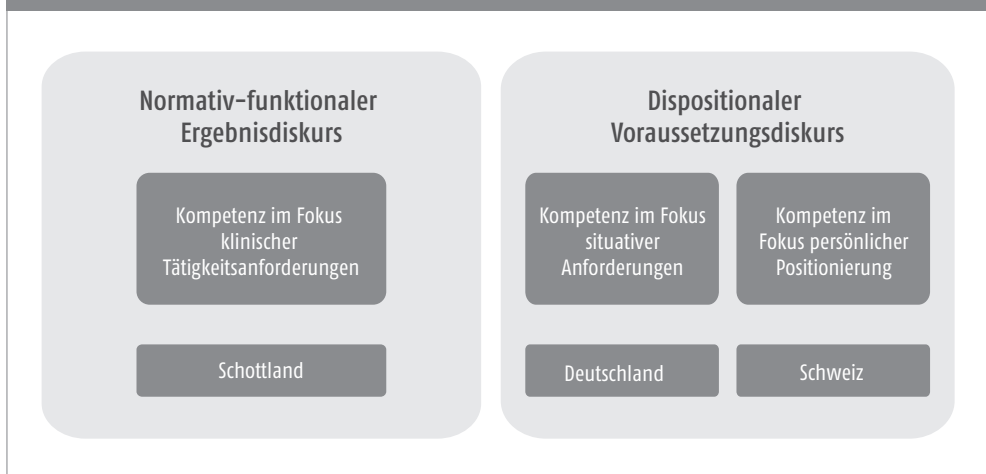
3.1 Diskurse zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz

In den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland zeigen sich empirisch drei unterschiedliche Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz:

- ▶ Kompetenz im Fokus situativer Anforderungen (Begriffsverständnis in Deutschland)
- ▶ Kompetenz im Fokus persönlicher Positionierung (Begriffsverständnis in der Schweiz)
- ▶ Kompetenz im Fokus klinischer Tätigkeitsanforderungen (Begriffsverständnis in Schottland)

Diese empirisch herausgestellten Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz verweisen auf zwei grundsätzlich verschiedene Diskurse zum Begriff Kompetenz: erstens einen *dispositionalen Voraussetzungsdiskurs*, bei dem Kompetenzen als Dispositionen gedeutet werden und folglich als Voraussetzung für die zum Ausdruck gebrachte berufsspezifische Performanz gelten. Zweitens verstehen sich Kompetenzen in einem *normativ-funktionalen Ergebnisdiskurs* als Mindeststandards beruflicher Handlungsfertigkeiten. In diesem Kontext werden die Begriffe Kompetenz und Performanz synonym verwendet. Im Folgenden werden diese zueinander konträr liegenden Diskurse zum Begriffsverständnis Kompetenz näher erläutert und den landesspezifisch differierten Konzepten zu pflegespezifischer Kompetenz zugeordnet (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Diskurse zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz (eigene Darstellung)



3.1.1 Normativ-funktionaler Ergebnisdiskurs

Die Daten der schottischen Interviewpartner verweisen auf ein normativ-funktionales Verständnis pflegespezifischer Kompetenz. Pflegerische Kompetenzen lassen sich dabei als Handlungsergebnisse klinischer Tätigkeitsanforderungen deuten. Kompetenzen sind in diesem Kontext Minimalstandards, die eine Vergabe berufsrechtlich geregelter Zuständigkeiten repräsentieren. Die Begriffe Kompetenz und Performanz sind gleichgesetzt, infolgedessen

gelten Kompetenzen als normativ festgelegte Standards und können direkt über regelgerechte Tätigkeitsabläufe beobachtet, dokumentiert und geprüft werden. In diesem Verständnis fungiert der Begriff Kompetenz als normativ-funktionale Einheit, die Lernprozesse als summativ Ergebnisse erfasst. Ein normativ-funktionaler Ergebnisdiskurs zur Beschreibung pflegespezifischer Kompetenzen blendet damit persönlichkeitsbildende Voraussetzungen zur individuellen Entwicklung völlig aus, alle Lernenden werden in ihrer Kompetenzentwicklung allein an den standardisierten beruflichen Tätigkeitsanforderungen bemessen. Diesem Kompetenzdiskurs ist ein funktionales Bildungsverständnis zugrunde gelegt, welches den Erwerb pflegerischer Kompetenzentwicklung allein an der Ausbildung standardisierter Interventionsroutinen bemisst. Situationsspezifische Ausprägungen pflegerischer Interaktionen, wie sie durch individuellen Bedarf, durch emotionsbetonte unplanbare Beziehungsarbeit oder durch sich ändernde Rahmenbedingungen den Pflegealltag mehrheitlich bestimmen, finden in diesem normativ-funktionalen Ergebnisdiskurs keine Berücksichtigung. Ferner lassen sich mit diesem Verständnis humanistische Bildungsansprüche zur Entwicklung persönlichkeitsgebildeter und gesellschaftskritischer Subjekte nicht ohne Weiteres begründen.

3.1.2 Dispositionaler Voraussetzungsdiskurs

In der Schweiz und auch in Deutschland verweisen die Interviewdaten hinsichtlich des Konstrukts Kompetenz auf eine Begriffsverwendung, die in einen dispositionalen Voraussetzungsdiskurs eingebunden ist. Kompetenzen repräsentieren als Dispositionen personengebundene Eigenschaften, die hier als Voraussetzung für die Bewältigung situationsbedingter Problemstellungen gelten. Inwieweit die Voraussetzung und grundsätzliche Befähigung dann im tatsächlichen Handlungsvollzug als Performanz zum Ausdruck gebracht wird, variiert kontextbedingt. Kompetenz wird in diesem Diskurs als personengebundene Disposition und Performanz als sichtbarer Handlungsvollzug terminologisch differenziert. Die Kompetenz selbst ist als Disposition folglich nicht unmittelbar zu erfassen, sondern erst retrospektiv über problemlösende Handlungen (Performanz) rekonstruierbar.

Innerhalb dieses dispositionalen Voraussetzungsdiskurses lassen sich für die Länder Schweiz und Deutschland unterschiedlich pointierte Konzepte herausstellen (vgl. Abbildung 2):

In der Schweiz werden pflegespezifische Kompetenzen als individuelles Ressourcenpotenzial im Kontext einer persönlichen Positionierung verortet. Hierbei werden pflegeberufliche Ausbildungsziele deutlich auf die Befähigung zur persönlichen und professionsbezogenen Positionierung ausgerichtet. Achtsamkeit gegenüber individuellen Stärken und auch insbesondere die Anerkennung professioneller Abgrenzungsstrategien geraten in den Blickpunkt beruflicher Kompetenzentwicklung (vgl. DÜTTORN 2014). In diesem Verständnis werden humanistische Bildungsansprüche der Emanzipation und Mündigkeit als vorrangige Entwicklungsperspektiven herausgestellt.

In Deutschland fokussiert die Pflegeausbildung stärker auf eine situative Bewältigung kontextuell bedingt variabler Anforderungen pflegerischen Handelns. Die individuelle Kom-

petenzentwicklung erfolgt zwar auch in Deutschland unter Reflexion persönlicher Ressourcen, jedoch gewinnt die problemorientierte Analyse von perspektivenreichen Pflegesituationen stärkere Berücksichtigung gegenüber der Aneignung von persönlichen Abgrenzungsmöglichkeiten (vgl. DÜTTHORN 2015a). Hierbei stehen Bildungsziele der gesellschaftskritischen Analyse und kontextuellen Einbindung von Wissensdimensionen im Mittelpunkt der Bildungsbemühungen. Demzufolge werden regelhafte Wissenskomponenten stets in die konkreten berufspraktischen Bezüge eingebunden. Die Aneignung von pflegeberuflicher Handlungskompetenz erfolgt unter kontextueller Verschränkung von allgemeingültigem Regelwissen und situativem Fallverstehen (vgl. HÜLSKEN-GIESLER/DÜTTHORN 2011).

3.1.3 Auswirkung der Kompetenzdiskurse auf Deutung der Kernkompetenz Pflegerische Beziehung gestalten

Die herausgestellten Konzepte pflegeberuflicher Kompetenz leiten weiterführend den jeweils landesspezifisch differenten Blick auf die übergreifende Kernkompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten*. So stehen beispielsweise pflegerische Beziehungen in der Schweiz vorwiegend im Fokus persönlicher Positionierung. Dieser Entwicklungsschwerpunkt erhebt die Reflexion kongruenten Verhaltens der Pflegefachperson gegenüber Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zum zentralen Lerngegenstand beruflicher Kompetenzaneignung. Die Fähigkeit zur Reflexion eigener Grenzen sowie von professionellen Möglichkeiten zur Abwehr von grenzüberschreitendem Verhalten erscheinen essenziell (vgl. DÜTTHORN 2015b).

Demgegenüber wirkt sich das dispositionale Kompetenzverständnis in Deutschland auf eine betonte Thematisierung von personalen, institutionellen und gesellschaftlich verankerten Bedingungsfaktoren professioneller Pflege aus. Dies setzt eine Berücksichtigung aller an der Pflegesituation beteiligten Personen und einzelfallspezifischen Faktoren voraus. Während in der Schweiz intrapersonale Klärungsprozesse der Pflegenden selbst fokussiert werden, ist in Deutschland die professionelle Gestaltung pflegerischer Beziehungen eher auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen des Patienten ausgerichtet (vgl. DÜTTHORN 2014).

In Schottland hingegen lassen sich pflegerische Professionsanforderungen mit Blick auf personenbezogene, situationsabhängige Beziehungsstrukturen durch das dort vertretene normativ-funktionale Kompetenzverständnis nicht ohne Weiteres abbilden. Die Lehrenden und Lernenden aus Schottland beklagen den normativ-funktionalen Kompetenzbegriff als eine für die pflegerische Interaktion unzureichende Darstellung professioneller Anforderungen. Sie verweisen in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung des Konzeptes *Care*, welche den Kern pflegerischen Handelns als Beziehungsarbeit erst zu thematisieren vermag. *Care* deutet in diesem Kontext auf personengebundene, situationsabhängige Faktoren wie auch Wertvorstellungen, die zur Bewältigung multidimensionaler pflegerischer Situationen erforderlich sind. Die Trennung der Begriffe eines emotionsbetonten *Caring* (was historisch gesehen als vorwissenschaftliche, auf Intuition basierende Kategorie stärker den assistierenden Helferberufen zugeordnet wurde) und der rational-instrumentellen Kompetenz (welche in

Anlehnung an die Medizinerausbildung als professionelle, wissenschaftliche Pfl egetätigkeit aufgewertet wurde) ist auf die frühen Akademisierungsbestrebungen der Pflegeberufe in Großbritannien zurückführbar (vgl. SMITH 2012). Die Folge ist eine bis heute im englischsprachigen Kompetenzverständnis verankerte Reduktion pflegerischer Arbeit auf technisch-funktionale Standards (vgl. DÜTTHORN 2015a). Pflegerische Handlungskompetenz ist in den schottischen Interviewdaten charakterisiert durch die terminologische Trennung von einerseits normativ-funktional ausgerichteter Verantwortlichkeit (Kompetenz) und andererseits durch eine kontextspezifische, emotionsgebundene wie auch fallspezifisch veränderliche pflegerische Interaktion (Care).

Zusammenfassend wird deutlich, dass pflegespezifische Professionsanforderungen im dispositionalen Kompetenzverständnis miteinander verschränkt sind, während sie im normativ-funktionalen Kompetenzverständnis einer terminologischen Erweiterung um den Begriff des Caring bedürfen. Die empirischen Erkenntnisse zu den differenten Begriffsverständnissen des Konstrukts Kompetenz allein bestätigen die kritischen Anmerkungen, die einem deskriptiv begründeten EQR eine funktional verengte Terminologie mit begrenzter Aussagekraft bezüglich der vergleichbaren Darstellung von europäischen Kompetenzprofilen bescheinigen (vgl. HÜLSKEN-GIESLER 2011; KARSTENS 2010; DEUTSCHER HOCHSCHULVERBAND 2010).

3.2 Die Kernkompetenz Pflegerische Beziehung gestalten

Ungeachtet der terminologischen Differenzen zum Kompetenzverständnis konnte in allen Interviewaussagen der Lehrenden und Lernenden aus den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland die Kernkompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten* empirisch begründet werden (vgl. DÜTTHORN 2014). Dieser Befund verwundert, insbesondere vor dem Hintergrund des in Schottland herausgestellten normativ-funktionalen Kompetenzbegriffs. Das folgende Zitat belegt die herausgehobene Bedeutung, die die Gestaltung pflegerischer Beziehungen im Sinne eines Caring für die professionelle Pflege im englischsprachigen Bildungsraum aufweist. Hierbei zeigt sich abermals die terminologische Differenz zwischen Kompetenz als handlungsbezogene Tätigkeit und Care als emotionsbezogene Haltung:

„I think you can learn how you're supposed to act, but that is different to being natural and already being within. And nursing is not all about clinical skills I think, it is much more about caring for the person and making sure that their needs are being met emotionally as well.“ (STUDSCOT SMITH, Z. 117)

Die aktive Gestaltung pflegerischer Beziehungen wird von den befragten Lehrenden und Lernenden in allen untersuchten Ländern als Kernaufgabe pflegerischen Handelns ausgewiesen. Dabei werden Pflegenden persönlichkeitsbezogene Charakteristika ebenso aberlangt wie situationsangemessene, auf den Einzelfall bezogene, standardisierte Interventionen. Das folgende Belegzitat stammt aus einem Interview mit einer Lehrenden aus der Schweiz. Es veran-

schaulicht das professionelle Verständnis zu pflegespezifischer Interaktion, welches geprägt ist von Faktoren der Kontextualität, Situativität und Teamarbeit:

„Und natürlich dann auch zu den Menschen eine Beziehung aufbauen, dies sind meiner Meinung nach wichtige Fähigkeiten, inklusive mit anderen zusammenzuarbeiten, nicht? Wir sind ja nicht wie eine Labortechnikerin, äh, alleine mit unserem Mikroskop und unseren Flüssigkeiten, sondern wir sind immer eingebettet in ein Team.“ (LESCHWILTES, Z. 25)

Das grundsätzliche Eingebundensein der Pflegenden in menschliche Beziehungsstrukturen mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen erscheint ebenso bedeutungsvoll wie die pflegeberufliche Verbindung zu den Kollegen im Team. Zwischenmenschliche Beziehungen gelten dabei nicht als per se vorhanden, sondern werden von den Pflegenden in aktiver Auseinandersetzung mit dem jeweils beteiligten Gegenüber erst hergestellt. Dieser aktive Prozess findet Ausdruck in der Formulierung Beziehung *gestalten*.

Wenngleich die Initiierung einer pflegerischen Beziehung ebenso ausgehend von den Patienten zu denken wäre, verweisen die Interviewdaten der Lehrenden und Lernenden dieser Studie auf den formulierten Anspruch Pflegender, selbst die pflegerische Beziehungsgestaltung zu verantworten. Dabei zeigt sich, dass die befürwortete zwischenmenschliche Beziehung über eine rein funktionale Kontaktaufnahme hinausgeht (vgl. DÜTTORN 2014). Bereits Lernende, im Folgenden ein Zitat aus Deutschland, beobachten während ihrer Ausbildung, dass die Gestaltung pflegerischer Beziehungen von Persönlichkeitsfaktoren und der Haltung eines Sich-auf-den-Anderen-Einlassen abhängig ist und unter diesen interaktionalen Bedingungen häufig auch misslingen kann:

„Was ich da auch feststellen musste, das ist, dass viele, äh ... also, gut, nicht viele, aber manche Schwestern überhaupt nicht zwischenmenschliche Kontakte zulassen können. Die gehen da rein: ‚Hallo, guten Tag, ich messe Ihnen jetzt den Blutdruck. So, dann waschen Sie sich jetzt mal.‘ (Sehr schnell gesprochen) Klatsch, Tür zu! (Pause) Und das ist natürlich nicht das, was ein Patient braucht, wenn er gerade in einer, äh, bedürftigen Situation ist.“ (STUDEU STRIEBEL, Z. 82–84)

Die Begegnung zwischen Patient/Patientin und Pflegeperson wird nicht grundsätzlich als förderliche und professionelle Beziehungsgestaltung gedeutet. Nach Auffassung der Interviewpartner ist eine professionelle Pflegeinteraktion weniger geprägt durch einen funktionalen Kontakt zweier Menschen, sondern zeichnet sich vielmehr durch situationsabhängiges Einfühlungsvermögen und ein authentisches Verständnis der Pflegepersonen für den Patienten und seine Angehörigen aus. Das Nichtzulassen einer zwischenmenschlichen Verbindung wird als unbefriedigende pflegebezogene Interaktion empfunden. Kontakt zwischen zwei Menschen formiert sich zur pflegerischen Beziehung, wenn sich die Pflegeperson auf den bedürftigen Patienten einlässt und nicht die funktionale Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten allein in den Vordergrund stellt.

Die Kernkategorie *Pflegerische Beziehung gestalten* lässt sich durch folgende Subkategorien näher spezifizieren:

- ▶ Persönlichkeit einbringen
- ▶ Sicheinlassen auf die Welt des anderen
- ▶ Komplexität überblicken
- ▶ Kommunikation dialogisch ausrichten

Die Subkategorien verweisen in ihren Eigenschaften und dimensional Ausprägungen (vgl. ausführlich DÜTTORN 2014, S. 260 ff.) auf das wechselseitige Aufeinander-bezogen-Sein von Menschen innerhalb pflegerischer Interaktionen. An Pflegende stellt sich dabei die Herausforderung, einerseits auf die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen emphatisch eingehen zu können, dabei die institutionellen Rahmenbedingungen und professionellen Bedarfe zu bedenken und schließlich aber auch persönliche Ressourcen und Grenzen in den Pflegeprozess zu integrieren. Diese gleichzeitige Subjekt- und Objektbezogenheit professioneller Beziehung geben dabei nicht selten Anlass für innere Widersprüche und Kontingenzerleben.

Lehrende und Lernende formulieren die Entwicklung der Kompetenz zur Gestaltung pflegerischer Beziehungen als die zentrale Herausforderung der Pflegearbeit. Für Lernende ist die Aneignung der Kernkompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten* in ihrer emotionsbetonten, intensiven Körper-Leib-bezogenen und damit interaktionsdichten Charakteristik menschlicher Begegnungen die Hauptanstrengung der Ausbildungszeit. Lehrende sind dabei stets bemüht, Formen und Konsequenzen des aktiven Eingebundenseins und die in der Beziehungsgestaltung notwendige Balance zwischen Nähe und Distanz zur Reflexion zu bringen. Hierbei werden Widersprüche zwischen Professionsanforderungen und subjektiven Erfahrungen pflegedidaktisch aufgegriffen. Die Art der Ausgestaltung einer Lehr-Lern-Beziehung selbst wirkt dabei als wesentliche Einflussgröße auf die Entwicklung der Kompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten* (vgl. DÜTTORN 2015b). Im nachfolgenden Kapitel werden Hauptmerkmale der pflegedidaktischen Bezugskategorie *Lehr-Lern-Beziehung gestalten* aufgeführt.

3.3 Pflegedidaktische Bezugskategorie: Lehr-Lern-Beziehung gestalten

Die Kompetenzentwicklung zur Gestaltung pflegerischer Beziehungen steht nach Auffassung der in dieser Studie befragten Lehrenden und Lernenden in einem Wirkzusammenhang mit der Gestaltung der Lehr-Lern-Beziehung (vgl. DÜTTORN 2014). Die Entwicklung pflegerischer Beziehungen gelingt hiernach insbesondere durch eine didaktisch vermittelte Gestaltung pflegepädagogischer Lehr- und Lernprozesse am Lernort (Hoch-)Schule. Die aktive Gestaltung der (hoch-)schulischen Lehr-Lern-Beziehung erhält insbesondere aus Sicht der *Lehrenden* in den untersuchten Ländern eine besondere Bedeutung für die Entwicklung von pflegespezifischen Kompetenzen. Die Lehrenden verstehen ihr pädagogisches Handeln in

Interaktion mit den Lernenden als vorbildhaft für die Ausbildung der Kernkompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten*. Das folgende Zitat einer Lehrenden aus Deutschland verdeutlicht diese empirisch herausgestellten Zusammenhänge:

„Also meine grundsätzliche Haltung ist schon dadurch geprägt, dass ich denke, dass ich Vorbild sein möchte. So, wie ich mit den Auszubildenden umgehe, sodass sie vielleicht an dem Vorbild sehen, wie sie mit dem Patienten oder alten Menschen umgehen, dass ich da eine Vorbildfunktion habe.“ (LEDEU TROMMLER, Z. 24)

Die Lehr-Lern-Beziehung fungiert unter dieser Deutung als Rollenmodell für die Gestaltung pflegerischer Beziehungen. Lehrende setzen hier die Gestaltung der Lehr-Lern-Beziehung, zumindest strukturell, mit dem Aufbau einer Pflege-Patienten-Beziehung gleich. Dieser empirische Befund verweist zum einen auf die relationale Bezogenheit pflegerischer Interaktionen, die sicher auch auf personenbezogene Bereiche der Ausbildung übertragbar ist. Gleichzeitig sei kritisch angemerkt, dass sich hierin ein Potenzial einseitig vermittelter Abhängigkeit zwischen Lehrenden und Lernenden ausdrückt, welche gerade von den Lehrenden die Reflexion eigener Rollenbilder anmahnt. Wenngleich die Vorbildfunktion von Lehrenden einleuchten mag, so bedarf es bei einem relationalen Verständnis (vgl. DÜTTORN 2014) dialogisch ausgerichteter Lehr-Lern-Arrangements immer auch der interaktiven Auseinandersetzung mit den individuellen Lernbedürfnissen der jeweiligen Lerngruppe.

Auch die *Lernenden* orientieren sich vorbildhaft am Lehrverhalten ihrer Pädagogen. Sie fordern von den Lehrenden eine aktive Beteiligung und Unterstützung in emotional belastenden Ausbildungssituationen. Das persönliche Engagement eines Lehrers scheint hierbei besonders bedeutungsvoll zu sein. Pflegespezifische Kompetenzentwicklung wird dabei aus Sicht der Lernenden besonders durch eine am Lernerfolg interessierte, leidenschaftliche Lehrerpersönlichkeit beeinflusst. Ausschlaggebend für die pflegespezifische Kompetenzentwicklung ist für die Lernenden neben berufspraktischen Erfahrungen und entsprechenden Fachkenntnissen insbesondere die Begeisterungsfähigkeit für den Lerngegenstand, wie im folgenden Belegtext deutlich wird.

„Also theoretisch war hier im [Ausbildungszentrum in der Schweiz] der Unterricht wirklich top von Lehrpersonen her, die erfahren waren [...] Da waren wirklich engagierte und auch fast ein bisschen leidenschaftliche Lehrpersonen dabei, die einem das vermittelt haben. Das waren für mich Vorbilder, da hab' ich was abgesehen, wie denken die.“ (STUDSCHWI LANDERS, Z. 25)

Die hier herausgestellte Vorbildfunktion wird mit Blick auf die landesspezifischen Perspektiven der Schweizer Studierenden eher den Lehrenden am Lernort Schule zugewiesen, während diese Vorbildfunktion von deutschen sowie schottischen Lernenden stärker mit Bezug auf die pflegepraktische Ausbildung den Mentoren und erfahrenen Pflegenden am Lernort Praxis zugesprochen wird.

Entgegen gemäßigt konstruktivistischer Annahmen betonen diese Ergebnisse die Bedeutung von Planungsprozessen, die durch die Lehrenden angeleitet werden und die Lehrerpersönlichkeit aktiv in den Lernprozess einbringen. Lehrende beeinflussen das Schülerverhalten insofern direktiv, als sie eine beachtenswerte Vorbildfunktion zur Entwicklung pflegespezifischer Kompetenzen einnehmen. Diese Befunde negieren dabei keineswegs die Aneignungspotenziale handlungsorientierter Lernkonzepte, sie verweisen vielmehr auf die bedeutsame Funktion einer bewusst gestalteten Lehr-Lern-Beziehung (vgl. DÜTTORN 2014; DÜTTORN 2015b). Lehrende sind in diesem Beziehungsgefüge ebenso bedeutsam wie die Lernenden. Erst in einem gemeinsam auszuhandelnden Lernprozess entfaltet sich durch das relational Aufeinander-bezogen-Sein von Lehrenden und Lernenden eine auf Interaktion ausgerichtete Kompetenzentwicklung.

Der Lernort (Hoch-)Schule wird als geschützter Lernraum empfunden, der einen reflektierten Kompetenzerwerb zunächst ohne die herausfordernde Beteiligung von Patienten ermöglicht. Aus Sicht der Lernenden bietet die (Hoch-)Schule in diesem Zusammenhang einen Ort des Rückzugs, der erst die handlungsentlastende (Selbst-)Reflexion erlebter pflegerischer Interaktionen ermöglicht: Schule wird für die Lernenden zum „Heimatbahnhof“:

„Da muss ich sagen, ist das Ausbildungszentrum hier, das [ein Ausbildungszentrum in der Schweiz], so'n bisschen wie 'ne Insel oder wie 'nen Heimatbahnhof (lachen), sagen wir es so. [...] Und ... die eben diese, diesen ganzen Heimatbahnhof da, das, das habe ich wirklich sehr geschätzt. Auch während der Praktika, hier zurückzukommen, willkommen zu sein, von den Lehrern erkannt zu werden, mal angesprochen zu werden: ‚Wie geht's? Wie läuft's? Äh ... ist alles klar?‘ [...] Ähm ... also nicht auf formeller Ebene, sondern eher ... Umsetzung zu leben, da hineinzuwachsen in die, die ganze Pfl egetätigkeit.“ (STUDSCHWILANDERS, Z. 8–11)

Die vertrauensvolle, wertschätzende Beziehung zwischen Lehrenden und Lernenden wirkt hier als wesentlicher Motivator zum Aneignen der pflegerischen Kompetenz der Beziehungsgestaltung. Schule wird zum „Heimatbahnhof“, wenn die Lehrenden ein Gefühl des Willkommenseins, des persönlichen und nicht nur formalen Interesses am Lernfortschritt der Lernenden erkennen lassen. Der Lernort (Hoch-)Schule stellt in diesem Sinne einen wichtigen Rückzugsort für die Lernenden dar. Die Persönlichkeitsentwicklung und Verarbeitung pflegepraktischer Erlebnisse wird durch eine wertschätzende Lehr-Lern-Beziehung gefördert, die charakterisiert ist von einem persönlichen Miteinander auf Augenhöhe.

Die schulische Lehr-Lern-Beziehung ist zudem charakterisiert durch die empirische Eigenschaft eines Zusammengehörigkeitsempfindens. Dies wird sprachlich ausgedrückt als „Wir-Gefühl“. Das Zusammengehörigkeitsempfinden entwickelt sich über den bewussten Aufbau einer vertrauensvollen Lernatmosphäre. Die ausdrücklichen Bemühungen von Lehrenden um eine förderliche Lernatmosphäre werden im folgenden Zitat deutlich:

„Eigentlich dann doch, dass ich vor allen Dingen, wenn wir dann beginnen, dass ich von Anfang an versuche, Atmosphäre zu schaffen, die einerseits signalisiert so, so Offenheit und Freundlichkeit und auch Vertrauen [...] Und das sind manchmal nur Kleinigkeiten oder so, in der Art, wie ich ihnen begegne, oder dass ich sag’: ‚Ah, ich hab jetzt für alle ein Brötchen mitgebracht, da, in der Pause, essen wir zusammen ein Brötchen. Aber jetzt müssen wir erst was arbeiten‘ oder so. Ja, das sind ja manchmal nur so Kleinigkeiten oder aber wo, wo dann ihnen klarmacht: ‚Hey, wir gehören zusammen, und wir, unsere Gruppe, die isst nachher zusammen in der Pause das Brötchen.“ (LESCHWI BURRI, Z. 88)

Die Eigenschaften Offenheit, Freundlichkeit und vertrauensvolle Lernatmosphäre prägen das Gefühl der Zusammengehörigkeit und tragen entscheidend zum Selbstwertgefühl der Lernenden bei. Im Sinne der oben angesprochenen humanistischen Bildungsideale werden hierdurch Mündigkeit und Emanzipation gefördert, wenn die Lernenden den Lernort (Hoch-) Schule als möglichen Schutzraum zur persönlichen Reflexion, zur gegenseitigen Verständigung und emotionalen Verarbeitung erleben.

Die Lernenden befürworten eine respektvolle Lehr-Lern-Beziehung, bei der sich die Lehrenden mit einem partnerschaftlichen „Wir“ auf Augenhöhe zu den Auszubildenden verhalten. Sie erleben die Lehr-Lern-Beziehung allerdings – entgegen den Bemühungen ihrer Lehrenden – erst am Ende der Ausbildung als partnerschaftlich und dialogisch gestaltet.

„[...] gerade im dritten ... Theorieblock, also fünftes Semester, ist man, äh, wird man wahrgenommen, wird man geschätzt, wird man auch als Partner respektiert gegenüber den Lehrpersonen. Also irgendwie, ähm, kommt da was in Gang, was Partnerschaftliches, und das ist, was, was ich sehr geschätzt habe, jetzt im letzten Semester. Anfangs war das nicht so, da war man noch so’n bisschen der Frischling, der Neue, ähm, für mich auch ein bisschen verständlich, man hat noch nicht die gleiche Sprache, noch nicht das gleiche Verständnis, äh, Pflegeverständnis und so weiter ... Aber hätte von mir aus für mich gerade mit meiner Berufserfahrung und so (schmunzeln) auch schon vorher bisschen stattfinden dürfen.“ (STUDSCHWI LANDER, Z. 8)

Die Lernenden leiten aus der Art der Lehr-Lern-Beziehung den Entwicklungsstand ihrer pflegespezifischen Kompetenzentwicklung ab. Als Indikator einer partnerschaftlichen Lehr-Lern-Beziehung und folglich einer voranschreitenden Kompetenzentwicklung dient den Lernenden eine gemeinsame Verwendung von berufsspezifischen Fachausdrücken.

Zusammenfassend kann postuliert werden, dass Lehrende im Prozess zur professionellen Kompetenzentwicklung einen hauptsächlichen Einflussfaktor darstellen. Die Beziehungsgestaltung zwischen Lehrenden und Lernenden wird dabei zur zentralen Bezugsgröße im Lernprozess.

4. Zusammenführung und Ausblick

Dieser Beitrag verweist zunächst auf die Inhomogenität der Verwendung des Begriffs Kompetenz. Für die Erhebungsländer Schottland, Schweiz und Deutschland zeigen sich divergente Konzepte zum Verständnis pflegespezifischer Kompetenz. Hierbei erweist sich zur Beschreibung pflegespezifischer Anforderungen insbesondere das in Schottland zum Ausdruck gebrachte normativ-funktionale Kompetenzverständnis als unzureichend. Ein Kompetenzverständnis, welches auf standardisierte, normativ-funktionale Tätigkeitsanforderung basiert, führt zu einer auf verrichtungsorientierte Pflege Tätigkeit reduzierten Darstellung pflegerischer Aufgaben, die der Realität komplexer Pflege und damit auch der pflegerischen Ausbildungspraxis nicht gerecht wird. Eingedenk der Tatsache, dass auch der EQR auf einen funktionalen Kompetenzbegriff zurückgreift, wäre die Verwendung des Begriffs Kompetenz zur europaweit vergleichenden Abbildung pflegespezifischer Qualifikationsanforderungen zu hinterfragen. Ferner verweisen die Forschungsergebnisse auf die Notwendigkeit, dass Qualifikationsrahmen terminologisch zu konkretisieren sind und zukünftig einer stärkeren empirischen Begründung bedürfen. Dieser Beitrag belegt das Desiderat zur domänenspezifischen Differenzierung berufsspezifischer Qualifikationsrahmen, wie dies beispielsweise mit dem Fachqualifikationsrahmen (FQR) Pflege bereits erfolgt ist und mit der Entwicklung eines FQR Pflegedidaktik aktuell anvisiert wird (vgl. HÜLSKEN-GIESLER/KORPORAL 2013; DÜTTORN 2015c).

Entgegen den unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen für pflegeberufliche Bildungsprozesse in Schottland (akademische Hochschulbildung), der Schweiz (höhere Fachschule auf tertiärem Niveau) und Deutschland (berufliche Ausbildung an beruflichen Fachschulen) und ungeachtet der herausgestellten Inhomogenität zum Begriffsverständnis pflegerischer Kompetenz konnten in diesem Beitrag länderübergreifende, gemeinsame Charakteristika pflegeberuflicher Professionsanforderungen identifiziert werden. Pflegerisches Handeln ist wesentlich auf die Gestaltung pflegerischer Beziehungen ausgerichtet. Es wird deutlich, dass die professionelle, zwischenmenschliche Beziehung über eine rein funktionale Kontaktaufnahme hinausgeht und in dem situationsabhängigen Einfühlungsvermögen der Pflegepersonen gegenüber Patienten und Angehörigen Ausdruck findet. Dabei sind Kompetenzen eines Sicheinlassens ebenso einzubringen wie die Wahrnehmung und angemessene Thematisierung eigener Interessen. Kontakt zwischen zwei Menschen formiert sich erst dann zur pflegerischen Beziehung, wenn sich die Pflegeperson auf den bedürftigen Patienten unter Achtung ihrer eigenen Bedarfe einlässt und nicht die funktionale Verrichtung pflegerischer Tätigkeiten allein in den Vordergrund stellt. Hierbei gelingt in Anlehnung an vergleichbare empirische pflegedidaktische Befunde ein konkretisiertes Verständnis zur relationalen Ausrichtung pflegerischer Interaktionen (vgl. BOHRER 2013; FICHTMÜLLER/WALTER 2007; DÜTTORN 2014). Während die berufspädagogisch angelegte Arbeit zum Wirkgefüge von Lehren und Lernen bei FICHTMÜLLER und WALTER (2007) die interaktionale Kategorie *Kontaktgestal-*

lung lernen aufgreift und BOHRER (2013) für den Lernort Pflegepraxis den Lerngegenstand *Kontakt und Beziehung gestalten* skizziert, verweist die vorliegende Studie auf die differenzierte Bedeutung von *Kontakt versus Beziehung gestalten*. Während Kontakt auf eine lineare Begegnung ausgerichtet ist, betont die Kernkategorie *Pflegerische Beziehung gestalten* als pflegeimmanente Herausforderung eine wechselseitig aufeinander bezogene Interaktion der beteiligten Akteure. Beide Interaktionspartner sind an der Verantwortungsübernahme für die Situation gleichwertig beteiligt.

Weiterführend wurde die Bedeutung der Lehr-Lern-Beziehung für alle untersuchten Länder herausgestellt. Empirisch belegt werden konnte, dass die Lehrenden und auch die Lernenden eine dialogische Gestaltung der Lehr-Lern-Beziehung als konstitutiv für die Anbahnung der pflegespezifischen Kernkompetenz *Pflegerische Beziehung gestalten* erachten. Wenngleich dieser empirische Befund aus theoretischer Perspektive zu diskutieren wäre, so zeigt sich doch die Notwendigkeit der pädagogisch-didaktischen Begründung von relationalen Bildungsprozessen (vgl. KÜNKLER 2011). Lernen gestaltet sich als dynamischer Prozess eines wechselseitigen Aufeinander-bezogen-Seins und wirkt erst in der dialogischen Aushandlung zwischen Lehrenden und Lernenden konstitutiv. In einer dialogisch ausgerichteten Interaktion relationaler Lernprozesse wird das Moment des „Zwischen“ der handelnden Akteure in der Lehr-Lern-Beziehung zum entscheidenden kompetenzbildenden Ereignis, welches den in pädagogischen Kontexten oft beanstandeten Dualismus zwischen Objekt und Subjekt bewusst zu überwinden versucht (vgl. DÜTTORN 2014; KÜNKLER 2011).

Damit sind den mitunter verwertungsorientierten europäischen Kompetenzdebatten unter Rekurs auf pflegeberufliche Professionsdimensionen bildungshaltige Ausbildungskonzepte zur Förderung eines selbstbestimmten, reflexiven lebenslangen Lernens entgegengesetzt. Die inhomogenen Verständnisse zum Kompetenzbegriff lassen sich unter Bezugnahme auf humanistische Bildungskategorien, wie beispielsweise emanzipative und gesellschaftskritische Mündigkeit, in Einklang bringen. Pflegeberufliche Bildungsprozesse sind zukünftig noch stärker auf eine relationale Persönlichkeits- und Identitätsbildung auszurichten. Die hier herausgestellte konstitutive Bedeutung professioneller Beziehungen ist sowohl für pflegeberufliche als auch für pflegepädagogische Interaktionen pflegedidaktisch stärker zu begründen. Damit gelangen die soziale Eingebundenheit und Verwobenheit pflegespezifischer Kompetenzentwicklung in den Mittelpunkt pflegedidaktischer Reflexionen: Beziehungsgestaltung und Interaktion gelten folglich als Kernelemente der Aneignung pflegeberuflicher Professionsanforderungen.

Literatur

- BOHRER, Annemarie: Selbständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin 2013
- BREUER, Franz: Reflexive Grounded Theory: Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden 2009

- CHARMAZ, Kathy: Den Standpunkt verändern: Methoden konstruktivistischer Grounded Theory. In: MEY, Günther; MRUCK, Katja (Hrsg.): Grounded Theory Reader. 2. aktualisierte und erweiterte Aufl. Wiesbaden 2011, S. 181–206
- DARMANN-FINCK, Ingrid: Interaktionistische Pflegedidaktik. In: Olbrich, Christa (Hrsg.): Modelle der Pflegedidaktik. München 2009, S. 1–22
- DEUTSCHER HOCHSCHULVERBAND: Zur Einführung eines deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen. Resolution des 60. DHV-Tages, 2010. URL: <http://www.hochschulverband.de/cms1/778.html> (Zugriff: 08.12.2014)
- DÜTTHORN, Nadin: Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum – eine empirische Studie zur Inhomogenität des Kompetenzbegriffs. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online. WEYLAND, Ulrike; KAUFHOLD, Marisa; NAUERTH, Annette; ROSOWSKI, Elke (Hrsg.): Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich. bwp@Spezial 10, 2015a, S. 1–22
- DÜTTHORN, Nadin: Relationale Bildungsprozesse in der Pflege. In: ERTL-SCHMUCK, Roswitha; GREB, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Forschungsfelder. Weinheim und Basel 2015b, S. 148–176
- DÜTTHORN, Nadin: Hochschuldidaktische Perspektiven des FQR Pflege. Fachvortrag anlässlich der 18. Hochschultage Berufliche Bildung, TU Dresden am 19.03.2015 (2015c)
- DÜTTHORN, Nadin: Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum. Publikationsreihe Pflegewissenschaft und Pflegebildung. Band 8. Göttingen 2014
- ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEL, Lutz: Vorbemerkung zur 2. Auflage und Einführung. In: ERPENBECK, John; VON ROSENSTIEL, Lutz von (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, Verstehen und Bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2. Aufl. Stuttgart 2007, S. XI–XLVI
- ERTL, Hubert; SLOANE, Peter F. E.: Einführende und zusammenführende Bemerkungen: Der Kompetenzbegriff in internationaler Perspektive. In: ERTL, Hubert; SLOANE, Peter F. E. (Hrsg.): Kompetenzerwerb und Kompetenzbegriff in der Berufsausbildung in internationaler Perspektive. Paderborn 2005, S. 4–20
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (EU): Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Explaining the European Qualification Framework for Lifelong Learning. (2008). URL: http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/eqf/brochexp_bg.pdf (Zugriff: 08.02.2015)
- EVERS, Thomas: Kompetenzprofile der beruflichen Praxis – Methoden zur empirischen Analyse. In: WALKENHORST, Ursula; NAUERTH, Annette; BERGMANN-TYACKE, Inge; MARZINZIK, Kordula (Hrsg.): Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich. Bielefeld 2009, S. 167–179
- FICHTMÜLLER, Franziska; WALTER, Anja: Pflegen lernen: Empirische Begriffs und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen 2007

- GIESEKE, Wiltrud: Perspektivverschränkung. In: ARNOLD, Rolf; NOLDA, Sigrid; NUISSL, Ekkehard (Hrsg.): Wörterbuch Erwachsenenpädagogik. Heilbrunn, Obb 2001
- HÜLSKEN-GIESLER, Manfred; DÜTTORN, Nadin: Paradigmatischer Pluralismus als Herausforderung: das Beispiel Pflegewissenschaft. In: Österreichisches Religionspädagogisches Forum. 19. Jg., 2011, S. 56–61
- HÜLSKEN-GIESLER, Manfred: Qualifikationsrahmen in der Pflege – zwischen politischem Telos und fachwissenschaftlichen Anforderungen. In: bwp@ Spezial 5 – HT 2011, FT 14, 2011, S. 1–13
- HÜLSKEN-GIESLER, Manfred; KORPORAL, Johannes (Hrsg.): Fachqualifikationsrahmen Pflege für hochschulische Bildung. Berlin 2013
- KARSTENS, Uwe: Deutscher Qualifikationsrahmen: Erprobung und Kritik. In: Information Technology. Vol. 52 (3), 2010, S. 173–176
- KÜNKLER, Tobias: Lernen in Beziehung. Zum Verhältnis von Subjektivität und Relationalität in Lernprozessen. Bielefeld 2011
- SMITH, Pam: The emotional labour of nursing revisited. 2 Aufl. New York 2012
- WITZEL, Andreas: Das Problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Social Research. Vol. 1 (1), Art. 22. 2000. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519> (Zugriff: 07.07.2012)

IV. Das Berufsbildungspersonal in den Gesundheitsberufen

Katja Driesel-Lange, Christian Weyer

► Berufliche Entwicklungsprozesse angehender Lehrpersonen im Bereich Gesundheit/Pflege

Gut ausgebildete Lehrpersonen im Bereich „Gesundheit/Pflege“ sind nicht nur eine entscheidende Voraussetzung für gelingende berufliche Bildung in dieser Domäne. Auch langfristig stellen Lehrpersonen einen Garanten für eine fachlich-professionelle pflegerische Versorgung der Gesellschaft dar. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie zukünftige Lehrpersonen für die Berufsbildung im Bereich „Gesundheit/Pflege“ gewonnen und wie deren berufliche Entwicklung langfristig unterstützt werden kann. Hierzu soll zunächst geklärt werden, wer aus welchen Gründen Lehrerin oder Lehrer werden will, welche Berufswahlmotive und Interessen sich bestimmen lassen sowie welche darüber hinausgehenden berufswahlrelevanten Faktoren erfasst werden können. Die Ergebnisse der vorliegenden Fragebogenstudie geben erste Hinweise für die Gestaltung individueller Studien- und Berufsorientierungsangebote.

1. Problemaufriss

Die ausreichende Versorgung der Menschen durch ausgebildete Fachkräfte im Bereich „Gesundheit/Pflege“ ist eine wichtige Aufgabe, die auch die Frage aufwirft, ob die Qualifizierung dieser Fachkräfte durch entsprechendes Lehrpersonal abgesichert ist. Einhergehend mit dieser Frage und eingebettet in die Diskussion um die Förderung von Professionalisierungsprozessen zukünftiger Lehrerinnen und Lehrer, erlangt auch die Gewinnung zukünftiger Lehrpersonen im Bereich „Gesundheit/Pflege“ an Bedeutung. Daran anschließend sind erstens übergeordnete Überlegungen zur Förderung einer individualisierten, an der beruflichen Entscheidung orientierten Begleitung im Übergang Schule – Hochschule erforderlich (vgl. DRIESEL-LANGE 2011, S. 133; KRACKE u. a. 2013, S. 166 f.). Zweitens müssen insbesondere die berufsbezogenen Übergänge in den Blick genommen werden, die im Kontext der beruflichen Domäne „Gesundheit/Pflege“ charakteristisch sind, also der Weg vom Beruf in die Hochschule. Denn eine Erstausbildung in dem jeweiligen Beruf (hier: Pflege) wird häufig für schulisches Bildungspersonal in den Gesundheitsberufen vorausgesetzt (KMK 2016, S. 2). Drittens ist eine gezielte, frühzeitige Unterstützung der beruflichen Entwicklung junger Menschen hochschuldidaktisch bedeutsam (DENNER/SCHUMACHER 2014, S. 99).

Diese drei genannten Aspekte bilden die theoretischen Referenzpunkte sowohl für einen empirischen Zugang zur beruflichen Entwicklung künftiger Lehrpersonen im Bereich „Gesundheit/Pflege“ als auch für die Konzeption pädagogischer Begleitung beruflicher Entwicklungsprozesse. Ziel ist es, entsprechend zielgerichtete Aktivitäten in Schule und Hochschule auf der Basis empirisch begründbarer Überlegungen entfalten zu können. Daher sind insgesamt Erkenntnisse notwendig über

1. die berufliche Entwicklung von Schülerinnen und Schülern sowie deren Förderung durch Angebote der Berufsorientierung- und Studienorientierung, d. h., sie sind insbesondere gerichtet auf
 - ▶ Berufswahlprozesse von Schülerinnen und Schülern, vor allem mit Blick auf das Zustandekommen von Entscheidungen für spezifische berufliche Domänen,
 - ▶ Unterstützungspotenziale studien- und berufsorientierender Angebote mit Blick auf konkrete domänenspezifische Studienentscheidungen,
2. den Verlauf und die Förderung beruflicher Entwicklung von Lehramtsstudierenden, mit Bezug auf
 - ▶ Übergänge im Kontext Hochschule (Schule/Beruf – Hochschule; Hochschule – Beruf) unter Berücksichtigung endogener und exogener Einflussfaktoren und
 - ▶ Unterstützungspotenziale hochschulischer Angebote zur Förderung professioneller beruflicher Entwicklung mit Blick auf Lehrinhalte und Lerngelegenheiten zur beruflichen Entwicklung sowie deren hochschuldidaktische Konzeption.

Im Folgenden werden im Kontext der Frage zur Gewinnung künftiger Lehrpersonen für den Bereich „Gesundheit/Pflege“ die Berufswahlprozesse der Personen betrachtet, die bereits eine berufsbezogene Entscheidung getroffen und einen entsprechenden (Aus-)Bildungsweg an der Hochschule beschritten haben.

Die berufliche Entwicklung künftiger Lehrpersonen ist als langfristiger Lern- und Entscheidungsprozess zu verstehen, der sich bildungsinstitutionenübergreifend entfaltet. In diesem Prozess ist die Genese individueller berufsbezogener Interessen, Werte und Ziele auch verbunden mit schulischen, außerschulischen und familiären Lern- und Erfahrungsgelegenheiten. Die Entscheidung für den *Beruf* der Lehrerin/des Lehrers und damit für ein Lehramtsstudium ist Teil dieses komplexen Entwicklungsprozesses.

Die Frage, wer aus welchen Gründen Lehrerin oder Lehrer werden will bzw. warum Schülerinnen und Schüler diese Studienoption nicht einlösen, konnte z. B. mithilfe der Daten der Studie „Entwicklung von berufsspezifischer Motivation und pädagogischem Wissen in der Lehrerausbildung – EMW“ (vgl. KÖNIG u. a. 2013) beantwortet werden. Mithilfe weiterer Sekundäranalysen ist es möglich, diesbezüglich die Berufswahlmotive angehender Lehrerinnen und Lehrer, ihre Interessen und darüber hinausgehende berufswahlrelevante Faktoren zu erfassen (vgl. PUDERBACH 2016, S. 51 f.). Für vergleichende Analysen, die insbe-

sondere Aufschluss über künftige Lehrpersonen im Lehramt an Berufskollegs¹ geben, wurde eine ergänzende Fragebogenstudie am Studienstandort Münster mit Studierenden mindestens einer beruflichen Fachrichtung, darunter Studierende der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“², durchgeführt, um die oben beschriebenen Fragen zu beruflichen Entwicklungsprozessen von Lehramtsstudierenden empirisch zu erhellen.

2. Hintergrund der Studie

Seit mehreren Jahren gehört der Fachkräftemangel am deutschen Arbeitsmarkt zu einer der großen Herausforderungen im Kontext der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit. Dabei zeigt sich der beklagte Fachkräftemangel in Deutschland sowohl regional als auch branchenspezifisch in unterschiedlicher Weise: Insbesondere in den Bereichen der sogenannten MINT-Berufe³ und der Pflegeberufe fehlt perspektivisch qualifiziertes Personal. Nach einer Studie der BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE (BDA 2015) ist im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland bis 2035 insgesamt ein Bedarf von 960.000 Fachkräften, davon 70 Prozent mit Berufsabschluss, prognostiziert (BDA 2015, S. 13). Hier ist es wichtig, noch einmal innerhalb der einzelnen Berufsgruppen zu differenzieren. Auch wenn die Angaben zu den benötigten Fachkräften in quantitativer Weise variieren (vgl. VOSSELER 2015, S. 231), herrscht Konsens in Bezug auf den dringenden Bedarf im Bereich „Gesundheit/Pflege“.

Künftig wird also eine hohe Zahl an Fachkräften für die Berufe benötigt, die einen Berufsabschluss erfordern. Die nicht akademischen Gesundheitsberufe lassen sich nach ZÖLLER (2014, S. 11) kategorisieren. Dabei handelt es sich um

- (1) anerkannte Ausbildungsberufe im dualen System wie z. B. Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r, Orthopädietechnik-Mechaniker/-in, Augenoptiker/-in,
- (2) Ausbildungsgänge der bundesrechtlich geregelten Gesundheitsfachberufe, hier verstanden als nicht akademische Ausbildungen im Bereich der Human- und Veterinärmedizin wie Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie etc.

1 Im Folgenden wird nicht die von der KMK formulierte Bezeichnung „Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5)“ (KMK 2016, S. 1) gewählt, sondern die NRW-spezifische Bezeichnung „Lehramt an Berufskollegs“, da die hier vorgestellte Studie an einem Ausbildungsstandort in NRW durchgeführt wurde.

2 Abweichend von der Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5), die Gesundheit und Pflege als einzelne Fachrichtungen versteht bzw. die Fachrichtung Gesundheit zusammen mit der Fachrichtung Körperpflege aufführt (KMK 2016, S. 5), lautet die Bezeichnung der beruflichen Fachrichtung am Ausbildungsstandort Münster „Gesundheit/Pflege“.

3 MINT steht für **M**athematik, **I**nformatik, **N**aturwissenschaft und **T**echnik.

Die entsprechenden Rechtsgrundlagen für diese Ausbildungen sind das Berufsbildungsgesetz (BBiG), die Handwerksordnung (HwO) (1) und Berufszulassungsgesetze sowie Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen nicht ärztlicher Heilberufe (2) (vgl. ZÖLLER 2014, S. 8).⁴

Für den Bereich „Gesundheit/Pflege“ ist eine Reihe von Qualifizierungsoptionen auf nicht akademischem Niveau entstanden. Im Zuge der quantitativen Entwicklung (ZÖLLER 2014, S. 9) wird damit auch die Frage nach einer Sicherstellung der Qualität der Ausbildung und damit nach der Bereitstellung von gut ausgebildeten Lehrpersonen für diesen Bereich aufgeworfen. Der WISSENSCHAFTSRAT (2012) konstatiert dahin gehend: „Gerade mit Blick auf den nicht zuletzt auch quantitativ wachsenden Bedarf an Versorgungsleistungen ist das an berufsbildenden Schulen qualifizierte Personal von zentraler Bedeutung“ (WISSENSCHAFTSRAT 2012, S. 84).

Die Forderung nach einer Sicherung beruflicher Ausbildung durch die Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern für berufsbildende Schulen erhielt auch mit regionalen Bezügen Gewicht: Im Kontext der prognostizierten personellen Entwicklung an den nordrhein-westfälischen Berufskollegs – insbesondere in den gewerblich-technischen Fächern – sah sich die Landesregierung im Jahre 2012 dazu veranlasst, eine Expertenkommission unter der Leitung von Prof. Heinz-Elmar TENORTH zur Bilanzierung der Entwicklung des Berufsschullehramts einzuberufen (vgl. TENORTH/KABAUM 2013). In den Empfehlungen dieser „Expertenkommission zur Sicherung der Lehrkräfteversorgung an den Berufskollegs in Nordrhein-Westfalen“ wird hinsichtlich der Ausbildung für das Lehramt an Berufskollegs besonders die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung der Ausbildung betont, die ebenso grundlegend für die Zunahme des Studieninteresses ist, wie auch die Notwendigkeit der Herausarbeitung eines Profils, das neue Strukturen des Studiums erkennen lässt und nicht nur auf Übergangsmaßnahmen abzielt. In diesem Zusammenhang wird u. a. darauf hingewiesen, dass für die weitere Entwicklung kooperative Modelle, wie die des Studienstandortes Münster⁵, landesweit auszubauen seien, um vor allem längerfristig einen grundständig ausgebildeten Nachwuchs an Lehrerinnen und Lehrern, insbesondere für die gewerblich-technischen Fächer, zu sichern (vgl. TENORTH/KABAUM 2013, S. 5). „Lehrerinnen und Lehrer an den Berufskollegs sind die zentralen Garanten der dualen Ausbildung in Nordrhein-Westfalen. Sie tragen heute dazu bei, den Fachkräftemangel von morgen zu entspannen“, so lässt die LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN (2013, S. 1) verlauten.

4 Die Zuständigkeit für die 17 Ausbildungsberufe, die nicht nach BBiG und HwO ausgebildet werden, liegt beim Bundesministerium für Gesundheit bzw. für die Altenpflegeausbildung beim Bundesministerium für Familie, Jugend, Frauen und Senioren. Zudem existieren noch Ausbildungen, die nach landesrechtlichen Vorgaben geregelt sind (z. B. Altenpflegehilfe).

5 Die Westfälische Wilhelms-Universität Münster (WWU) und die Fachhochschule Münster (FH Münster) kooperieren bei der Lehramtsausbildung seit nunmehr knapp 15 Jahren. Am Institut für berufliche Lehrerbildung (IBL) der Fachhochschule Münster werden dabei die für das Lehramt an Berufskollegs berufsbildenden Teilstudiengänge angeboten. Alle allgemeinbildenden Teilstudiengänge, das bildungswissenschaftliche Studium, Deutsch für Schülerinnen und Schüler mit Zuwanderungsgeschichte und die Allgemeinen Studien werden von der Universität Münster verantwortet.

Infolge dieser Standortbestimmung und weiterer Empfehlungen wurde auch am Studienstandort Münster ein kooperatives Projekt speziell zur Förderung und Entwicklung des gewerblich-technischen Lehramtes initiiert und implementiert.

Unter dem Projektnamen „BK-Inno“ werden sowohl an der Fachhochschule Münster (FH Münster) als auch an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (WWU) – hier am Institut für Erziehungswissenschaft, in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Berufsorientierungs- und Berufsverlaufsforschung (ZBB) – Teilprojekte zum o. g. Thema bearbeitet sowie gemeinsame Projektziele verfolgt. Grundsätzlich ist das Vorhaben so angelegt, dass die Thematik der Sicherung künftiger Fachkräfte mehrperspektivisch bearbeitet wird. Im Mittelpunkt⁶ stehen dabei sowohl Aspekte der Lehrorganisation, der innovativen Studienorientierung und -beratung als auch die forschungsorientierte Auseinandersetzung mit Fragen der Gewinnung künftiger Lehrpersonen. Letztere mündet in die zentrale Forschungsfrage des Projekts. Diese zielt auf die Untersuchung der Motive ab, die für Studienberechtigte ausschlaggebend sind, sich für ein Lehramtsstudium für die Schulform Berufskolleg zu entscheiden, bzw. welche Gründe dagegen sprechen und warum die Wahl u. U. dann auf ein alternatives Lehramtsstudium fällt.

Mögliche Bildungswege von Studienberechtigten und Entscheidungen für einen Lehramtsstudiengang sollten jedoch im Gesamtkontext des Wahl- und Entscheidungsverhaltens von Studienberechtigten insgesamt betrachtet werden. Aktuell nehmen knapp drei Viertel der Studienberechtigten ein Studium an der Hochschule auf (vgl. SCHNEIDER/FRANKE 2014, S. 2). Die Einlösung der Studienberechtigung ist abhängig von der Schulart, auf der die Hochschulzugangsberechtigung erworben wurde und steht in Abhängigkeit von geschlechts- und herkunftsbezogenen Aspekten. Frauen entscheiden sich weniger häufig für einen akademischen Bildungsweg als Männer. Die beliebtesten Studiengänge sind die Wirtschaftswissenschaften (14 Prozent), der Maschinenbau (9 Prozent) und die Lehramtsstudiengänge (8 Prozent). Trotz aller Bemühungen im Kontext der Studienorientierung folgt die Studienwahl nach wie vor geschlechtstypischen Mustern (vgl. SCHNEIDER/FRANKE 2014, S. 74). Kritisch zu sehen sind die hohen Abbrecherquoten. Von den Studienberechtigten des Jahrgangs 2012 beendeten 23 Prozent der Studierenden an einer Fachhochschule und 33 Prozent der Studierenden an einer Universität ihr Studium vorzeitig, bevor sie einen Studienabschluss erreicht haben. In den Studiengängen des Lehramtes sind die Abbrecherquoten geringer als im Durchschnitt (12 Prozent) (vgl. HEUBLEIN u. a. 2014, S. 8). Wird der Blick auf die Bemühungen der Schülerinnen und Schüler im Kontext der Studien- und Berufsorientierung gerichtet, ist festzustellen, dass die Gruppe der Jugendlichen, die eine Hochschulzugangsberechtigung erwirbt, am wenigsten planvoll bei der Entscheidung für einen nachschulischen Werdegang vorgeht. Obwohl sie über die größtmögliche Zahl an nachschulischen Optionen verfügen, wählen sie ihre Anschlusswege sehr spät und weniger geplant als Jugendliche, die keine Studienberech-

6 Das insgesamt fünfjährige Projekt wird vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes NRW gefördert und ist im zweiten Halbjahr 2014 angelaufen.

tigung erwerben (vgl. DRIESEL-LANGE 2011, S. 138). Die Ursachen hierfür müssen zumindest teilweise im Kontext der historischen Entwicklung der Studien- und Berufsorientierung, insbesondere an Gymnasien, gesehen werden. Lange Zeit hatte die Förderung der Berufswahlkompetenz an Schulen, die Mädchen und Jungen eine akademische Laufbahn ermöglichen, einen geringeren Stellenwert, als dies in anderen Schulformen der Fall ist (vgl. im Überblick DRIESEL-LANGE 2011, S. 129 ff.).

3. Die berufliche Entwicklung angehender Lehrpersonen am Berufskolleg

Bislang liegen zur beruflichen Entwicklung von Studierenden mit Berufsziel Lehrerin oder Lehrer am Berufskolleg wenige Studien vor, die an spezifische berufswahltheoretische Modelle wie dem Erwartungswert-Modell (WIGFIELD/ECCLES 2000, S. 69) anschließen und damit Erklärungskraft dahin gehend besitzen, ob es sich hier um eine besondere Gruppe von Studierenden des Lehramts handelt. Diese unterscheiden sich möglicherweise in ihren Erfahrungen, Motiven und Interessen der Berufswahl von anderen Lehramtsstudierenden, wie dies beispielsweise KÖNIG u. a. (2013) oder auch PUDERBACH (2016) in Bezug auf das Lehramtsstudium für andere Schulformen zeigen konnten. Diese Befunde sollen jedoch künftig zum einen die Ausgangsbasis für Berufs- und Studienorientierungskonzepte bilden, die insbesondere das Lehramt an Berufskollegs fokussieren. Zum anderen sind die Erkenntnisse für die Unterstützung von Professionalisierungsprozessen im Kontext der Lehramtsausbildung bedeutend.

Somit gilt es, folgende Fragen zu beantworten: Welche Motive liegen der Studien- resp. Berufswahlentscheidung zugrunde? Welche beruflichen Entwicklungsziele werden mit dem Lehrberuf verbunden? Welche ggf. lehramtspezifischen Orientierungsprozesse lassen sich nachvollziehen? Wer entscheidet sich insbesondere für ein Lehramtsstudium im Bereich „Gesundheit/Pflege“?

Als Ausgangsbasis zur Beantwortung dieser Fragen über Lehramtsstudierende insgesamt lässt sich auf Grundlage der Befunde der Studie von KÖNIG u. a. (2013) resümieren, dass sie bereits mit praktischen pädagogischen Erfahrungen ein Studium aufnehmen und auch ihre eigene Lehrbefähigung wahrnehmen. Im Hinblick auf die Berufswahlmotive und -interessen von Lehramtsstudierenden ist bekannt, dass ihnen die Förderung von Kindern und Jugendlichen ebenso wichtig ist wie die Leistung eines sozialen Beitrags für die Gesellschaft. Auch verbinden sie mit dem Lehrberuf den Aspekt der Sicherheit (vgl. KÖNIG u. a. 2013, S. 575 ff.).

Werden die Lehramtsstudierenden differenziert im Kontext ihrer Schularten betrachtet, zeigen sich Unterschiede in den grundlegenden Interessen. Studierende mit dem Berufsziel Lehrer/-in am Gymnasium zeichnen sich durch ein hohes Fachinteresse aus, während bei Studierenden mit dem Berufsziel Lehrer/-in an der Grundschule eher ein hohes pädagogisches Interesse im Mittelpunkt steht. Eine besondere Gruppe unter den Lehramtsstudierenden bilden diejenigen, die die sogenannten MINT-Fächer studieren. Diese künftigen Lehrpersonen

ähneln in ihren fachlichen Interessen eher den Studierenden, die sich allgemein für MINT-Fächer interessieren. In ihren beruflichen Perspektiven rücken sie eher in die Nähe der anderen Lehramtsstudierenden (GOTTSCHLICH/PUDERBACH 2013, S. 62). Erste Befunde zu Eingangsmerkmalen von Lehramtsstudierenden liegen zudem für Studiengänge mit dem Ziel Lehramt der Sekundarstufe I für den Haupt- und Realschulzweig vor (vgl. im Überblick PUDERBACH 2016, S. 49 ff.). Die Entscheidung für dieses Lehramt wird stärker von extrinsischen Motiven getragen, z. B. der geringen Schwierigkeit des Studiums (RETELSDORF/MÖLLER 2012; zit. nach PUDERBACH 2016, S. 49), bzw. erfolgt bei den Studierenden dieses Lehramtstyps häufiger aufgrund mangelnder Alternativen (WEISS u. a. 2009, S. 133). PUDERBACH (2016) kommt in seiner Studie an sächsischen Studierenden mit dem Ziel Lehramt an der Sekundarstufe I (Mittelschule) zu dem Ergebnis, dass sich zwei Gruppen unterschiedlicher Studienwahlmotive darstellen lassen. Eine Gruppe entscheidet sich für diese Schulform aufgrund eigener schulbiografischer Erfahrungen – der Besuch der Mittelschule als Passage auf dem Weg zum Abitur. Für die andere Gruppe stellt die Wahl des Mittelschullehramts eine Notlösung dar, wenn ein Studium im bevorzugten Lehramtstyp nicht aufgenommen werden konnte (vgl. ebd., S. 62).

Nachfolgend wird eine Studie dargestellt, die angehende Lehrpersonen mit der gewählten Schulform *Berufskolleg* im Hinblick auf deren berufliche Entwicklungsprozesse, vor allem im Hinblick auf ihre Berufswahlmotivation, untersucht hat. Damit wird ein bestehendes Forschungsdesiderat aufgegriffen, das in den oben dargelegten Diskurs einzuordnen ist.

3.1 Theoretischer Hintergrund und empirische Bezüge der vorliegenden Studie

Um mehr Studierende für ein Studium zum Lehramt Berufskolleg in NRW zu gewinnen, ist es zunächst erforderlich, Klarheit darüber zu erlangen, wer Lehrerin bzw. Lehrer am Berufskolleg wird. Es stellt sich die Frage, ob sich diese Lehramtsstudierenden insgesamt von Studierenden anderer Lehramtstypen im Hinblick auf ihre motivationalen Haltungen und beruflichen Interessen sowie bildungsbiografischen Erfahrungen unterscheiden. Zudem ist nicht geklärt, ob sich die Gruppe der Studierenden mit Ziel Lehramt an Berufskollegs als eine homogene Gruppe darstellt. Möglicherweise gibt es bedeutsame Unterschiede in den berufswahlbezogenen Motiven in Abhängigkeit der Studienrichtungen (z. B. gewerblich-technische Studienrichtungen, Hauswirtschaft und Ernährung, Gesundheitsberufe).

Zur Erklärung von *Bildungsentscheidungen* wird häufig der theoretische Ansatz der rationalen Wahl (Rational Choice Theory – RCT) herangezogen, der die Abwägung von Kosten, Nutzen und Erfolgswahrscheinlichkeit postuliert (vgl. z. B. BECKER/HECKEN 2007, S. 102 f.). Im Kontext *berufsbezogener Entscheidungen* haben Erwartungswert-Modelle Aussagekraft (WIGFIELD/ECCLES 2000, S. 69). Zur Modellierung von berufsbezogenen Entscheidungen künftiger Lehrpersonen wurde daran schließend das Fit-Choice-Modell (Factors influencing teaching as a career choice) zur Erfassung berufswahlrelevanter Faktoren (vgl. RICHARDSON/

WATT 2006; WATT/RICHARDSON 2007; deutsche Fassung dokumentiert in KÖNIG/ROTHLAND 2012, zit. nach KÖNIG/ROTHLAND 2013, S. 51) entwickelt. Das Modell unterscheidet Selbstwahrnehmungen (wahrgenommene Lehrbefähigung), intrinsische Motive (Interesse und Freude am Unterrichten), den sozialen Nutzen (einen sozialen Beitrag leisten) und den persönlichen Nutzen (Jobsicherheit, Vereinbarkeit von Beruf und Familie). Weiterhin wird konstatiert, dass die Entscheidung für den Beruf der Lehrerin bzw. des Lehrers neben den genannten Aspekten ebenso abhängig ist von den wahrgenommenen berufsbezogenen Aufgaben und sozialisatorischen Einflüssen. Auch die Frage, ob die Entscheidung für den Lehrerberuf die erste Wahl oder eher eine Notlösung darstellt, erfährt im Modell Berücksichtigung (WATT u. a. 2012, S. 793 f.).

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Überlegungen ist die Studie „Entwicklung von berufsspezifischer Motivation und pädagogischem Wissen in der Lehrerausbildung – EMW“ (vgl. KÖNIG u. a. 2013) zu verorten, auf die in diesem Beitrag Bezug genommen werden soll. Das Ziel der EMW-Studie war es, mithilfe des international anschlussfähigen Fit-Choice-Instruments (Motivational factors influencing teaching as a career choice) relevante Faktoren für die Berufsentscheidung Lehramt in Deutschland, Österreich und der Schweiz zu untersuchen, um so Hinweise auf eine optimierte Nachwuchsrekrutierung für den Lehrerberuf zu erhalten (vgl. RICHARDSON/WATT 2006; WATT/RICHARDSON 2007; deutsche Fassung dokumentiert in KÖNIG UND ROTHLAND 2012). Insgesamt wurden 6.601 Studierende unterschiedlicher Lehrämter von 32 Hochschulen aus Deutschland (n = 4.402), Österreich (n = 1.585) und der Schweiz (n = 614) befragt. „Die Zielpopulation sind Studienanfänger im Lehramt, 1. Fachsemester, aller Studiengänge mit Ausnahme der Lehrämter für Berufskollegs“, die aufgrund der Bedingungen, die von den Forschern an die Stichprobe gestellt wurden, nicht betrachtet werden konnten.⁷ Die Autorinnen und Autoren belegen, dass das Konstrukt für deutschsprachige Länder Verwendung finden kann und sich ähnliche Ergebnisse in den drei Ländern finden lassen. Im Zuge der Diskussion um Nachwuchs im Lehrerberuf belegen die Ergebnisse, dass hier insbesondere pädagogische Erfahrungen – unabhängig davon, ob es sich hierbei um Unterrichts- oder Erziehungserfahrungen handelt – die Berufswahl und die Zufriedenheit mit dieser Wahl positiv beeinflussen. Für den vorliegenden Beitrag kann als zentrales Ergebnis festgehalten werden, dass u. a. die intrinsische Motivation und die selbst wahrgenommene Lehrbefähigung dominierende, die Berufswahl beeinflussende Faktoren darstellen (KÖNIG u. a. 2013, S. 575).

3.2 Fragestellung

Unter Berücksichtigung des theoretischen Hintergrunds und der empirischen Befunde der Hauptuntersuchung (EMW) wurden für diesen Beitrag, der Lehramtsstudierende für die Schulform Berufskolleg fokussiert, folgende Fragestellungen abgeleitet:

⁷ Vgl. vertiefend KÖNIG/ROTHLAND u. a. (2013, S. 561 f.) zur Zusammensetzung der Stichprobe.

Welche Gründe geben zukünftige Lehrpersonen an Berufskollegs insgesamt für ihre Studien- und Berufswahl an, d. h., welche Berufswahlmotivationen liegen ihrer Entscheidung zugrunde?

Welche berufsrelevanten Interessen – hier für den Bereich „Gesundheit/Pflege“ – spielen bei der Berufswahl eine Rolle?

Welche biografischen Einflüsse zeigen sich im Kontext der Entscheidung für den Bereich „Gesundheit/Pflege“?

Mithilfe der neu gewonnenen Daten (EMW-E) (vgl. Kapitel 3.4) können, im Anschluss an die im Fit-Choice-Modell beschriebenen Faktoren (WATT u. a. 2012, S. 793), Aussagen über Berufswahlmotivationen, berufsrelevante Interessen und darüber hinausführende Faktoren angehender Lehrkräfte für das Berufskolleg im Allgemeinen und für die Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ im Besonderen getroffen werden. Damit wird ein erster Schritt in der Klärung der Forschungsfrage „Wer wird aus welchen Gründen Lehrer/-in an Berufskollegs, warum bzw. warum nicht?“ mit besonderem Fokus auf den Bereich „Gesundheit/Pflege“ möglich sein.

3.3 Durchführung

3.3.1 Stichprobe

Die Erweiterung der Studie EMW (EMW-E) wurde zunächst mittels einer Nacherhebung unter Studierenden mit dem Berufsziel Lehramt an Berufskollegs am Studienstandort Münster durchgeführt. In einem nächsten Schritt soll die Stichprobe der Studie auf weitere Ausbildungsstandorte mit der Zielrichtung Lehramt an berufsbildenden Schulen in Nordrhein-Westfalen und anderen Bundesländern ausgeweitet werden. Diese Ausweitung erfolgt zum einen, um die Quantität sowie die Qualität der gewonnenen Daten zu erhöhen, und zum anderen, um mögliche Standorteffekte zu klären. Zudem sollen perspektivisch auch konkrete Ansatzpunkte für hochschuldidaktische Überlegungen und die Studien- und Berufsorientierung benannt werden können (vgl. Kapitel 1).

Insgesamt konnten bei der Nacherhebung (EMW-E) am Studienstandort Münster 242 Studierende des Lehramts für Berufskollegs⁸ befragt werden. Unter den beruflichen Fachrichtungen ist der für diesen Beitrag relevante Bereich „Gesundheit/Pflege“ mit 80 Studierenden neben der Fachrichtung „Ernährungs- und Hauswirtschaftswissenschaft“ (76 Studierende) am prominentesten vertreten. Die restlichen Studierenden verteilen sich auf die Fachrichtungen Bautechnik (n = 22), Mediendesign und Designtechnik (n = 15), Maschinenbau (n = 5), Informationstechnik (n = 4), Elektrotechnik (n = 2) und Sonstige (n = 6). Übrige Angaben konnten keiner beruflichen Fachrichtung zugeordnet werden.

8 Es wurden alle Lehramtsstudierenden mit dem Ziel Lehramt an Berufskollegs (Bachelor und Master) befragt, die im Sommersemester 2015 an der Westfälischen Wilhelms-Universität eingeschrieben waren (N = 554).

Um nun Hinweise auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Studierenden des Lehramts für Berufskollegs erhalten zu können, wurden drei Gruppen gebildet: Zum einen wurden Studierende betrachtet, die die berufliche Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ gewählt haben ($n = 80$). Eine Vergleichsgruppe stellen alle anderen Berufskollegstudierenden dar ($n = 162$). Eine weitere Vergleichsgruppe setzt sich aus den EMW-Daten zusammen. Hier wurden Studierende ausgewählt, die die Sekundarstufe II als Zielschulform⁹ angegeben haben – mit der Einschränkung, dass hier nur die Studierenden Berücksichtigung finden, die kein MINT-Fach studieren ($n = 608$). Die Begründung für die gewählte Zusammensetzung der Stichprobe liefern GOTTSCHLICH und PUDERBACH (2013), die beschreiben, dass die Ähnlichkeit in den berufsbezogenen Interessen zwischen den Studierenden der Lehrämter mit unterschiedlichen Schulformen durchaus gegeben ist. MINT-Lehramtsstudierende jedoch sind in ihren Interessen eher den grundständigen MINT-Studierenden ähnlich. Daher erfolgte die Auslassung der Lehramtsstudierenden der MINT-Fächer in der zweiten Kontrollgruppe.

3.3.2 Instrumente

Auf Basis der EMW-Studie von KÖNIG/ROTHLAND u. a. (2013) wurden mithilfe des Fit-Choice-Instruments (vgl. RICHARDSON/WATT 2006; WATT/RICHARDSON 2007; deutsche Fassung dokumentiert in KÖNIG/ROTHLAND 2012) folgende Faktoren mittels eines siebenstufigen Antwortformates (Likert-Skala) erfasst:

- ▶ Berufswahlmotivation: 11 Skalen (34 Items),
- ▶ berufsbezogene Überzeugungen: vier Skalen (13 Items),
- ▶ Zufriedenheit mit der Berufswahl Lehramt: eine Skala (2 Items) sowie
- ▶ negativer Einfluss Dritter auf ihre Berufswahl: eine Skala (3 Items).

Für den vorliegenden Beitrag wurden darüber hinaus soziodemografische Daten (z. B. Geschlecht, Alter) erhoben sowie u. a. der Stand der Schulbildung oder der höchste berufsbildende Abschluss abgefragt. Befragt wurden die Studierenden auch hinsichtlich familiärer Berührungspunkte mit dem Beruf der Lehrkraft.

Die Befragung wurde als onlinegestütztes Verfahren durchgeführt.

3.4 Ergebnisse

Die unter den Studierenden der WWU und FH Münster gezogene Stichprobe setzt sich aus 77,1 Prozent weiblichen und 22,9 Prozent männlichen Studierenden zusammen. Während sich die geschlechtsspezifische Zusammensetzung in den gewerblich-technischen Fächern nahezu gleich verteilt (43,5 Prozent weiblich, 56,5 Prozent männlich), dominiert der weibliche Anteil in der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ deutlich (92,5 Prozent). Etwa ein Viertel

⁹ Korrespondierend zur EMW-Studie werden hier die Lehramtsstudierenden erfasst, die den Sekundarbereich II und das Gymnasium, aber nicht die berufsbildende Schule als Zielschulform angeben.

(26,3 Prozent) der für diesen Beitrag relevanten Zielgruppe der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ hat das Abitur nicht am Gymnasium abgelegt – dies entspricht dem Antwortverhalten der Gesamtstichprobe (26,9 Prozent). Nahezu zwei Drittel (62,5 Prozent) der Studierenden mit der beruflichen Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ können zudem auf eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung zurückblicken. Damit ist dieser Anteil höher als in der Gesamtstichprobe (50 Prozent). Etwa jede/-r fünfte (20,3 Prozent) Studierende der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ kommt aus einem Elternhaus mit mindestens einem Elternteil, das ebenfalls als Lehrkraft tätig ist. Insgesamt unterscheiden sich diese Studierenden jedoch nur marginal von der Gesamtstichprobe (20,6 Prozent).

Hinsichtlich der Adaption der EMW-Untersuchung wurden zunächst die für die Fragestellung relevanten Faktoren ausgewählt und mittels einer konfirmatorischen Faktorenanalyse überprüft: Wie nehmen die Studierenden ihre Ausgangslage während des Studiums und vor Eintritt in den Beruf der Lehrerin bzw. des Lehrers wahr? In diesem Zusammenhang spielen Fragen nach der Einschätzung der eigenen Lehrexpertise bzw. die Selbstwahrnehmung als Expertin bzw. Experte eine entscheidende Rolle. Es kann davon ausgegangen werden, dass die befragten Studierenden die Notwendigkeit der Verfügbarkeit von Wissen (Fachwissen, Expertenwissen) als Voraussetzung für die Arbeit als Lehrperson einschätzen können. Dieser Eindruck wird gut durch die Ergebnisse der Skala „Lehrexpertise/Lehrer als Experte“ widerspiegelt: Die benötigte Expertise wird insgesamt, aber auch insbesondere für den Bereich „Gesundheit/Pflege“, sehr hoch eingeschätzt (vgl. Abbildung 1).

Ebenfalls zur Ausgangslage zu zählen ist die damit verbundene Frage, wie sich die Studierenden hinsichtlich ihrer Lehrbefähigung selbst einschätzen und diese wahrnehmen. Die Mittelwerte für die Skala „Wahrgenommene Lehrbefähigung“ zeugen insgesamt von einer optimistischen Einstellung. Hier hebt sich die Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ sogar statistisch signifikant von den Sekundarstufe-II-Studierenden ab ($p < 0.05$). Generell schätzen Studierende des Lehramts an Berufskollegs ihre Kompetenzen hier im Vergleich mit ihren Kommilitonen und Kommilitoninnen der Zielschulform Sekundarstufe II statistisch signifikant höher ein ($p < 0.05$).

Zusätzlich zu den gerade genannten Einschätzungen angehender Lehrpersonen zeigt sich, dass Studierende ihr künftiges Berufsfeld als komplex in Bezug auf wahrgenommene Herausforderungen, die mit dem Eintritt ins Berufsleben bewältigt werden müssen, wie beispielsweise „Schwierigkeiten bei der Berufsausbildung und berufliche Beanspruchungen“, einschätzen. Befragt man die Studierenden zu emotionalen Beanspruchungen oder der Quantität der anstehenden Arbeit, so kann festgestellt werden, dass auf einem relativ hohen Antwortniveau geantwortet wird und dass sich die Berufskollegstudierenden generell, aber auch die Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“, wieder signifikant von angehenden Lehrerinnen und Lehrern der Sekundarstufe II unterscheiden und „Schwierigkeiten bei der Berufsausbildung und beruflichen Beanspruchungen“ von dieser Gruppe in einem höheren Maße wahrgenommen werden ($p < 0.05$).

Eine weitere wichtige Herausforderung des Arbeitslebens ist die „Vereinbarkeit von Fa-

milie und Beruf“. In den Ergebnissen der Erfassung dieses Aspekts zeigen sich auf einem mittleren Antwortniveau deutliche Unterschiede zwischen den drei erwähnten Gruppen, insbesondere zwischen der beruflichen Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ und den Studierenden eines Lehramts für die Sekundarstufe II. Dem Lehramt an Berufskollegs wird weniger Kompatibilität mit dem privaten Familienleben zugeschrieben als der Vergleichsgruppe (Lehramt Sekundarstufe II, $p < 0.05$).

Aber welche möglichen Motive zur Aufnahme eines Studiums für das Lehramt an Berufskollegs lassen sich empirisch untermauern?

„Berufliche Sicherheit“ scheint insgesamt eine wichtige Rolle unter den Berufswahlmotiven einzunehmen. Dies gilt insbesondere für Studierende für das Lehramt an Berufskollegs. Studierende der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ bewerten den Stellenwert einer sicheren Stelle, einer sicheren Berufslaufbahn und eines gesicherten Einkommens zudem signifikant höher als Studierende für ein Lehramt in der Sekundarstufe II ($p < 0.05$), was ebenso für Studierende der anderen beruflichen Fachrichtungen zutrifft ($p < 0.01$).

Eine ähnliche Motivation für die Ergreifung eines Lehramtsstudiums mit der Ausrichtung auf Berufskollegs – und hier speziell mit der beruflichen Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ – scheint die Bezahlung darzustellen. Studierende antworten insgesamt auf einem hohen Antwortniveau. Studierende mit der Ausrichtung Lehramt an Berufskollegs im Allgemeinen und mit der beruflichen Fachrichtung im Besonderen bewerten die Bezahlung in ihrem zukünftigen Beruf signifikant positiver als Lehramtsstudierende für die Sekundarstufe II ($p < 0.01$).

Die Wahl eines Lehramtsstudiums kann durch einen „positiven Einfluss Dritter auf die Berufswahlentscheidung“ beeinflusst werden. Insgesamt wird auf einem leicht überdurchschnittlichen Niveau geantwortet. Während Studierende eines Lehramtsstudiums für die Sekundarstufe II eine Bestärkung aus ihrem sozialen Umfeld (Familie, Freunde) eher weniger bemerkt haben, scheinen Peergroups und Familie auf Lehramtsstudierende für Berufskollegs einen positiven Einfluss zu haben. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen des Berufskollegs und den Studierenden für die Sekundarstufe II sind statistisch bedeutsam ($p < 0.01$).

Die „intrinsische Motivation“ liegt bei Studierenden für ein Lehramt in der Sekundarstufe II deutlich und statistisch signifikant über der „intrinsischen Motivation“ von Lehramtsstudierenden für das Berufskolleg ($p < 0.01$). Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass alle hier relevanten Gruppen von Lehramtsstudierenden ihr Studium aus einer stark intrinsisch motivierten Haltung aufgenommen haben.

Deutliche, statistisch signifikante Unterschiede sind auf einem mittleren Antwortniveau hinsichtlich der „Zufriedenheit mit der Berufswahl“ zwischen den Schulformen zu verzeichnen. Während Studierende eines Lehramts für die Sekundarstufe II mit ihrer Berufswahl recht zufrieden zu sein scheinen, liegt die Bewertung der Entscheidung, Lehrerin oder Lehrer werden zu wollen, von Studierenden mit der Ausrichtung Lehramt an Berufskollegs nur knapp über dem natürlichen Mittelwert der Skala. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen des Berufskollegs einerseits und den Studierenden für die Sekundarstufe II sind statistisch si-

gnifikant ($p < 0.01$). Mit Blick auf die niedrigen Mittelwerte in Bezug auf die Unsicherheit bei der Berufswahl scheint der Entschluss, ein Lehramtsstudium aufzunehmen, keine „Verlegenheitslösung“ darzustellen. Dies gilt weder für Lehramtsstudierende mit der Ausrichtung auf Berufskollegs noch für diejenigen, die zukünftig in der Sekundarstufe II unterrichten werden.

Abbildung 1: Kennwerte der Skalen

Skalename und Beispielitem		(1) Sek. II (ohne MINT)	(2) BK gesamt	(3) BK ges./ Pflege
<i>Lehrerexpertise/Lehrer als Experte</i> 3 Items, $\alpha = .85$ Beispielitem: „Sind Sie der Meinung, dass der Lehrerberuf ein hohes Maß an Expertenwissen voraussetzt?“	<i>M</i>	5,36	5,28	5,67
	<i>SD</i>	1,19	1,16	1,07
<i>Wahrgenommene Lehrbefähigung</i> 3 Items, $\alpha = .85$ Beispielitem: „Ich möchte Lehrer/-in werden, denn ich habe die Qualitäten eines guten Lehrers/einer guten Lehrerin.“	<i>M</i>	5,47	5,69	5,71
	<i>SD</i>	0,94	0,86	0,80
<i>Schwierigkeit der Berufsausübung und berufliche Beanspruchung</i> 3 Items, $\alpha = .75$ Beispielitem: „Sind Sie der Meinung, dass Lehrer/-innen sehr viel arbeiten müssen?“	<i>M</i>	5,58	5,83	5,88
	<i>SD</i>	0,91	0,73	0,94
<i>Vereinbarkeit von Familie und Beruf</i> 5 Items, $\alpha = .85$ Beispielitem: „Ich möchte Lehrerin/Lehrer werden, denn die Arbeitszeiten eines Lehrers/einer Lehrerin lassen sich gut mit der Verantwortung für eine Familie vereinbaren.“	<i>M</i>	4,54	4,25	4,13
	<i>SD</i>	1,41	1,17	1,36
<i>Berufliche Sicherheit</i> 3 Items, $\alpha = .90$ Beispielitem: „Ich möchte Lehrer/-in werden, denn als Lehrer/-in hat man eine sichere Stelle.“	<i>M</i>	5,12	5,59	5,64
	<i>SD</i>	1,29	1,12	1,12
<i>Bezahlung</i> 2 Items, $\alpha = .96$ Beispielitem: „Sind Sie der Meinung, dass Lehrer/-innen gut bezahlt werden?“	<i>M</i>	4,66	5,30	5,31
	<i>SD</i>	1,10	1,15	1,28
<i>Positiver Einfluss Dritter auf die Berufswahlentscheidung</i> 3 Items, $\alpha = .87$ Beispielitem: „Ich möchte Lehrer/-in werden, denn meine Familie findet, ich sollte Lehrer/-in werden.“	<i>M</i>	3,50	4,36	4,39
	<i>SD</i>	1,65	1,50	1,53
<i>Intrinsische Berufswahlmotivation</i> 3 Items, $\alpha = .67$ Beispielitem: „Ich möchte Lehrer/-in werden, denn mich interessiert der Lehrerberuf.“	<i>M</i>	5,83	5,39	5,26
	<i>SD</i>	0,99	1,05	1,02
<i>Zufriedenheit mit der Berufswahl</i> 2 Items, $\alpha = .95$ Beispielitem: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Entscheidung, Lehrer/-in zu werden?“	<i>M</i>	5,78	4,26	4,33
	<i>SD</i>	1,18	0,74	0,60
<i>Verlegenheitslösung</i> 3 Items, $\alpha = .57$ Beispielitem: „Ich war mir nicht sicher, welchen Beruf ich wählen sollte.“	<i>M</i>	2,06	2,00	2,09
	<i>SD</i>	1,23	1,15	1,05

3.5 Diskussion

Die Ergebnisdarstellung zeigt für Studierende der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ einige Übereinstimmungen mit Studierenden anderer Fächergruppen des Berufskollegs sowie eines Lehramts für die Sekundarstufe II. Dies betrifft insbesondere die Wahrnehmung des Lehrberufs als eine Profession, die laut Einschätzung der Studierenden ein hohes Maß an *Experten- und Fachwissen* voraussetzt. Des Weiteren ist kein nennenswerter Unterschied zwischen den Studierenden, die in der Studie von KÖNIG u. a. (2013) untersucht wurden, und den Studierenden des Lehramts für das Berufskolleg hinsichtlich des Berufswahlmotivs festzustellen: Die Entscheidung für das Studium ist demnach keine *Verlegenheitslösung*.

In einigen Berufswahlmotiven scheinen sich Studierende der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ jedoch von ihren Kommilitoninnen und Kommilitonen zu unterscheiden: Auf der einen Seite sind Studierende der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ im Vergleich überzeugter davon, die *Fähigkeiten und Qualitäten* einer guten Lehrkraft zu besitzen, sehen aber gleichzeitig eine höhere *Beanspruchung* in ihrem späteren Beruf als Studierende der Sekundarstufe II oder anderer Fachrichtungen des Berufskollegs. Auch die *Vereinbarkeit von Familie und Beruf* wird von der hier im Vordergrund stehenden Zielgruppe am kritischsten eingeschätzt. Dies ist möglicherweise auf die eigenen berufsbezogenen Erfahrungen diesbezüglich zurückzuführen. Aussagekräftige Beweggründe, die die Studienentscheidung Lehramt am Berufskolleg mit der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ befördert haben, sind eher in extrinsisch gelagerten Motivlagen zu erkennen: Für diese Studierenden nimmt *berufliche Sicherheit* und insbesondere die *Bezahlung* einen höheren Stellenwert ein als für andere Lehramtsstudierende. Weiter hat das *Umfeld* von Studierenden der beruflichen Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ einen positiv bestärkenden Einfluss auf die Berufswahlentscheidung ausgeübt – deutlich mehr als dies bei Studierenden der Sekundarstufe II der Fall ist. Die *Zufriedenheit mit der Wahl* des Werdegangs ist bei Berufskollegstudierenden – und hier besonders bei Studierenden der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“ – bedeutend niedriger ausgeprägt als bei Studierenden der Sekundarstufe II.

Die ersten Analysen und die daraus resultierenden Befunde zur unterschiedlichen Ausprägung der Berufswahlmotive sowohl verschiedener Lehramtstypen als auch unterschiedlicher Fächergruppen innerhalb des Lehramts für das Berufskolleg weisen deutlich auf die Notwendigkeit einer weiteren differenzierten Betrachtung der beruflichen Entwicklung von Lehramtsstudierenden hin. So stellt sich z. B. die Frage, ob die kritischere Betrachtung künftiger berufsbezogener Anforderungen bzw. beruflicher Beanspruchung ihre Erklärung in einschlägigen berufsbezogenen Erfahrungen findet und ob diese Einschätzung nicht langfristig einen positiven Ausgangspunkt im Umgang mit Stressmanagementstrategien darstellt. Auch die höhere Gewichtung der Vergütung als Lehrperson, wie sie sich bei Lehramtsstudierenden für das Berufskolleg zeigt, ist womöglich ein Resultat berufsbiografischer Erfahrungen. Wie dargestellt verfügen 62,5 Prozent dieser Studierenden über eine

abgeschlossene, für das Berufsfeld einschlägige oder in einem anderen Bereich angesiedelte Berufsausbildung und stellen hier eventuell Vergleiche zwischen der Vergütung einer Lehrperson und der Höhe des Gehaltes nach Abschluss einer Berufsausbildung in den Gesundheitsberufen an.

Aus empirischer Perspektive zeigen die Befunde insgesamt wichtige Ansatzpunkte für vertiefende Analysen und mögliche weiterführende Studien. Zudem kann die Studie perspektivisch zu einer weiter differenzierten Diskussion im Kontext der Berufswahlmotive von Lehramtsstudierenden einen Beitrag leisten, wie sie u. a. von KÖNIG u. a. (2013) und NEUGEBAUER (2013) empirisch begründet wurde.

4. Ausblick

Die Befunde zu Berufswahlmotiven und berufsbezogenen Zielen unterstützen die Konkretisierung berufs- und studienorientierender Maßnahmen angehender Lehramtsstudierender, auch mit der Fachrichtung „Gesundheit/Pflege“. So kann eine individualisierte, gezielte und empirisch begründbare *Gewinnung des Nachwuchses für das Lehramt am Berufskolleg* initiiert werden. Des Weiteren sind aus hochschuldidaktischer Sicht die Studienergebnisse für Fragen der Förderung individueller Lernprozesse, die an das Ziel der *Professionalisierung künftiger Lehrpersonen* anschließen, bedeutsam. Beide Perspektiven werden nachfolgend diskutiert.

4.1 Nachwuchs für das Lehramt an Berufskollegs

Die Unterschiede in berufswahlbezogenen Motivationen, die die Studie sowohl im Vergleich von Studierenden verschiedener Lehrämter als auch im Hinblick auf die verschiedenen Fachrichtungen für das Lehramt am Berufskolleg belegen kann, sind möglicherweise ein Ausgangspunkt für die Erklärung differenter Studieninteressen und berufsbezogener Ziele und damit für das Zustandekommen der Studienentscheidung. Diese Ergebnisse sollten perspektivisch gegen lokale und regionale Einflussfaktoren abgesichert werden. Mit einer Erweiterung der Stichprobe, im ersten Schritt auf andere Hochschulen in Nordrhein-Westfalen und im zweiten Schritt auf andere Bundesländer, sollte dies gelingen. Zudem sind vertiefte Analysen, z. B. hinsichtlich der Zusammenhänge zwischen dem Einfluss Dritter und der Zufriedenheit mit der beruflichen Entscheidung bzw. mit der berufsbezogenen Beanspruchung, anzustellen. Diese Befunde geben möglicherweise differenziert Auskunft über das Wechselspiel exogener Einflüsse auf die Berufswahl und der Entwicklung berufsbezogener Interessen und Zufriedenheit innerhalb dieser Gruppe von Lehramtsstudierenden.

Bisher wurden die Berufswahlmotive von Lehramtsstudierenden erfasst, wenn diese bereits in das Studium eingemündet sind (vgl. NEUGEBAUER 2013). Einblicke in berufsbezogene Entscheidungsprozesse von Schülerinnen und Schülern und mögliche Einflüsse auf die

Studienentscheidung für das Lehramt am Berufskolleg und deren Umsetzung müssen noch beleuchtet werden. Denkbar ist die Erweiterung forschungsmethodischer Zugänge in Form qualitativer Verfahren wie Gruppendiskussionen mit Schülerinnen und Schülern, die das Lehramt am Berufskolleg wählen, im Vergleich mit denjenigen, die ein Lehramt an allgemeinbildenden Schulformen anstreben. Im Ergebnis sollen Strategien und Konzepte im Kontext der Studienorientierung erarbeitet werden, die berufliche Orientierungsprozesse der Schülerinnen und Schüler mit dem entsprechenden Studienziel aufnehmen. Damit wird auch der Forderung nach individualisierten Angeboten zur Berufs- und Studienorientierung Rechnung getragen. Individualisierte, entwicklungsorientierte, an den Interessen ausgerichtete Angebote sollen Heranwachsenden ermöglichen, im Kontext ihrer spezifischen berufsbezogenen Erfahrungen sowie ihrer persönlichen Ziele und Werte zukünftige Perspektiven zu klären. Diese Lerngelegenheiten sind für Schülerinnen und Schüler sowohl an allgemeinbildenden Schulen als auch an berufsbildenden Schulen bedeutsam. Im Sinne eines Verständnisses von Berufswahl als lebenslange Entwicklung sind dementsprechende Angebote insbesondere auch für Jugendliche bedeutsam, die sich im ersten Schritt in ihre berufliche Zukunft für eine Berufsausbildung entschieden haben. Denn die vorliegende Studie zeigt, dass sich insbesondere Männer und Frauen, die bereits eine Ausbildung absolviert haben, häufig im Anschluss für ein Lehramt an Berufskollegs entscheiden.

Konsequenterweise kann eine gezielte Förderung in Zusammenarbeit von Schule und Hochschule durch differenzierte Angebote erfolgen, die sich am wissenschaftlichen Erkenntnisstand hinsichtlich der Bedarfe von potenziellen Studierenden orientieren. Zudem ist auch die Initiierung innovativer Lerngelegenheiten im Sinne der Förderung von Studierfähigkeit denkbar (vgl. VAN DEN BERK u. a. 2015). Derzeit wird, den Gedanken der Förderung von Studierfähigkeit aufnehmend, über eine größere Verzahnung der zwei zeitlichen Abschnitte Studienvorbereitung und Studium diskutiert. Bereits vor dem Studium ist eine Verstärkung von wissenschaftspropädeutischen Angeboten angezeigt, die ggf. projektartig angelegt sind und sowohl strukturelle Einblicke in die Hochschule gewähren als auch geeignet sind, um eigene Einstellungen zu reflektieren. Dabei wird die Möglichkeit gegeben, Anforderungen und Handlungsspielräume an der Hochschule zur Gestaltung des Studiums sowohl zu erkennen als auch für ein gelingendes Studium zu nutzen (BERTHOLD u. a. 2015, S. 34 f.; VAN DEN BERK u. a. 2015). Korrespondierend mit den Befunden der hier vorgestellten Studie kann insbesondere auf die Aspekte der Zufriedenheit und der antizipierten Beanspruchung ein verstärktes Augenmerk gelegt werden. Nicht nur die Information über das gewählte Studienfach, sondern auch die Auseinandersetzung mit der akademischen und wissenschaftlichen Kultur ist somit möglich und trägt zur Studierfähigkeit bei (vgl. TAN/VAN DEN BERK 2014, S. 117).

4.2 Professionalisierung im Lehramtsstudium durch individuelle Förderung

Die aktuelle Diskussion zur Professionalisierung künftiger Lehrpersonen wirft nicht nur die Frage nach einem hohen fachlich-inhaltlichen Niveau der Ausbildung auf. In Rechnung gestellt wird auch die Notwendigkeit einer Förderung individueller Lern- und Entwicklungsprozesse (vgl. z. B. KELLER-SCHNEIDER 2011, S. 124 f.). Hier werden drei Ebenen adressiert:

1. Reflexion des eigenen fachlichen Lernprozesses

In diesem Kontext soll vor allem die Reflexion der Anwendung professionellen Wissens auf vorgegebene Ziele gestärkt werden. Dies bedeutet ebenso, das eigene praktische Vorgehen im Kontext von institutionellen, sozialen und historischen Einflussfaktoren in Beziehung zu setzen. Elementar ist ebenso die Reflexion subjektiver Theorien, die pädagogisches Handeln steuern.

2. Förderung des individuellen, selbstgesteuerten Lernens

Im Mittelpunkt steht die Erkenntnis förderlicher und hinderlicher Aspekte des eigenen Lern-, Lehr- und Arbeitsverhaltens. Dazu zählt auch die Förderung der Fähigkeit, sich im Sinne des selbstgesteuerten Lernens selbstständig Ziele zu erarbeiten, den Lernprozess zu gestalten und diese im Abgleich zu reflektieren.

3. Förderung der Persönlichkeitsentwicklung

Die Entwicklung der Persönlichkeit wird durch die Reflexion individueller Werte, Ziele und Vorstellungen vom Lehrberuf begünstigt. Ebenso sind Strategien des Stressmanagements wichtig für die Bewältigung studiumsrelevanter und künftiger berufsbezogener Anforderungen (vgl. KELLER-SCHNEIDER 2011, S. 125 f.; KRICKE/REICH 2013, S. 19).

Die vertiefte Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Anforderungen und die Erarbeitung von Strategien zum Umgang mit diesen erfordert Konzepte des Lehrens und Prüfens, die diese Aspekte auch in ihrer hochschuldidaktischen Grundlegung aufnehmen. Mit dem Ansatz des „Constructive Alignment“ ist hier ein wichtiger Meilenstein für die Lehramtsausbildung im Anschluss an die Kompetenzorientierung nach Vorgaben der Bologna-Reform gesetzt worden (vgl. WILDT/WILDT 2011, S. 9; WALZIK 2012, S. 18), den es in noch stärkerem Maße in einer Verschränkung von individuellem fachlichem Lernen und Aspekten der Persönlichkeitsentwicklung sowohl in Lehr- als auch in Prüfungsformaten umzusetzen gilt (vgl. SCHAPER/HILKENMEIER 2013, S. 6 f.).

Vor diesem Hintergrund sind hochschuldidaktische Settings, die insbesondere die Reflexionsfähigkeit fördern, unerlässlich (vgl. KRICKE/REICH 2013, S. 17 ff.; BRÄUER 2014, S. 13 ff.). Diese wiederum sollten in der Konzeption Bezug nehmen auf die empirisch erfassten, förderlichen oder hinderlichen Faktoren für eine erfolgreiche berufliche Entwicklung

von künftigen Lehrpersonen an Berufskollegs. Es ist notwendig, „Plattformen im Sinne von Lerngelegenheiten zu identifizieren bzw. zu etablieren, anhand derer sich Lehramtsstudierende mit den anstehenden *berufsbezogenen Entwicklungsaufgaben* auseinandersetzen und diese bewältigen lernen“ (DENNER/SCHUMACHER 2014, S. 99).

Die Förderung beruflicher Entwicklungsprozesse künftiger Lehrpersonen, auch mit dem Ziel einer dauerhaften Qualitätssicherung in der beruflichen Bildung durch ausreichend qualifiziertes Bildungspersonal, ist eine komplexe Aufgabe. Deren Bewältigung erfordert eine mehrperspektivische Herangehensweise sowohl in theoretischer, empirischer als auch pädagogisch-praktischer Sicht. Aus theoretischer und empirischer Perspektive sind in weiteren Studien zur Frage der Unterstützung gelingender Berufswahlprozesse von Lehrpersonen sowohl die Befunde der Berufswahl- und Berufsorientierungsforschung, der Lehrerprofessionsforschung als auch der Forschung zur Hochschuldidaktik bedeutsam. In pädagogisch-praktischer Hinsicht stellt sich die Frage nach der Konzeption theoretisch fundierter und in der Folge auch wirksamer Konzepte zur Studienorientierung und -begleitung. Der vorliegende Beitrag hat mit der Untersuchung von berufswahlbezogenen Motivationen von künftigen Lehrpersonen die Notwendigkeit einer detaillierten Betrachtung individueller Entwicklung im Übergang Schule – Hochschule – Beruf und deren Einflussfaktoren verdeutlicht.

Literatur

- BECKER, Rolf; HECKEN, Anna: Studium oder Berufsausbildung? Eine empirische Überprüfung der Modelle zur Erklärung von Bildungsentscheidungen von Esser sowie von Breen und Goldthorpe. In: Zeitschrift für Soziologie, (2007) 36 (2), S. 100–117
- BERTHOLD, Christian; JORZIK, Bettina; MEYER-GUCKEL, Volker (Hrsg.): Handbuch Studienerfolg. Essen 2015
- BRÄUER, Gerd: Das Portfolio als Reflexionsmedium für Lehrende und Studierende. Opladen & Toronto 2014
- BUNDESVEREINIGUNG DER DEUTSCHEN ARBEITGEBERVERBÄNDE (BDA): Fachkräftemangel bekämpfen – Wettbewerbsfähigkeit sichern: Handlungsempfehlungen zur Fachkräftesicherung in Deutschland. Berlin 2015
- DENNER, Liselotte; SCHUMACHER, Eva: Übergänge in Schule und Lehrerbildung. Stuttgart 2014
- DRIESEL-LANGE, Katja: Berufswahlprozesse von Mädchen und Jungen. Interventionsmöglichkeiten zur Förderung geschlechtsunabhängiger Berufswahl. Münster 2011
- GOTTSCHLICH, Stefanie; PUDERBACH, Rolf: Berufswahl und Fächerwahl – Zwei Teilentscheidungen bei der Aufnahme eines Lehramtsstudiums. In: GEHRMANN, Axel; KRANZ, Barbara; PELZMANN, Sascha; REINARTZ, Andrea (Hrsg.): Formation und Transformation der Lehrerbildung. Entwicklungstrends und Forschungsbefunde. Bad Heilbrunn 2013, S. 53–70

- HEUBLEIN, Ulrich; RICHTER, Johanna; SCHMELZER, Robert; SOMMER, Dieter: Die Entwicklung der Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Statistische Berechnungen auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2012. Hannover 2014
- KELLER-SCHNEIDER, Manuela: Berufsbiografische und fachspezifische Anforderungen von Grundschullehrpersonen in der Berufseingangsphase. In: Zeitschrift für Grundschulforschung. Bildung im Elementar- und Primarbereich, (2011) 4 (2), S. 124–136
- KÖNIG, Johannes; ROTHLAND, Martin: Pädagogisches Wissen und berufsspezifische Motivation am Anfang der Lehrerausbildung. Zum Verhältnis von kognitiven und nicht-kognitiven Eingangsmerkmalen von Lehramtsstudierenden. In: Zeitschrift für Pädagogik, (2013) 59 (1), S. 43–65.
- KÖNIG, Johannes; ROTHLAND, Martin: Motivations for choosing teaching as a career: Effects on general pedagogical knowledge during initial teacher education. In: Asia-Pacific Journal of Teacher Education, (2012) 40, S. 289–315
- KÖNIG, Johannes; ROTHLAND, Martin; DARGE, Kerstin; LÜNNEMANN, Melanie; TACHTSOGLU, Sarantis: Erfassung und Struktur berufswahlrelevanter Faktoren für die Lehrerausbildung und den Lehrerberuf in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, (2013) 16 (3), S. 553–577
- KRACKE, Bärbel; HANY, Ernst; DRIESEL-LANGE, Katja; SCHINDLER, Nicola: Studien und Berufsorientierung von Jugendlichen mit Hochschulzugangsberechtigung. In: BRÜGGEMANN, Tim; RAHN, Sylvia (Hrsg.): Berufsorientierung: Ein Lehr- und Arbeitsbuch. Münster 2013, S. 159–168
- KRICKE, Meike; REICH, Kersten: Portfolios als Dialog- und Reflexionsinstrument – Mehrperspektivität fördern durch Lernteamarbeit. Münster 2013
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK): Rahmenvereinbarung über die Ausbildung und Prüfung für ein Lehramt der Sekundarstufe II (berufliche Fächer) oder für die beruflichen Schulen (Lehramtstyp 5). Berlin 2016
- LANDESREGIERUNG NORDRHEIN-WESTFALEN: Presseinformation – 104/2/2013. URL: https://www.schulministerium.nrw.de/docs/bp/Ministerium/Presse/Pressemitteilungen/2013_16_LegPer/PM201302131/index.html (Zugriff: 15.01.2016)
- NEUGEBAUER, Martin: Wer entscheidet sich für ein Lehramtsstudium – und warum? Eine empirische Überprüfung der These von der Negativselektion in den Lehrerberuf. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, (2013) 16, S. 157–184
- PUDERBACH, Rolf: Wer studiert Sekundarstufe-I-Lehramt? Die Bedeutung von sozialer Herkunft und Bildungsbiografie für die Schulformwahl von Lehramtsstudierenden. In: Die Deutsche Schule, (2016) 108, 1, S. 47–66
- RETELSDORF, Jan; MÖLLER, Jens: Grundschule oder Gymnasium? Zur Motivation ein Lehramt zu studieren. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, (2012) 26 (1), S. 5–17

- RICHARDSON, Paul W.; WATT, HELEN M. G.: Who choose teaching and why? Profiling characteristics and motivations across three Australian universities. In: *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, (2006) 34, S. 27–56
- SCHAPER, Niclas; HILKENMEIER, Frederic (2013): Umsetzungshilfen für kompetenzorientiertes Prüfen. HRK-Zusatzgutachten. Hochschulrektorenkonferenz Projekt nexus. URL: <http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-03-Material/zusatzgutachten.pdf> (Zugriff: 06.12.2016)
- SCHNEIDER, Heidrun; FRANKE, Barbara: Bildungsentscheidungen von Studienberechtigten. Studienberechtigte 2012 ein halbes Jahr vor und ein halbes Jahr nach Schulabschluss (Forum Hochschule 6 / 2014). Hannover 2014
- TAN, Wey-Han; BERK, IVO VAN DEN: RIO – das portfoliounterstützte Tutorium in der Studieneingangsphase. In: LENZEN, Dieter; FISCHER, Holger (Hrsg.): *Universitätskolleg-Schriften*, Bd. 5: Tutoring und Mentoring unter besonderer Berücksichtigung der Orientierungseinheit. Hamburg 2014. URL: <https://www.universitaetskolleg.uni-hamburg.de/publikationen/uk-schriften-005.pdf%20> (Zugriff: 26.09.2016)
- TENORTH, Heinz-Elmar; KABAUM, Marcel: Sicherung der Lehrkräfteversorgung an den Berufskollegs in Nordrhein-Westfalen. Bericht und Empfehlungen der Expertenkommission. Düsseldorf: Landesregierung (2013). URL: http://www.pedocs.de/volltexte/2013/7850/pdf/Kabaum_Tenorth_Empfehlung_Lehrkraefteversorgung_BK.pdf (Zugriff: 09.03.2016)
- VAN DEN BERK, IVO; SCHULTES, Konstantin; STOLZ, Katrin: Studierfähigkeit verstehen und fördern. Wie Studierende gut durch das Studium kommen. In: *Bildung & Wissenschaft* (2015) 69 (4). URL: <https://www.gew-bw.de/mitgliederzeitschrift-bw/alle-artikel/detailseite/neuigkeiten/wie-studierende-gut-durch-das-studium-kommen/> (Zugriff: 26.09.2016)
- VOSSELER, Birgit: Lernortkooperation: Standpunkte für die hochschulische Ausbildung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Pflegeausbildung. In: KÄLBLE, Karl; PUNDT, Johanne (Hrsg.): *Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte*. Bremen 2015, S. 199–227
- WALZIK, Sebastian: *Kompetenzorientiert prüfen*. Stuttgart 2012
- WATT, Helen M. G.; RICHARDSON, Paul W.; KLUSMANN, Uta; KUNTER, Mareike; BEYER, Beate; TRAUTWEIN, Ulrich; BAUMERT, Jürgen: Motivations for choosing teaching as a career: An international comparison using the FIT-Choice scale. In: *Teaching and Teacher Education*, (2012) 28, S. 791–805
- WATT, Helen M.G.; RICHARDSON, Paul W.: Motivational factors influencing teaching as a career choice: Development and validation of the FIT-Choice Scale. In: *Journal of Experimental Education*, (2007) 75, S. 167–202
- WEISS, Sabine; BRAUNE, Agnes; STEINHERR, Eva; KIEL, Ewald: Studium Grundschullehramt: Zur problematischen Kompatibilität von Studien-/Berufswahlmotiven und Berufsvorstellungen. In: *Zeitschrift für Grundschulforschung*, (2009) 2 (2), S. 126–138

- WIGFIELD, Allan; ECCLES, Jacquelynne S.: Expectancy-value theory of achievement motivation. In: Contemporary Educational Psychology, (2000) 25, S. 68–81
- WILDT, JOHANNES; WILDT, Beatrix: Lernprozessorientiertes Prüfen im „Constructive Alignment“. In: BEHRENDT, Brigitte; SZCYRBA, Birgit; WILDT, Johannes (Hrsg.): Neues Handbuch Hochschullehre: Lehren und Lernen effizient gestalten, Griffmarke H 6.1. Stuttgart 2011, S. 1–46
- WISSENSCHAFTSRAT: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin 2012. URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriff: 26.09.2016)
- ZÖLLER, Maria: Gesundheitsfachberufe im Überblick. Wissenschaftliche Diskussionspapiere. Bonn 2014

Bärbel Wesselborg

▶ Lehrergesundheit im Zusammenhang mit Lehrer-Schüler-Beziehungen – Zentrale Befunde und Perspektiven für die Forschung

Die Gesundheitssituation von Pflegelehrern/-lehrerinnen an den Schulen des Gesundheitswesens ist, anders als die der Lehrkräfte an öffentlichen Schulen, bisher nur in einzelnen Qualifikationsarbeiten erforscht worden. Diese Arbeiten weisen auf steigende Anforderungen an den Schulen des Gesundheitswesens hin, zeigen aber auch Besonderheiten auf. Vor dem Hintergrund der wachsenden Bedeutung der Pflegeberufe und der notwendigen Professionalisierung des Pflegelehrpersonals werden im folgenden Beitrag, ausgehend von empirischen Befunden zur Lehrergesundheit an öffentlichen Schulen, Forschungsperspektiven zur Erforschung der Pflegelehrergesundheit an den Schulen des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Lehrer-Schüler-Beziehungen aufgezeigt. Zukünftig können die Ergebnisse der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen für Pflegelehrer/-lehrerinnen dienen.

1. Einleitung

Das Thema „Belastung, Beanspruchung und Gesundheit“ im Lehrerberuf wird seit einigen Jahren intensiv erforscht. Entgegen weitverbreiteter Vorurteile gegenüber Lehrern/Lehrerinnen als Halbtagsjobbern besteht gerade für diesen Beruf ein hohes Potenzial an Gesundheitsgefährdungen. Studien weisen insbesondere auf die hohe psychische Beanspruchung hin (vgl. z. B. BAUER u. a. 2007; DAK TEAM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSBERATUNG 2004). Hauptbelastungsfaktor sind aus Lehrersicht „schwierige“ Schüler/Schülerinnen (vgl. DAK TEAM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSBERATUNG 2004; KSIENZYK/SCHAARSCHMIDT 2005); ansonsten divergieren die Befunde und können auch widersprüchlich sein. Die Kultusministerien der Länder haben mittlerweile auf die besorgniserregenden Befunde reagiert und Initiativen und Projekte zur Förderung der Lehrergesundheit, wie z. B. die Coachinggruppen nach dem Freiburger Modell, etabliert (vgl. BAUER/UNTERBRINK/ZIMMERMANN 2007).

Im Gegensatz zu dem durch zahlreiche empirische Befunde und Präventionsmaßnahmen dokumentierten Stellenwert der Lehrergesundheit an öffentlichen Schulen ist das Thema an den Schulen des Gesundheitswesens bisher nur randständig bearbeitet worden. WESSEL-

BORG und REIBER (2011) berichten jedoch von einem Anstieg der Anforderungen an Pflegelehrerinnen und -lehrer nach der Novellierung des Krankenpflegegesetzes 2003, u. a. durch die Umsetzung neuer Konzepte, wie der Lernfeldorientierung. Und auch Pflegelehrer/-lehrerinnen beklagen insbesondere die Arbeit mit „schwierigen“ Schülerinnen und Schülern als hohen Belastungsfaktor (vgl. WAGENER 2005).

Angesichts der steigenden gesellschaftlichen Bedeutung der Pflegeberufe (vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN 2014) und der Notwendigkeit der Professionalisierung der Pflegelehrerinnen und -lehrer (vgl. WISSENSCHAFTSRAT 2012, S. 84) ist es anzustreben, die Lehrergesundheit an Pflegeschulen vertieft zu untersuchen und erweiterte Erkenntnisse zu besonderen Arbeitsbelastungen, Gesundheitsgefährdungen und Ressourcen im Feld der Schulen des Gesundheitswesens zu gewinnen. Der Lehrergesundheit kommt auch im Zusammenhang mit Bildungsqualität eine besondere Bedeutung zu. Erste Studien aus dem staatlichen Schulwesen zeigen Zusammenhänge zwischen der Lehrergesundheit und der Unterrichtsqualität: Aus Schülersicht sind gesunde Lehrer/Lehrerinnen gerechter, haben ein angemesseneres Interaktionstempo im Unterricht, zeigen ein größeres Interesse an Schülerbelangen und fördern die kognitive Selbstständigkeit stärker als gesundheitlich eingeschränkte Lehrer/Lehrerinnen (vgl. KLUSMANN u. a. 2006).

Ziel des Beitrags ist es, Forschungsperspektiven für die bisher unzureichend aufgeklärte Lehrergesundheit an Pflegeschulen zu formulieren. Dabei beziehen sich die Perspektiven auf die Pflegelehrenden an den Schulen des Gesundheitswesens mit pflegepädagogischen Hochschulausbildungen. Die Ergebnisse können zukünftig der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen dienen, die den Besonderheiten an Pflegeschulen Rechnung tragen. Die Forschungsperspektiven werden ausgehend von Befunden zur Lehrergesundheit an allgemein- und berufsbildenden Schulen unter besonderer Beachtung der Lehrer-Schüler-Beziehungen aufgezeigt.

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Nach der Klärung zentraler Begriffe und des theoretischen Rahmens (Kapitel 2) werden ausgewählte Befunde zur Lehrergesundheit an allgemein- und berufsbildenden Schulen vorgestellt (Kapitel 3). Anschließend wird von einer eigenen Studie berichtet, welche die Lehrergesundheit im Zusammenhang mit Lehrer-Schüler-Beziehungen untersuchte (Kapitel 4). Darauffolgend werden Besonderheiten von Pflegeschulen als Schulen des Gesundheitswesens und Pflegelehrerinnen und -lehrern erläutert und erste empirisch gewonnene Erkenntnisse zur Lehrergesundheit an Pflegeschulen referiert (Kapitel 5, 6). Abschließend werden mögliche Forschungszugänge und -perspektiven zur Pflegelehrergesundheit in einem gesundheitswissenschaftlichen Rahmenmodell skizziert (Kapitel 7).

2. Definition von Gesundheit und ein Wirkungsmodell zur Lehrergesundheit

Es gibt keine anerkannte allgemeingültige Definition von Gesundheit, da sich das Konstrukt „Gesundheit“ nicht eindeutig beschreiben und erfassen lässt (vgl. FRANKE 2010, S. 30 ff.). Häu-

fig werden Gesundheit und Krankheit als dichotome, sich ausschließende Zustände betrachtet (vgl. FRANKE 2010, S. 91). In diesem Beitrag wird an das Gesundheitsverständnis ANTONOVSKYS angeknüpft, welcher von einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ anstatt von einer „Gesundheits-Krankheits-Dichotomie“ ausgeht. Hierbei sind Gesundheit und Krankheit keine sich ausschließenden Alternativen, sondern werden als Endpunkte eines Kontinuums mit fließenden Übergängen aufgefasst (ANTONOVSKY 1987). Die Vorstellung eines Kontinuums ermöglicht es, Gesundheit mehrdimensional zu begreifen und neben körperlichen und psychischen Determinanten weitere Aspekte wie Leistungsfähigkeit und Selbstverwirklichungspotenziale zu berücksichtigen (vgl. FRANKE 2010, S. 166).

Die Entstehung von Gesundheit oder Krankheit kann durch verschiedene Modelle erklärt werden. Dieser Beitrag rekurriert auf die Modellvorstellungen des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells (SAR-Modell; vgl. BECKER 2006), das in der Gegenwart als eines der aussagekräftigsten Modelle zur Erklärung von Gesundheit gilt (vgl. FRANZKOWIAK/FRANKE 2011, S. 548).

Im SAR-Modell werden Gesundheit und Krankheit bzw. die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus systemischer Perspektive als Ergebnis von Anpassungs- und Regulationsprozessen zwischen einer Person und ihrer Umwelt aufgefasst. Die Umwelt und die Person werden als komplexe hierarchisch strukturierte Systeme und Subsysteme verstanden, welche in Interaktion stehen und sich gegenseitig beeinflussen. Dabei werden Anforderungen und Ressourcen als zentrale Beeinflussungsprozesse zwischen den Systemen und Subsystemen gedeutet: Diese provozieren ständig Anforderungen, auf welche die Systeme und Subsysteme mit der Aktivierung oder Bereitstellung von Ressourcen antworten. Dabei können die Anforderungen und Ressourcen aus der Umwelt (extern) oder der Person selbst (intern) stammen. Insbesondere hohe Anforderungen können, wenn die Ressourcen als unzureichend bewertet werden, als belastend erlebt werden und als Stressor wirken (vgl. BECKER 2006).

Der Lehrerberuf zeichnet sich durch hohe Anforderungen im Zusammenhang mit der Lehrer-Schüler-Beziehung aus. Aus Lehrersicht wird übergreifend das Verhalten „schwieriger“ Schüler/Schülerinnen als höchste Anforderung genannt (vgl. z. B. UNTERBRINK u. a. 2008). Interne Anforderungen ergeben sich aus dem Bedürfnis der Lehrpersonen nach Wertschätzung und Achtung durch die Schülerinnen und Schüler (vgl. ULICH 2001, S. 76). Auf den Stand der Forschung wird im Folgenden genauer eingegangen.

3. Zentrale Befunde zu Gesundheit, Anforderungen und Ressourcen im Lehrerberuf

Studien verweisen insbesondere auf die hohe psychische Beanspruchung im Lehrerberuf. 20 bis fast 30 Prozent der Lehrerinnen und Lehrer leiden unter einer medizinisch relevanten psychosomatischen und psychologischen Beanspruchungssymptomatik (vgl. BAUER u. a. 2006; BAUER u. a. 2007a).

Der DAK-Report Berufsschullehrer (vgl. DAK TEAM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSBERATUNG 2004, S. 21) berichtet, dass Berufsschullehrer/-lehrerinnen im Vergleich zur sonstigen Bevölkerung überdurchschnittlich stark unter psychosomatischen Erschöpfungssymptomen wie Mattigkeit, übermäßigem Schlafbedürfnis, innerer Unruhe und Reizbarkeit leiden.

Im Berufsgruppenvergleich konnten CRAMER, MERK und WESSELBORG (2014) in einer Reanalyse der Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012 vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zeigen, dass die psychische Erschöpfung von Lehrkräften – gemeinsam mit den Angehörigen sozialer Berufe (z. B. Sozialarbeiter/-arbeiterinnen und Erzieher/Erzieherinnen) – im Vergleich zu sonstigen Erwerbstätigen auffällig hoch ist. Besorgniserregend ist der Befund eines doppelt so starken Anstiegs psychischer Erschöpfung in den Jahren von 2006 bis 2012 im Lehramt und in den sozialen Berufen im Vergleich zu sonstigen Erwerbstätigen.

3.1 Externe Anforderungen bzw. Stressoren

Die Ursachen der hohen Beanspruchung sind heterogen. In Abhängigkeit zur Anlage der Studie werden als Ursachen u. a. eine hohe Klassenstärke (vgl. KSIENZYK/SCHAARSCHMIDT 2005), Lärmbelastung (vgl. SCHÖNWÄLDER/BERNDT/STRÖVER 2003) und die Umsetzung der Lernfeldkonzeption (vgl. PÄTZOLD 2003) genannt.

Reviews (vgl. z. B. KRAUSE/DORSEMAGEN/ALEXANDER 2011; ROTHLAND/KLUSMANN 2012) und Metaanalysen (vgl. z. B. MONTGOMERY/RUPP 2005) zeigen die potenziellen Anforderungen bzw. Stressoren sowie Ressourcen im Lehrerberuf auf. Im Folgenden werden nun einzelne Befunde in der Logik des SAR-Modells rezipiert, da dieses Modell die konzeptuelle Basis dieses Beitrags bildet.

Als zentrale externe Anforderung gilt im Lehrerberuf die Gestaltung der Lehrer-Schüler-Beziehung. Undisziplinierte, unmotivierte und uninteressierte Schüler/Schülerinnen bewerten Lehrerinnen und Lehrer aller Schularten als Hauptbelastungsfaktor (vgl. DAK TEAM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSBERATUNG 2004; KSIENZYK/SCHAARSCHMIDT 2005; UNTERBRINK u. a. 2008). Umgekehrt kann sich die Lehrer-Schüler-Beziehung als wichtige externe Ressource erweisen, wenn die Lehrer/Lehrerinnen die Beziehung zu ihren Adressaten als gelungen empfinden (vgl. UNTERBRINK u. a. 2008). Ulich (2001) bestätigt die hohe Bedeutung der Lehrer-Schüler-Beziehungen: „Lehrer/-innen bewerten die eigene Tätigkeit und berufliche Zufriedenheit vor allem danach, ob ihre Beziehungen zu Schülerinnen und Schülern positiv oder gestört sind [...], ob sie in der pädagogischen Arbeit mit ihnen Anerkennung und Erfolg haben“ (ebd., S. 76).

Im berufsbildenden Bereich ist in diesem Zusammenhang die Studie von WINKELMANN und GIENKE (2007) interessant, welche die Lehrer-Schüler-Interaktion an beruflichen Schulen im Unterricht selbst¹ untersuchten. In einer Videostudie wurde die Häufigkeit von schüler-

1 Eher selten werden in Feldstudien im Zusammenhang mit Lehrer*gesundheits andere Instrumente als Fragebögen oder Interviews eingesetzt (siehe auch Kapitel 3.4).

bedingten Hindernissen im Unterricht mithilfe des Instruments „Regulationshindernisse in der Arbeit“ (RHIA)² erfasst. Insgesamt berichten WINKELMANN und GIENKE (2007, S. 400) von 1.593 schülerbedingten Hindernissen³ in 30 videografierten Stunden. Die Lehrkräfte reagierten kaum auf die Störungen; diesbezüglich gab knapp die Hälfte der befragten Lehrerinnen und Lehrer an, dass ihnen aus ihrer Sicht die notwendigen pädagogischen Methoden fehlten, um kritische Situationen bewältigen oder mit kritischen Schüler/Schülerinnen wirksam umgehen zu können (vgl. WINKELMANN/GIENKE 2007, S. 400). Diese Ergebnisse weisen auf die immens wichtige Kompetenz der Klassenführung hin, die in einem engen Zusammenhang mit der Lehrergesundheit steht (vgl. HELMKE 2010, S. 175).

Hinsichtlich weiterer externer Anforderungen sind die Studien der Bremer Arbeitsgruppe um SCHÖNWÄLDER (2003) aufschlussreich. Sie wiesen nach, dass Lehrkräfte unter einer deutlichen psychophysischen Erschöpfung im Verlauf eines Unterrichtstags leiden. Besonders bedenklich ist, dass die Pausen im Schulalltag keine Erholungsphase darstellen, sondern die Anstrengung sogar noch ansteigt, da Räume gewechselt oder Absprachen getroffen werden müssen (SCHÖNWÄLDER u. a. 2003). Zudem ist die Lautstärke im Unterricht oftmals hoch: „Bemerkenswert ist [...], dass der ‚Idealwert‘ von 55 dB in der Regel überschritten und z. T. mit Spitzenwerten von 80 und 90 dB deutlich überschritten wird“ (SCHÖNWÄLDER u. a. 2003, S. 154).

Im Zusammenhang mit Unterrichtsmethoden als Anforderung zeigen BEN-ARI, KROLE und HAR-EVEN (2003), dass schülerorientierte Methoden im Vergleich mit lehrerzentrierten Methoden mit einem niedrigeren Stresslevel, einem niedrigeren Burn-out-Erleben und einer höheren Zufriedenheit korrelieren.

Als wichtige Ressource erweist sich in vielen Studien die soziale Unterstützung des Kollegiums und der Schulleitung (vgl. KSIENZYK/SCHAARSCHMIDT 2005; UNTERBRINK u. a. 2008).

3.2 Interne Anforderungen und Ressourcen

Ein Großteil der Studien zur Lehrergesundheit untersucht Persönlichkeitsmerkmale als interne Anforderungen und Ressourcen von Lehrkräften. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Potsdamer Lehrerstudie (vgl. SCHAARSCHMIDT 2005a) rezipiert. Zentrales Instrument der Studie ist das persönlichkeitspsychologische Instrumentarium „Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“ (AVEM; vgl. SCHAARSCHMIDT/FISCHER 2001). Dieses besteht aus einem Fragebogen mit 66 Items. Aus deren Beantwortung können vier Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens abgeleitet werden. Gesundheitsunbedenklich sind Muster G (Gesundheit) und S (Schonung), während die Risikomuster A (Überforderung)

2 Mit dem Instrument RHIA ist ein arbeitswissenschaftlicher Zugang zur Untersuchung von Unterrichtsverläufen möglich (nähere Erläuterungen siehe KRAUSE/DORSEMAGEN/MEDER 2013).

3 Zur Hälfte waren Hindernisse bzw. Störungen in der Schüler-Schüler-Interaktion zu beobachten. An zweiter Stelle standen Individualhandlungen wie Musikhören oder Zeitunglesen. Aggressive Schülerinteraktionen und gegen die Lehrer/-innen gerichtete Aktionen waren eher selten zu beobachten (vgl. WINKELMANN/GIENKE 2007, S. 400).

und B (Burn-out) für ein hohes Beanspruchungserleben mit physischen und psychischen Gefährdungen stehen und Rückschlüsse auf die Gesundheitssituation zulassen (vgl. SCHAARSCHMIDT 2005b). Im Rahmen der Potsdamer Lehrerstudie wurden in zwei Abschnitten 7.693 (2000–2003) bzw. 7.846 (2004–2006) Lehrerinnen und Lehrer untersucht. Diese zeigten durch den hohen Anteil an Risikomustern ein bedenkliches Bild: Die Quote, die dem Muster G (Gesundheit) entsprach, betrug 17,3 bzw. 15,9 Prozent, das Muster S (Schonung) war mit 23,3 bzw. 21,8 Prozent vertreten, dem Risikomuster A (Selbstüberforderung) konnten 30,7 bzw. 33 Prozent und dem Risikomuster B (Burn-out) 28,7 bzw. 29,3 Prozent zugeordnet werden (vgl. SCHAARSCHMIDT/KIESCHKE 2007).

Als eine wichtige interne Ressource kann die Klassenführungscompetenz gewertet werden, deren Gesundheitsrelevanz durch mehrere Studien bestätigt wurde (vgl. FRIEDMAN 2006, S. 939). Für ein positives Klassenklima, das wertschätzende Lehrer-Schüler-Interaktionen ermöglicht, ist der Humor der Lehrkraft von Bedeutung. Insbesondere positiver und wertschätzender Lehrerhumor, der Schüler/Schülerinnen nicht abwertet, fördert ein gutes Sozialklima in der Klasse (vgl. KASSNER 2002).

3.3 Kritik an der Einseitigkeit von Lehrergesundheitsforschung als Anlass für ein mehrdimensionales Untersuchungsdesign

Bemängelt wird, dass trotz vieler Studien noch zu wenig belastbare Ergebnisse in Bezug auf wirksame Präventionsmaßnahmen vorliegen (vgl. KRAUSE/DORSEMAGEN/MEDER 2013). Deshalb wird für einen weiteren Erkenntnisgewinn seit Längerem der Einbezug zusätzlicher Untersuchungsebenen gefordert (vgl. MASLACH/LEITER 1999), denn methodisch konzentrieren sich die Studien – basierend auf einem personenbezogenen Forschungsparadigma – in der Regel auf Selbstauskünfte der Lehrerinnen und Lehrer in Form von Fragebögen (vgl. GUGLIELMI/TATROW 1998; KRAUSE/DORSEMAGEN/ALEXANDER 2011). Obwohl die meisten Stressoren aus Lehrersicht in der Unterrichtssituation selbst lokalisiert werden, beziehen nur wenige Forschungsarbeiten diese mit ein. Es mangelt an Studien mit einem bedingungsbezogenen Paradigma, das die Arbeitsbedingungen zum Ausgangs- und Bezugspunkt wählt (vgl. OESTERREICH 2008). Ebenso werden Studien gefordert, die personen- und bedingungsbezogene Faktoren kombinieren (vgl. ROTHLAND/KLUSMANN 2012). Die konstatierten Desiderata waren Anlass für eine weitere Studie, die im Folgenden auszugsweise skizziert wird.

4. Untersuchung der Lehrgesundheit in der Unterrichtssituation

In der Studie „Untersuchung der Lehrgesundheit im Mixed-Methods-Design unter Verwendung von Videografie“ (vgl. WESSELBORG u. a. 2014) wurde die Gesundheitssituation von Lehrerinnen und Lehrern unter Einbezug der Unterrichtssituation erforscht. Ziel war es, Zu-

sammenhänge zwischen den Bereichen Lehrer-Schüler-Beziehungen und Lehrergesundheit aufzudecken. Methodisch wurde dazu in explorativer Absicht eine mehrperspektivische Studie im theoretischen Rahmen des SAR-Modells durchgeführt.

Die Studie wurde in der Sekundarstufe I in der Haupt-, Real- und Gemeinschaftsschule sowie einem Gymnasium eines Schulverbands in Baden-Württemberg durchgeführt. Insgesamt nahmen 19 Lehrer/Lehrerinnen (Gelegenheitsstichprobe; 42,1 Prozent männlich) im Alter von 26–62 Jahren ($M = 38,26$; $SD = 10,76$) teil. Einschränkend sei darauf hingewiesen, dass die kleine Stichprobe kaum verallgemeinerbare Aussagen zulässt, jedoch zeigten sich Tendenzen, an die in weiteren Studien angeknüpft werden kann.

Die Lehrergesundheit wurde durch die sich ergänzenden Instrumente „Gießener Beschwerdebogen“ (GBB-24; vgl. BRÄHLER/HINZ/SCHER 2008) zur Erhebung von psychosomatischen Beschwerden⁴ und AVEM (vgl. SCHAARSCHMIDT/FISCHER 2001) zur Erhebung der psychischen Gesundheit herangezogen. Weiterhin wurden Unterrichtsvideografien, Lehrerinterviews und Schülerbefragungen durchgeführt. Auf die Ergebnisse der Schülerbefragungen und Lehrerinterviews wird im Folgenden nicht näher eingegangen.

In den Videografien wurde erhoben, inwieweit sich aus Beobachtersicht externe Anforderungen oder Ressourcen identifizieren lassen. In der Videoanalyse können niedrig inferente Verfahren (Untersuchung der Oberflächenstruktur von Unterricht), die quantifizierende Auswertungen ermöglichen, sowie hoch inferente Verfahren (zur Untersuchung der Tiefenstruktur, um qualitative Merkmale zu erfassen), welche schlussfolgernde, interpretative Prozesse erfordern, unterschieden werden (vgl. PETKO u. a. 2003).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Items, die im Rahmen niedrig- und hoch-inferenter Verfahren Gegenstand der Erhebung waren:

Tabelle 1: Übersicht der erfassten Aspekte des Unterrichts aus Beobachtersicht	
	Merkmale
Tiefenstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Klassenführung ▶ Sozialklima, Wärme und Herzlichkeit der Lehrkraft ▶ Disziplin ▶ Angemessene Lautstärke ▶ Wertschätzung der Schüler/Schülerinnen ▶ Engagement der Schüler/Schülerinnen
Oberflächenstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lehrerektivität

Hoch inferent wurden – entsprechend dem Stand der Forschung – die Items „Disziplin“ (störendes Schülerverhalten) und „Angemessene Lautstärke“ (von der Sozialform abhängige, an-

4 Der GBB-24 erfasst das subjektiv wahrgenommene psychosomatische Beschwerdebild und verfügt über die Möglichkeit, die Werte den durchschnittlichen Werten der Allgemeinbevölkerung zuzuordnen und vergleichende Prozentrangwerte (PRW) festzulegen.

gemessene Lautstärke) als externe Anforderungen erhoben. Als potenzielle interne Ressourcen für Lehrer/Lehrerinnen wurden die Items „Klassenführung“ (präventive Klassenführungsmaßnahmen), „Sozialklima, Wärme und Herzlichkeit der Lehrkraft“ (angenehmes Klassenklima durch Verhalten und Persönlichkeit der Lehrkraft) und als externe Ressourcen „Wertschätzung der Schüler/Schülerinnen“ (höfliches Schülerverhalten gegenüber der Lehrkraft) und „Engagement der Schüler/Schülerinnen“ (motiviertes und kooperatives Verhalten) erfasst.

Vor dem Hintergrund der hohen psychophysischen Erschöpfung der Lehrer/Lehrerinnen am Unterrichtsvormittag (vgl. SCHÖNWÄLDER u. a. 2003) wurde die niedrig inferente Codierung „Lehreraktivität“ entwickelt, um in zeitlichen Verläufen die physische Belastung im Unterricht abzubilden. Diese Codierung ermöglicht, die Aktivitätsphasen der Lehrkräfte im Unterricht zu erheben und zu beurteilen, inwieweit Beobachtungs- und Rückzugsphasen genutzt werden.

Sämtliche Perspektiven wurden zunächst getrennt ausgewertet und anschließend in einer schrittweisen qualitativen Typenbildung trianguliert (vgl. zu diesem Verfahren KELLE/KLUGE 2010). Für die Typenbildung wurden die Lehrkräfte entsprechend den Ergebnissen von AVEM zunächst in „Gesundheitsunbedenkliche Muster“ (Muster G und S) und „Gesundheitsgefährdende Muster“ (Risikomuster A und B) sowie dem jeweiligen Prozentrangwert des GBB-24 hinsichtlich eines über- und unterdurchschnittlichen Beschwerdedrucks geordnet und kreuztabelliert.

Es zeigten sich folgende Zuordnungen im Rahmen der nachfolgenden Matrix:

Tabelle 2: Bildung der Gesundheitstypen in der Kreuztabelle (WESSELBORG u. a. 2014, S. 165)

AVEM	Psychosomatische Beschwerden	
	Unterdurchschnittlich	Überdurchschnittlich
Muster G/S	Fälle mit der Merkmalskombination G/S und unterdurchschnittlichen Beschwerden	Fälle mit der Merkmalskombination G/S und überdurchschnittlichen Beschwerden
Risikomuster A/B	Fälle mit der Merkmalskombination A/B und unterdurchschnittlichen Beschwerden	Fälle mit der Merkmalskombination A/B und überdurchschnittlichen Beschwerden

Durch das Verfahren konnten drei neue Gesundheitstypen gebildet werden: 1) Typus „Richtung Gesundheit“ (gesundheitsunbedenkliches Muster und unterdurchschnittliche psychosomatische Beschwerden; neun Lehrkräfte) 2) Typus „Gesund-Angespannt“ (gesundheitsunbedenkliches Muster und überdurchschnittliche psychosomatische Beschwerden; fünf Lehrkräfte) und 3) Typus „Richtung Krankheit“ (gesundheitsgefährdendes Muster mit überdurchschnittlichen psychosomatischen Beschwerden; vier Lehrkräfte). Eine Lehrkraft mit gesundheitsbedenklichem Muster (Risikomuster A) und unterdurchschnittlichen psychosomatischen Beschwerden wurde, da dies ein hochbedenkliches Muster ist, das sich durch Überengagement, mangelnde Distanzierungsfähigkeit und bereits eingeschränkte Emotionen kennzeichnet (vgl. SCHAAR-SCHMIDT 2005b), ebenfalls der Gruppe mit dem Typus „Richtung Krankheit“ zugeordnet.

Anschließend wurden die Einzelfälle entsprechend den neu gebildeten Typen in einer Matrix geordnet und die Ergebnisse der Unterrichtsvideoanalysen hinzugezogen, um die Typen zu charakterisieren. Dies erschien vertretbar, da die Beobachterperspektive in der Unterrichtsforschung als die objektivste Sicht gilt (vgl. CLAUSEN 2002, S. 48 ff.).

Die Matrix ermöglichte es, in Einzelfallanalysen Regelmäßigkeiten oder Abweichungen innerhalb der neuen Gesundheitstypen herauszuarbeiten. Regelmäßigkeiten konnten in den Dimensionen „Disziplin“, „Angemessene Lautstärke“, „Schülerengagement“, „Klassenführung“ und „Lehreraktivität“ festgestellt werden. Keine Generalisierungen innerhalb der drei Typen zeigten die Merkmale „Sozialklima“ und „Wertschätzung der Schüler“, die in den Untersuchungen unterschiedlich ausgeprägt waren.⁵ Zudem konnten keine Zusammenhänge zwischen den Typen und dem Alter der Lehrer/Lehrerinnen festgestellt werden.

Hingewiesen wird darauf, dass diese Typisierung als Ergebnis einer ersten Analyse zu Gesundheitstypen in der Unterrichtssituation gewertet werden muss und es weiterer Ausdifferenzierungen in Untertypen bedarf, die in dieser Studie (noch) nicht berücksichtigt werden konnten.

Die drei neu erarbeiteten Typen lassen sich folgendermaßen charakterisieren:

Der Typus „Richtung Gesundheit“ zeichnet sich durch hohe Klassenführungs Kompetenzen aus, welche sich in den Unterrichtsvideos durch diszipliniertes Schülerverhalten und eine angemessene Lautstärke im Unterricht widerspiegeln. Die Schüler/Schülerinnen zeigen hohe Kooperationsbereitschaft und großes Engagement im Unterricht. Den Lehrkräften gelingt es, die schülerorientierten Arbeitsphasen so zu gestalten, dass die Schülerinnen und Schüler größtenteils selbstständig an der Aufgabenlösung arbeiten und die Lehrerinnen und Lehrer diese Phasen zur Beobachtung nutzen können.

Der Typus „Gesund-Angespannt“ zeichnet sich ebenfalls durch eine hohe Klassenführungs kompetenz aus. Es gibt kaum disziplinloses Schülerverhalten und stets eine angemessene Lautstärke im Klassenzimmer. Das Schülerengagement ist etwas geringer ausgeprägt. Den Lehrkräften gelingt es jedoch eher selten, die schülerorientierten Arbeitsphasen so zu gestalten, dass die Schüler/Schülerinnen längere Zeit selbstständig mit der Aufgabenlösung beschäftigt sind. Die Lehrer/Lehrerinnen interagieren auch in schüleraktiven Sequenzen häufig (teilweise ohne Aufforderung) mit einzelnen Schülern und Schülerinnen.

Der Typus „Richtung Krankheit“ zeigt eine geringere Klassenführungs kompetenz, was sich in häufigerem disziplinlosem Schülerverhalten und in einer weniger angemessenen Lautstärke im Unterricht widerspiegelt. Das Engagement der Schüler/Schülerinnen ist in den meisten Stunden geringer ausgeprägt als bei den anderen Typen. Nur sehr selten lassen sich längere Beobachtungsphasen codieren und die Schülerarbeitsphasen zeichnen sich durch eine hohe Anzahl an Lehrer-Schüler-Interaktionen (häufig zur Disziplinierung) aus.

5 Die Lehrkraft mit unterdurchschnittlichen psychosomatischen Beschwerden und dem Risikomuster A erwies sich in der Unterrichtsanalyse als typisch für die Ausprägungen des Typus „Richtung Krankheit“.

5. Lehrgesundheit im Kontext von Pflegeschulen

Die Ergebnisse zur Lehrgesundheit an öffentlichen Schulen sind nicht ohne Weiteres auf Pflegeschulen übertragbar, da sich die Schulstrukturen und die Ausbildung der Pflegelehrer/-lehrerinnen unterscheiden können. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt in Deutschland an den Schulen des Gesundheitswesens und seltener an staatlichen Berufsfachschulen (vgl. ZÖLLER 2014, S. 26). Während sich Berufsfachschulen teilweise in öffentlicher Trägerschaft befinden, sind die Schulen des Gesundheitswesens i. d. R. in freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft von Institutionen der Gesundheitspflege und Altenhilfe. Die Strukturen an den Schulen des Gesundheitswesens weisen deutliche Unterschiede zum staatlichen Schulwesen auf, die Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und damit auch auf die Gesundheitssituation der Pflegelehrer/-lehrerinnen haben können. Diese können sich als besondere Ressourcen oder aber auch als erweiterte Stressoren auswirken.

Im Gegensatz zu Lehrkräften an öffentlichen Schulen haben Pflegelehrer/-lehrerinnen an den Schulen des Gesundheitswesens keine Möglichkeit einer Verbeamtung, sondern sind beim Träger angestellt. Dabei kann das quantitative Lehrer-Schüler-Verhältnis von der wirtschaftlichen Situation des Trägers beeinflusst sein (vgl. WESSELBORG/REIBER 2011). Das Gehalt ist dem Tarifsystem des öffentlichen Dienstes der Pflegeberufe angepasst und honoriert nicht das gesetzlich vorgeschriebene Studium im gleichen Maße wie an öffentlichen Schulen. Die zu leistende Arbeitszeit ist tarifrechtlich geregelt, und die wöchentliche Unterrichtsstundenzahl ist i. d. R. nicht festgelegt. Dabei können die zu leistenden Unterrichtsstunden – je nach Personalstand der einzelnen Schule – stark differieren und evtl. noch höher liegen als an öffentlichen Schulen (vgl. WESSELBORG/REIBER 2011), wo diese als ein bekannter Stressor gelten (vgl. KSIENZYK/SCHAARSCHMIDT 2005). Dabei wird in der Regel, anders als an öffentlichen Schulen, die gesamte Arbeitszeit in der Schule abgeleistet. Zu vermuten ist, dass durch die hohe Anwesenheitszeit an den Schulen eine höhere soziale Unterstützung im Kollegium möglich ist. Gleichzeitig muss bedacht werden, dass die Lehrer/Lehrerinnen an den Schulen des Gesundheitswesens keinen Zugang zu Programmen der Gesundheitsförderung an öffentlichen Schulen haben und nicht von den dort etablierten Präventionsmaßnahmen profitieren können.

Weiterhin unterscheiden sich Pflegelehrerinnen und -lehrer in ihrer Ausbildung und Berufsbiografie von Lehramtsabsolventen. Dies hat Auswirkungen auf ihr Wissen und Können im Themenbereich Lehrgesundheit. Anders als in der universitären Lehrerbildung, in welcher bundesländerübergreifende Standards für die Bildungswissenschaften der Kultusministerkonferenz (KMK 2004/2014) und der Fachwissenschaften und Fachdidaktiken (KMK 2008/2015) Anwendung finden, gibt es für die Pflegelehrerbildung an Fachhochschulen keine verbindlichen Themengebiete, und die Studieninhalte und Studiengangprofile können je nach Hochschule differieren (vgl. REIBER/WINTER/MOSBACHER-STRUMPF 2015). Im Lehr-

amtsstudium ist das Thema Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf seit 2004 in den Standards für die Bildungswissenschaften fest verankert; inwieweit sich Studierende in ihren pflegepädagogischen Studiengängen mit Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf auseinandersetzen, obliegt den jeweiligen Hochschulen. Einerseits stellt der Themenbereich Gesundheit einen Kernbereich in den Studiengängen dar, und die Studierenden verfügen bereits über die von ihnen geforderte abgeschlossene Ausbildung in einem Pflegeberuf (vgl. WEYLAND/REIBER 2013) über differenzierte Kenntnisse zum Thema Gesundheit. Andererseits ist unklar, ob sie im Rahmen ihrer Bildungsbiografie lernen, ihre Kenntnisse systematisch auf die neuen Aufgaben und den Anforderungsbereich als Lehrkraft der beruflichen Fachrichtung Pflege zu übertragen.

Gleichzeitig wird davon ausgegangen, dass Absolventinnen und Absolventen eines Pflegepädagogikstudiums aufgrund der von ihnen geforderten abgeschlossenen Berufsausbildung in der Pflege auch über besondere Sozialkompetenz verfügen. Sozialkompetenz gilt in der Pflege als wesentlicher Teil der beruflichen Fachkompetenz (vgl. FRIESE 2010, S. 326). Die in der Pflegeausbildung erworbenen sozialen Kompetenzen könnten sich förderlich für die Gestaltung der Lehrer-Schüler-Beziehungen auswirken. Allerdings bedarf es hier einer differenzierten Betrachtung. Die sozialen Kompetenzen, die in der Arbeit mit pflegebedürftigen Adressaten erworben wurden, können nicht ohne Weiteres als Garant für eine gelingende Interaktion mit Lernenden generalisiert werden. Vielmehr bedarf es der Modifikation und Erweiterung von sozialen Kompetenzen, da neben Empathie auch Klassenführungsqualitäten und Distanzierungsfähigkeit für den Erhalt der eigenen Gesundheit notwendig sind (vgl. WESSELBORG u. a. 2014; FRIEDMAN 2006).

6. Empirische Ergebnisse zur Gesundheitssituation von Pflegelehrerinnen und -lehrern

Erste Studien zur Pflegelehrergesundheit sind bisher im Rahmen von Qualifikationsarbeiten entstanden und zeigen, dass an den Schulen des Gesundheitswesens die Anforderungen in den letzten Jahren erheblich gestiegen sind. So identifiziert WAGENER (2005) in einer Fragebogenstudie mit 197 Pflegelehrkräften in Nordrhein-Westfalen mehrere Stressoren. Insbesondere bewerten die Pflegelehrer/-lehrerinnen die Veränderungen innerhalb der Ausbildung seit der Einführung des neuen Krankenpflegegesetzes 2004 als belastend. Weiterhin werden administrative Aufgaben, die nicht angemessene Bezahlung, aber auch wie an allgemeinbildenden Schulen das Verhalten „schwieriger“ Schüler/Schülerinnen als Stressoren genannt. Als Ressourcen gelten kollegiale Beratung, die Mitbestimmung im Team und das Kompetenzerleben durch erfolgreiche Anwendung didaktischen und pädagogischen Theoriewissens (vgl. WAGENER 2005, S. 123 f.).

Ebenso stellen WESSELBORG und REIBER (2011) fest, dass die Einführung des Krankenpflegegesetzes 2004 große Veränderungen für die Schulstruktur mit sich brachte und die Ar-

beitsdichte seitdem deutlich angestiegen ist. In ihrer qualitativen Studie wurden sieben erfahrene Schulleitungen in Baden-Württemberg in Experteninterviews zu Anforderungen und Ressourcen sowie der gesundheitlichen Situation von Lehrkräften an Krankenpflegeschulen befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass in den Schulen vielfach weitere Belastungsfaktoren beklagt wurden:

- ▶ Ein höheres Lehrdeputat mit teilweise neuen Inhalten und Methoden (Handlungsorientierung und fächerübergreifende Unterrichtsangebote); es wurde berichtet, dass in Spitzenzeiten, wenn viele Klassen durch Blockunterricht parallel anwesend sind, Pflegelehrer/-lehrerinnen mit 24 bis zu 40 Unterrichtsstunden pro Woche sehr belastet sind.
- ▶ Erarbeitung und Implementierung eines neuen fächerübergreifenden Curriculums zur Umsetzung der Lehrplanvorgaben, die entsprechend reformierten länderspezifischen Rahmenlehrplänen bzw. den neuen Ausbildungs- und Prüfungsbestimmungen zu den bundesweiten Ausbildungsbestimmungen eingeführt wurden. Dabei müssen notwendige Reformen vielfach ohne Stellenerweiterung bewältigt werden.

SCHNEIDER (2014) untersuchte in einer Fragebogenstudie die Gesundheitssituation, Ressourcen und Belastungen von 303 Lehrkräften an Altenpflegeschulen in Baden-Württemberg und zog einen Vergleich zwischen der Situation an Schulen in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft. Belastungspunkte waren sowohl bei den Berufs- als auch bei den Berufsfachschulen die administrativen Arbeiten, heterogene Klassen und Unterrichtsstörungen, wobei die Belastungen an öffentlichen Schulen höher empfunden wurden (S. 152 ff.).

Unterschiede zwischen Lehrkräften an öffentlichen Schulen und Lehrerinnen und Lehrern an Schulen des Gesundheitswesens können auch in Verbindung mit der differentiellen Trägerschaft der Schulen entstehen. So ermittelte die Befragung mittels der AVEM-Fragebögen, dass die Lehrkräfte an öffentlichen Schulen die gesundheitsunbedenklichen Muster G zu 17,9 und Muster S zu 39,7 Prozent vertraten, während sich an Schulen in freigemeinnütziger Trägerschaft Muster G zu 29,9 und Muster S zu 38,8 Prozent zeigte. Hinsichtlich der gesundheitsgefährdenden Risikomuster war Muster A bei Lehrkräften an öffentlichen Schulen zu 20,5 und Muster B zu 21,8 Prozent vertreten. Zum Vergleich an Schulen in freigemeinnütziger Trägerschaft wurden Muster A 17,7 und Muster B 13,6 Prozent zugeordnet (vgl. SCHNEIDER 2014, S. 141). Da die Altenpflegeschulen in freier Trägerschaft signifikant kleiner waren (vgl. SCHNEIDER 2014, S. 190) und die soziale Unterstützung von Kollegium und Schulleitung höher erlebt wurde (vgl. SCHNEIDER 2014, S. 148 ff.), kann vermutet werden, dass sich diese Unterschiede als externe Ressourcen positiv auf die Gesundheitssituation der betreffenden Lehrkräfte auswirkte.

Diese Ergebnisse werden in einer Absolventenbefragung zum Berufseinstieg von 139 Pflegepädagogen und Pflegepädagoginnen in Baden-Württemberg bestätigt, in welcher der Arbeitsumfang und die organisatorischen Rahmenbedingungen als Belastungsfaktoren

eingeschätzt wurden, während die Kooperation im Team die stärkste Ressource darstellte (vgl. REIBER/WINTER/MOSBACHER-STRUMPF 2014).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anforderungen an Pflegeschulen in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind (vgl. WESSELBORG/REIBER 2011). Ebenfalls gilt auch an Pflegeschulen das Verhalten „schwieriger“ Schüler/Schülerinnen als besondere Belastung für die Lehrer/Lehrerinnen (vgl. SCHNEIDER 2014; WAGENER 2005). Bezogen auf Gesundheitsressourcen gibt es Hinweise, dass die Pflegelehrer/-lehrerinnen in stärkerem Maße von sozialer Unterstützung profitieren (vgl. SCHNEIDER 2014). Dies steht möglicherweise im Zusammenhang mit ihrer längeren Präsenz am Arbeitsplatz auch außerhalb des Unterrichts und an kleineren Schulen, die vielfältige und spontane Kontakte und Austauschprozesse ermöglichen.

Der Vergleich bleibt in Ermangelung repräsentativer Befunde zur Lehrergesundheit an den Schulen des Gesundheitswesens fragmentarisch und bedarf weiterer empirischer Absicherung. Dennoch ermöglicht er erste Hinweise zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Belastungssituationen und Unterstützungspotenziale in den beruflichen Handlungsfeldern Schulen des Gesundheitswesens und öffentliche Schulen.

7. Zentrale Herausforderungen und Perspektiven der Forschung Lehrergesundheit an Pflegeschulen

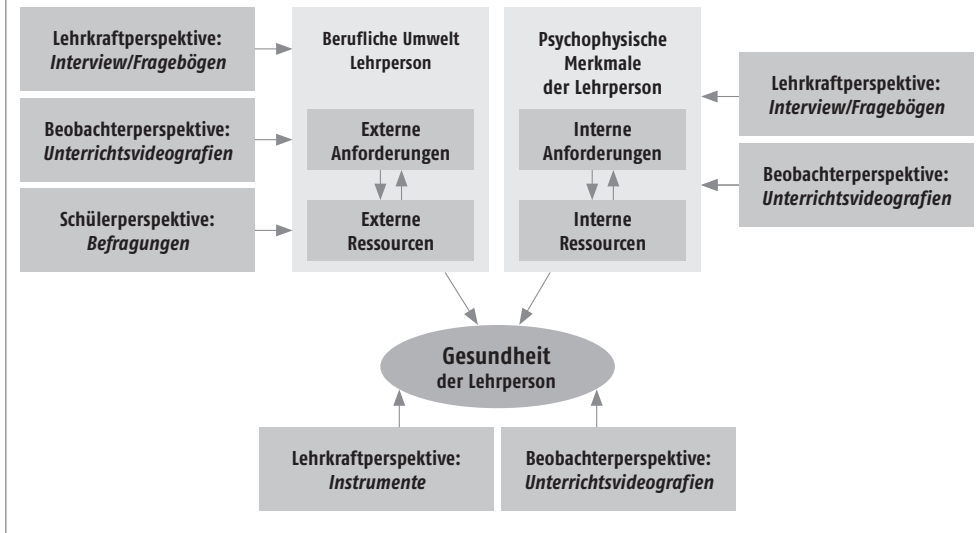
Wie beschrieben, besteht derzeit eine der zentralen Herausforderung für die Lehrergesundheitsforschung darin, empirisch fundiertes Wissen über Präventionsmaßnahmen zur Förderung der Lehrergesundheit zu generieren (vgl. KRAUSE/DORSEMAGEN/MEDER 2013). Zudem wird ein Ungleichgewicht zwischen personen- und bedingungsbezogenen Untersuchungen in der Lehrergesundheitsforschung kritisiert (siehe Kapitel 3.4).

Bezogen auf Erkenntnisse zur Gesundheitssituation von Pflegelehrkräften ist für beide Forschungsrichtungen ein Defizit zu konstatieren, da bisher nur einzelne Studien durchgeführt wurden. Aufgrund der ersten Befunde und vor dem Hintergrund der steigenden Bedeutung der Pflegeberufe werden nun Forschungsperspektiven für die Gesundheitssituation von Pflegelehrern/-lehrerinnen aufgezeigt. Diese berücksichtigen die bekannten Kritikpunkte zur Lehrergesundheitsforschung an öffentlichen Schulen und beziehen, mehrperspektivisch angelegt, sowohl eine bedingungs- als auch eine personenbezogene Dimension mit ein.

Zur systematischen Darstellung der verschiedenen Perspektiven werden auf der Basis des SAR-Modells als theoretisches Rahmenkonstrukt die Bereiche interne und externe Anforderungen und Ressourcen sowie die Gesundheitssituation unterschieden.

Die folgende Abbildung veranschaulicht die zu berücksichtigenden Aspekte und Zusammenhänge:

Abbildung 1: Forschungszugang systematisiert im SAR-Modell
(adaptiert und erweitert nach BLÜMEL 2011)



7.1 Perspektiven zur Erforschung externer und interner Anforderungen und Ressourcen

7.1.1 Lehrerperspektive

Aus den Studien an öffentlichen Schulen sind vielfältige berufliche Anforderungen bzw. Stressoren sowie gesundheitsrelevante Ressourcen bekannt (vgl. UNTERBRINK u. a. 2008). Erste Erkenntnisse liegen ebenfalls zu Stressoren und Ressourcen aus dem Feld der Schulen des Gesundheitswesens vor (vgl. WESSELBORG/REIBER 2011). Ausgehend von den vorliegenden Befunden soll eine repräsentative Fragebogenstudie an Pflegeschulen mit den empirisch bekannten Belastungsfaktoren und Ressourcen aus dem Bereich öffentlicher als auch der Schulen des Gesundheitswesens durchgeführt werden. Neben der Erhebung der bekannten Stressoren, wie z. B. der Anzahl der zu unterrichtenden Stunden (vgl. WESSELBORG/REIBER 2011), sollen Ressourcen und insbesondere die soziale Unterstützung als bekanntes hohes Merkmal an Pflegeschulen über valide Skalen (vgl. CRAMER/MERK/WESSELBORG 2014) erhoben werden. Vor dem Hintergrund der Relevanz von Klassenführung und Sozialklima können die Fragebogeninstrumente der Linzer Studien zur Klassenführung genutzt werden, da diese neben Klassenführung auch die Qualität der Beziehung zwischen Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern erhebt (vgl. LENSKE/MAYR 2015).

Ergänzend sollen Experteninterviews (vgl. MEUSER/NAGEL 2009) mit Pflegelehrern/-lehrerinnen geführt werden, um die bisher bekannten Aspekte zu validieren und um mög-

liche weitere Faktoren zu ergänzen. In den Interviews soll ein Schwerpunkt auf den gesundheitsrelevanten Lehrer-Schüler-Beziehungen liegen. Wünschenswert wäre zu rekonstruieren, wie Pflegelehrer/-lehrerinnen die Zusammenarbeit mit ihren Schülerinnen und Schülern gestalten und welche Rolle die Ausbildung und berufliche Erfahrung als Pflegefachperson spielt.

7.1.2 Schülerperspektive

Im Zusammenhang mit der gesundheitsrelevanten Anforderung der Gestaltung der Lehrer-Schüler-Beziehung ist die Schülerperspektive von großer Bedeutung. Bekannt ist eine Wechselwirkung, indem positive bzw. negative Lehrer-Schüler-Beziehungen ebenfalls „Schulfreude oder Schulfrust, Leistungsbemühungen und inhaltliche Interessen“ (ULICH 2001, S. 76) beeinflussen. Insbesondere Dimensionen des Klassenklimas und der Schülerorientierung wie Fairness, Freundlichkeit, Interesse der Lehrkraft beeinflussen die Lehrer-Schüler-Beziehung positiv (vgl. RICHEY u. a. 2014, S. 11). Sinnvoll ist daher, das Klassenklima und die Klassenführung aus Lehrer- und Schülerperspektive zu erheben, wie es die Linzer Fragebögen zur Klassenführung ermöglichen (vgl. LENSKE/MAYR 2015), um einen Perspektivenvergleich und erweiterten Erkenntnisgewinn zu ermöglichen.

Die Erhebung der Schülerwahrnehmung auf Unterricht mithilfe von Fragebögen hat u. a. den Vorteil, dass die Antworten auf einem längeren Erfahrungszeitraum basieren und die Befragungen ohne größeren Erhebungsaufwand durchzuführen sind (vgl. CLAUSEN 2002, S. 45). Allerdings kann die Schülersicht u. a. einen Halo-Effekt nach sich ziehen, der die Gefahr von Verzerrungen birgt: „Der Halo-Fehler wird gemeinhin definiert als die mangelnde Fähigkeit oder mangelnde Bereitschaft von Beurteilern, zwischen verschiedenen Aspekten des Beurteilungsgegenstandes bzw. des beurteilten Individuums zu unterscheiden, was zu einer künstlichen Erhöhung der Interkorrelationen der Merkmalsbeurteilungen führt“ (CLAUSEN 2002, S. 45). Deshalb bedürfen mehrdimensional ermittelte Befunde in jedem Fall der ausgewogenen Interpretation der Gesamtergebnisse (vgl. Abschnitt 6.3).

7.1.3 Beobachterperspektive

Zur Erhebung der Bedingungen im Pflegeunterricht sollen Videografien von Pflegeunterricht durchgeföhrt werden, um die Unterrichtssituation selbst und mögliche Anforderungen und Ressourcen für Pflegelehrerinnen und -lehrer zu erforschen. Dabei kann der Unterricht durch die im Krankenpflegegesetz geforderte Lernfeld- und Handlungsorientierung erheblich vom Unterricht in der Sekundarstufe I an allgemeinbildenden Schulen differieren, was eine Neuentwicklung von pflegedidaktischen Beobachtungsinstrumenten nach sich zieht (vgl. WESSELBORG 2016). Grundsätzlich ist die Videoperspektive sehr wertvoll, da sie ermöglicht, Unterrichtsprozesse mit einer hohen Reliabilität und Objektivität zu erfassen, da die Datengewinnung ohne Interpretation der direkt beteiligten Personen, Schüler/Schülerinnen und Lehrer/Lehrerinnen, erfolgt (vgl. CLAUSEN 2002, S. 48 f.). Auch hier sollen die Dimensionen

erhoben werden, die auch die Fragebögen berücksichtigen, um einen Perspektivenabgleich zu ermöglichen. Hoch inferent kann die Qualität der Lehrer-Schüler-Beziehungen und der Klassenführung abgebildet werden (vgl. Wesselborg u. a. 2014). Niedrig inferent kann die Belastungssituation der Lehrerinnen und Lehrer insgesamt über die Erhebung der Lehreraktivität, Unterrichtsmethoden und den Redeanteil von Lehrkräften und Schülerinnen und Schülern erfasst werden.

7.2 Gesundheitssituation der Pflegelehrerinnen und -lehrer

Kombiniert werden sollen die Studien mit validen Instrumenten zur Erhebung der Gesundheitssituation, um erstens die Gesundheitssituation von Lehrpersonen an den Schulen des Gesundheitswesens mit öffentlichen Schulen zu vergleichen und zweitens die Gesundheitsrelevanz von Anforderungen und Ressourcen zu erfassen. Vermieden werden sollen Instrumente, welche Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge zwischen Stressoren und den dadurch ausgelösten Beanspruchungsreaktionen herstellen, wie z. B. das Maslach Burnout Inventory (MBI) (vgl. BÜSSING/PERRAR 1992). Bei einigen Items des MBI sind ätiologische und symptomatische Aussagen konfundiert („Ich fühle mich von meiner Arbeit ausgelaugt“), was zu schwer interpretierbaren Ergebnissen führt, da die Ursache der Erschöpfung bereits in der Frage in einen Wirkungszusammenhang mit der Arbeit gestellt wird.

Ein Instrument zur Erfassung des subjektiv wahrgenommenen Beschwerdebilds ohne die Verknüpfung mit kausalen Zusammenhängen stellt z. B. GBB-24 dar (vgl. BRÄHLER/HINZ/SCHEER 2008). In der Testinterpretation kann mit dem GBB-24 ein Vergleich mit dem Beschwerdebild der Allgemeinbevölkerung oder einer Patientenstichprobe psychosomatisch erkrankter Menschen, unterteilt nach Alter und Geschlecht, mithilfe von Prozentrangwerten und T-Werten durchgeführt werden.

In vielen Studien zur Lehrgesundheit (z. B. KLUSMANN u. a. 2006; SCHAARSCHMIDT 2005) wird AVEM (vgl. SCHAARSCHMIDT/FISCHER 2001) zur Erfassung der psychischen Gesundheit im Sinne einer aktiven Gestaltung der beruflichen Beanspruchungsverhältnisse und nicht im Sinne von körperlichen Beanspruchungsreaktionen genutzt. Zwar ist AVEM durch seinen personenbezogenen Ansatz in die Kritik geraten (vgl. ROTHLAND 2009), kann aber durch seinen häufigen Einsatz wertvolle Vergleichsdaten bieten.

7.3 Triangulation

Aufgrund der Mehrdimensionalität von Gesundheit und Krankheit und der vielschichtigen Beeinflussungsprozesse der Lehrer-Schüler-Beziehungen gemäß den Annahmen des SAR-Modells (vgl. Kapitel 2) erscheint die Triangulation als besonders geeignet, um sich den Untersuchungsgegenständen angemessen zu nähern und einen erweiterten Erkenntnisgewinn zu ermöglichen (vgl. FLICK 2011).

Für die Zusammenführung der Daten kann das Triangulationsmodell von MAYRING (2001) herangezogen werden, in welchem es zu einer komplexen Verschränkung von qualitativen und quantitativen Methoden im Analyseprozess kommt. Das Modell verfolgt den Ansatz, die Fragestellung aus mehreren Blickwinkeln mit unterschiedlichen Methoden zu untersuchen. „Dabei geht es nicht darum festzustellen, welcher Analyseansatz die richtigeren Ergebnisse erbringt. Die Resultate sollen sich vielmehr gegenseitig unterstützen, der Schnittpunkt der Einzelresultate stellt die Endergebnisse dar“ (MAYRING 2001, Abs. 25). Dabei werden die unterschiedlichen Perspektiven zunächst getrennt ausgewertet und anschließend in Einzelfallanalysen trianguliert. Über eine anschließende Typenbildung werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet (vgl. KELLE/KLUGE 2001; WESSELBORG u. a. 2014).

Zu beachten sind mögliche Probleme bei mehrperspektivischen Untersuchungsdesigns. Diese können in der Zugänglichkeit zu Untersuchungsbereichen und in den zur Verfügung stehenden Ressourcen auftreten (vgl. DENZIN zitiert nach FLICK 2011, S. 16). Diese Schwierigkeiten sind sehr ernst zu nehmen. Die Erhebung und Auswertung von Daten aus mehreren Perspektiven und der Triangulation ist sehr zeit- und ressourcenintensiv. Zudem ist der Einbezug einer Beobachterperspektive und damit Videoforschung mit einem besonders hohen Aufwand verbunden, da die Gewinnung der Stichprobe Zeit und Geduld benötigt und von offiziellen Stellen genehmigt werden muss (vgl. PETKO u. a. 2003).

8. Ausblick

Nach der systematischen Erforschung der Gesundheitssituation von Pflegelehrern/-lehrerinnen an den Schulen des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung von arbeitsplatzspezifischen Bedingungen und personenbezogenen Merkmalen und Einschätzungen sollen die Ergebnisse zunächst mit den Ergebnissen zur Lehrergesundheit an öffentlichen Schulen verglichen werden, um Besonderheiten herauszuarbeiten. Resultierend aus diesen Ergebnissen sollen spezifische Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden, die geeignet sind, die Pflegelehrerinnen und -lehrer im Erhalt ihrer Gesundheit zu unterstützen.

Literatur

- ANTONOVSKY, Aaron: *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco 1987
- BAUER, Joachim; UNTERBRINK, Thomas; HACK, Anna; PFEIFER, Ruth; BUHL-GRIESSHABER, Veronika; MÜLLER, Udo; WESCHE, Helmut; FROMMHOLD, Markus; SEIBT, Reingard; SCHEUCH, Klaus; WIRSCHING, Michael: Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, (2007) 5, S. 442–449

- BAUER, Joachim; STAMM, Axel; VIRNICH, Katharina; WISSING, Karen; MÜLLER, Udo; WIRSCHING, Michael; SCHAARSCHMIDT, Uwe: Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. In: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, (2006) 3, S. 199–204
- BAUER, Joachim; UNTERBRINK, Thomas; ZIMMERMANN, Linda: Verbundprojekt Lange Lehren. Gesundheitsprophylaxe für Lehrkräfte – Manual für Lehrer-Coachinggruppen nach dem Freiburger Modell. Dresden 2007
- BECKER, Peter: *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen, Bern, Wien 2006
- BEN-ARI, Rachel; KROLE, Konit; HAR-EVEN, Dov: Differential effects of simple frontal versus complex teaching strategy on teachers' stress, burnout, and satisfaction. In: *International Journal of Stress Management*, (2003) 2, S. 173–195
- BLÜMEL, Stephan: Systemisches Anforderungs-Ressourcen-Modell in der Gesundheitsförderung. In: *BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (Neuausgabe)*. Gamburg 2011, S. 560–563
- BRÄHLER, Elmar; HINZ, Andreas; SCHEER, Jörn W.: *GBB 24. Der Gießener Beschwerdebogen*. Bern: Hogrefe 2008
- BÜSSING, André; PERRAR, Klaus-M.: Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). In: *Diagnostica*, (1992) 38, S. 328–353
- CLAUSEN, Marten: Unterrichtsqualität: eine Frage der Perspektive? Empirische Analysen zur Übereinstimmung, Konstrukt- und Kriteriumsvalidität. Münster 2002
- CRAMER, Colin; MERK, Samuel; WESSELBORG, Bärbel: Psychische Erschöpfung von Lehrerinnen und Lehrern. Repräsentativer Berufsgruppenvergleich unter Kontrolle berufsspezifischer Merkmale. In: *Lehrerbildung auf dem Prüfstand*, (2014) 2, S. 138–156
- DAK TEAM PRÄVENTION UND GESUNDHEITSBERATUNG (Hrsg.): *DAK-Report Berufsschullehrer*. Hamburg 2004
- FLICK, Uwe: *Triangulation*. 3. Aufl. Wiesbaden 2011
- FRANKE, Alexa: *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. 2. Aufl. Bern 2010
- FRANZKOWIAK, Peter; FRANKE, Alexa: Stress und Stressbewältigung. In: *BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZGA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention (Neuausgabe)*. Gamburg 2011, S. 543–550
- FRIEDMAN, Isaac. A: Classroom management and teacher stress and burnout. In: *EVERTSON, Carolyn M.; WEINSTEIN, Carol S. (Hrsg.): Handbook of classroom management*. Mahwah, N.J. 2006, S. 925–944
- FRIESE, Marianne: Didaktisch-curriculare Aspekte für Fachrichtungen und Fachrichtungsbereiche personenbezogener Dienstleistungsberufe. In: *PAHL, Jörg P. (Hrsg.): Handbuch Berufliche Fachrichtungen*. Bielefeld 2010, S. 311–327
- GUGLIELMI, R. Sergio; TATROW, Kristin: Occupational stress, burnout, and health in teachers. In: *Review of Educational Research*, (1998) 61, S. 61–99
- HELMKE, Andreas: *Unterrichtsqualität und Lehrerprofessionalität*. Seelze-Velber 2010

- KASSNER, Dieter: Humor im Unterricht. Bedeutung – Einfluss – Wirkungen. Können schulische Leistungen und berufliche Qualifikationen durch Pädagogischen Humor verbessert werden? Baltmannsweiler 2002
- KELLE, Udo; KLUGE, Susanne: Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2. Aufl. Wiesbaden 2010
- KLUSMANN, Uta; KUNTER, Mareike; TRAUTWEIN, Ulrich; BAUMERT, Jürgen: Lehrerbelastung und Unterrichtsqualität aus der Perspektive von Lehrenden und Lernenden. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, (2006) 3, S. 161–173
- KRAUSE, Andreas; DORSEMAGEN, Cosima; ALEXANDER, Tatjana: Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In: TERHART, Ewald; BENNEWITZ, Hedda; ROTHLAND, Martin (Hrsg.): Handbuch der Forschung zum Lehrerberuf. Münster 2011, S. 788–813
- KRAUSE, Andreas; DORSEMAGEN, Cosima; MEDER, Lilian: Messung psychischer Belastungen im Unterricht mit RHIA-Unterricht. In: ROTHLAND, Martin (Hrsg.): Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. Modelle, Befunde, Interventionen. 2. Aufl. Wiesbaden 2013, S. 99–116
- KSIENZYK, Bianca; SCHAARSCHMIDT, Uwe: Beanspruchung und schulische Bedingungen. In: SCHAARSCHMIDT, Uwe (Hrsg.): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim, Basel 2005, S. 72–87
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (Hrsg.): Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften. 2004/2014. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2004/2004_12_16-Standards-Lehrerbildung-Bildungswissenschaften.pdf (Zugriff: 02.10.2015)
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (KMK) (Hrsg.): Ländergemeinsame inhaltliche Anforderungen für die Fachwissenschaften und Fachdidaktiken in der Lehrerbildung. 2008/2015. URL: www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2008/2008_10_16-Fachprofile-Lehrerbildung.pdf (Zugriff: 02.10.2015)
- LENSKE, Gerlinde; MAYR, Johannes: Das Linzer Konzept der Klassenführung (LKK). Jahrbuch für Allgemeine Didaktik 2015. Baltmannsweiler 2015
- MASLACH, Christina; LEITER, Michael P: Teacher burnout: A research agenda. In: VANDENBERGHE, Roland; HUBERMAN, A. Michael (Hrsg.): Understanding and preventing teacher burnout. A source book of international research and practice. Cambridge 1999, S. 295–303
- MAYRING, Philipp: Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. Forum Qualitative Sozialforschung, (2001) 2, 31 Absätze. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2110> (Zugriff am 02.10.2015)
- MEUSER, Michael; NAGEL, Ulrike: ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: GARZ, Detlef; KRAIMER, Klaus (Hrsg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen. Opladen 1999, S. 441–471
- MONTGOMERY, Cameron; RUPP, André A.: A meta-analysis for exploring the diverse causes and effects of stress in teachers. In: Canadian Journal of Education, (2005) 28, S. 458–486

- OESTERREICH, Rainer: Konstrukte und Methoden in der Forschung zur Lehrerbelastung. In: SCHÜPBACH, Andreas; KRAUSE, Heinz; ULICH Eberhard; WÜLSER, Marc (Hrsg.): Arbeitsort Schule. Organisations- und arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden 2008, S. 47–74
- PÄTZOLD, Günter: Lernfelder – Lernortkooperation. Neugestaltung beruflicher Bildung. Bochum 2003
- PETKO, Dominik; WALDIS, Monika; PAULI, Christine; REUSSER, Kurt: Methodologische Überlegungen zur videogestützten Forschung in der Mathematikdidaktik. Ansätze der TIMSS 1999 Video Studie und ihrer schweizerischen Erweiterung. In: ZDM – Zentralblatt für Didaktik der Mathematik, (2003) 6, S. 265–280
- REIBER, Karin; WINTER, Maik H.-J.; MOSBACHER-STRUMPF, Sascha: Berufseinstieg in die Pflegepädagogik. Eine empirische Analyse von beruflichem Verbleib und Anforderungen. Lage 2015
- RICHEY, Petra; WESSELBORG, Bärbel; BOHL, Thorsten; REIBER, Karin; MERK, Samuel: Die Bedeutung normativer Lehrer- und Schülererwartungen für die Lehrer-Schüler-Beziehung. Schulpädagogik heute, (2014) 5, S. 1–16
- ROTHLAND, Martin; KLUSMANN, Uta: Belastung und Beanspruchung im Lehrerberuf. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online. Weinheim, Basel 2012
- ROTHLAND, Martin: Das Dilemma des Lehrerberufs sind ... die Lehrer? Anmerkungen zur Persönlichkeitspsychologisch dominierten Lehrerbelastungsforschung. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, (2009) 2, S. 1–15
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER ENTWICKLUNG IM GESUNDHEITSWESEN (Hrsg.): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Berlin 2014. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (Zugriff: 15.12.2015)
- SCHAARSCHMIDT, Uwe (Hrsg.): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. Weinheim, Basel 2005a
- SCHAARSCHMIDT, Uwe: Potsdamer Lehrerstudie – Anliegen und Konzept. In: Uwe SCHAARSCHMIDT (Hrsg.): Halbtagsjobber? Psychische Gesundheit im Lehrerberuf – Analyse eines veränderungsbedürftigen Zustandes. 2. Aufl. Weinheim, Basel 2005b, S. 41–71
- SCHAARSCHMIDT, Uwe; FISCHER, Andreas W.: Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung. Göttingen 2001
- SCHAARSCHMIDT, Uwe; KIESCHKE, Ulf: Einführung und Überblick. In: SCHAARSCHMIDT, Uwe; KIESCHKE, Ulf (Hrsg.): Gerüstet für den Schulalltag: psychologische Unterstützungsangebote für Lehrerinnen und Lehrer. Weinheim, Basel 2007, S. 17–44
- SCHNEIDER, Claudia: Ressourcen und Belastungen im Berufsalltag von Lehrenden. Empirische Befunde zur Situation an Altenpflegeschulen. Lage 2014
- SCHÖNWÄLDER, Hans-Georg; BERNDT, Jörg; STRÖVER, Frauke: Belastung und Beanspruchung von Lehrerinnen und Lehrern. Bremerhaven 2003

- ULICH, Klaus: Einführung in die Sozialpsychologie der Schule. Weinheim 2001
- UNTERBRINK, Thomas; ZIMMERMANN, Linda; PFEIFER, Ruth; WIRSCHING, Michael; BRÄHLER, Elmar; BAUER, Joachim: Parameters influencing health variables in a sample of 949 German teachers. In: International Archives of Occupational and Environmental Health, (2008) 1, S. 117–123
- WAGENER, Stephanie: Zur Gesundheit von Lehrkräften an Pflegeschulen. In: FREESE, Mathias; BONSE-ROHMANN, Christoph (Hrsg.): Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe. Gamburg 2005, S. 120–130
- WESSELBORG, Bärbel: Videobasierte Unterrichtsforschung: Einführung und Perspektiven zur Erforschung von Lehr-Lern-Prozessen am Beispiel der Pflegeausbildung. In: BRINKER-MEYENDRIESCH, Elfriede; ARENS, Frank (Hrsg.): Diskurs Berufspädagogik Pflege und Gesundheit. Berlin 2016, S. 114–131.
- WESSELBORG, Bärbel; REIBER, Karin: Schulorganisation und Lehrergesundheit. In: Pflegewissenschaft, (2011) 12, S. 670–676
- WESSELBORG, Bärbel; REIBER, Karin; RICHEY, Petra; BOHL, Thorsten: Untersuchung der Lehrergesundheit im Mixed-Method-Design unter Verwendung von Videografie. In: Lehrerbildung auf dem Prüfstand, (2014) 2, S. 157–174
- WEYLAND, Ulrike; REIBER, Karin: Lehrer/innen-Bildung für die berufliche Fachrichtung Pflege in hochschuldidaktischer Perspektive. In: FASSHAUER, Uwe; FÜRSTENAU, Bärbel; WUTTKE, EVELINE (Hrsg.): Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2013. Opladen, Berlin, Toronto 2013, S. 189–202
- WINKELMANN, Christiane; GIENKE, Friederike: Schülerbedingte Hindernisse im Unterricht. Eine Beobachtungsstudie zur Lehrerbeltung an berufsbildenden Schulen. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, (2007) 7, S. 396–402
- WISSENSCHAFTSRAT: Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Berlin 2012. URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.pdf> (Zugriff: 30.10.2015)
- ZÖLLER, Maria: Gesundheitsfachberufe im Überblick. Bonn 2014. URL: <http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/id/7369> (Zugriff: 30.10.2015)

Marisa Kaufhold

► Herausforderungen an das betriebliche Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich

Die berufliche Bildung hat sich infolge gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse verändert, und betriebliches Lernen sowie das betriebliche Bildungspersonal erfahren stärkere Berücksichtigung in der aktuellen berufspolitischen Diskussion. Für das betriebliche Bildungspersonal werden Qualifizierungs- und Professionalisierungsbedarfe diskutiert, die vor dem Hintergrund branchenspezifischer Besonderheiten weiter zu spezifizieren sind. In diesem Beitrag werden Entwicklungen im Humandienstleistungsbereich in den Blick genommen, wobei der Fokus auf die Pflege gerichtet ist, und daraus resultierende Anforderungen an das betriebliche Bildungspersonal aufgezeigt. Am Beispiel des Projektes HumanTec wird ein Qualifizierungs- und Professionalisierungsansatz vorgestellt, der sich an das betriebliche Bildungspersonal aus dem Humandienstleistungsbereich richtet.

1. Ausgangspunkt und Zielsetzung des Beitrags

In den letzten Jahren haben zahlreiche Entwicklungsprozesse wie der demografische Wandel oder die zunehmende Technisierung die berufliche Bildung beeinflusst. So wurden die mit beruflicher Bildung verbundenen Ziele den Entwicklungen angepasst, und es geht stärker darum, Lernende zu befähigen, „komplexe Aufgaben in unvorhersehbaren Situationen selbstständig zu beurteilen, Probleme zu lösen, die Aufgabenergebnisse zu kontrollieren und zu analysieren“ (BÜCHTER 2015, S. 102). Das Vermitteln von fachlichem Wissen steht nicht mehr im Vordergrund, sondern vielmehr die Herausbildung bzw. Anbahnung einer umfassenden beruflichen Handlungskompetenz und einer berufsbiografischen Gestaltungskompetenz (vgl. FISCHER 2015; GILLEN 2013; KAUFHOLD 2009). Ziel dabei ist es, künftige Entwicklungen vorwegzunehmen und Auszubildende nicht nur für einen Beruf, sondern für eine lebenslange, mit Veränderungen und Anpassungsprozessen verbundene berufliche Tätigkeit zu befähigen (vgl. ERPENBECK/SAUTER 2016, S. 4).

Im Zuge dieser Entwicklungen sind auch das betriebliche Lernen und dessen Gestaltung in den Blick zu nehmen. Der Lernort Betrieb gilt dabei als eine der „einflussreichsten Einrichtungen der Berufsbildung“ (BÜCHTER 2015, S. 91). Dies resultiert u. a. daraus, dass sich Zielstellungen wie die Herausbildung beruflicher Handlungskompetenz oder die Entwicklung einer

berufsbiografischen Gestaltungskompetenz nur begrenzt über formalisierte schulische bzw. seminaristische Lernformen fördern lassen. Gestützt werden diese Entwicklungen auch aus den Erkenntnissen empirischer Studien, die aufzeigen, dass 60 bis 80 Prozent des beruflichen Könnens einer Fachkraft aus informellen Lernprozessen und der Bewältigung konkreter Arbeitsaufgaben resultieren (vgl. LIVINGSTONE 1999; DEHNBOSTEL 2007; ERPENBECK/SAUTER 2016).

Für die Umsetzung betrieblicher Lernprozesse in der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist das betriebliche Bildungspersonal zuständig. Dieses ist gefordert, auf die beschriebenen Entwicklungen zu reagieren, die Auswirkungen auf das Rollenverständnis sowie die Aufgaben- und Tätigkeitsfelder haben. Obwohl betriebliches Bildungspersonal schon immer mit komplexen, disparaten und dynamischen Aufgaben konfrontiert war (vgl. PÄTZOLD/DREES 1989, S. 32 ff.), wird auch in jüngeren Studien aufgrund von veränderten und erweiterten Aufgabenfeldern auf einen Qualifizierungs- und Professionalisierungsbedarf für betriebliches Bildungspersonal verwiesen (vgl. ULMER/GUTSCHOW 2013; ULMER/WEISS/ZÖLLER 2012; BAHL/GROLLMANN 2011; BRATER/WAGNER 2008). Gründe dafür liegen unter anderem in den bislang nur geringen Standards und Regelungen zur Qualifizierung betrieblichen Bildungspersonals. Als verpflichtende Qualifikation für ausbildende Betriebe im Rahmen der dualen Berufsausbildung gilt lediglich die 2009 wiedereingeführte Ausbilder-Eignungsverordnung (AEVO), die als berufspädagogische Grundqualifizierung einzustufen ist. Das ebenfalls 2009 neu eingeführte bundeseinheitliche Fortbildungssystem der Industrie- und Handelskammer (IHK) ist nicht verpflichtend und kann bislang auf eher überschaubare Zahlen von Absolventen/Absolventinnen verweisen (vgl. BLÖTZ 2011, S. 118 f.; DIHK-FORTBILDUNGSSTATISTIK 2015, S. 8). Diese Regelungen und Qualifizierungswege gelten nicht für den Humandienstleistungsbereich¹. Hier fehlen mit Ausnahme der Pflegeberufe, die eine verpflichtende Qualifizierung zum/zur Praxisanleiter/-anleiterin vorsehen, in weiten Teilen entsprechende Regelungen.

Die Arbeit des betrieblichen Bildungspersonals und damit auch die Gestaltungsmöglichkeiten betrieblicher Lernprozesse werden stark von den jeweiligen betrieblichen Rahmenbedingungen sowie branchenspezifischen Besonderheiten beeinflusst (vgl. BAHL 2013; WAGNER 2012). Die Auseinandersetzung mit solchen Spezifika ermöglicht es, Besonderheiten einzelner Berufsfelder hinsichtlich der Strukturen von Aus-, Fort- und Weiterbildung, aber auch bezüglich branchenspezifischer Entwicklungen und Veränderungserfordernisse aufzuzeigen und spezifische Herausforderungen des betrieblichen Bildungspersonals zu verdeutlichen. Im vorliegenden Beitrag wird daher der Humandienstleistungsbereich mit einer hohen gesellschaftlichen Relevanz, heterogenen Strukturen und vielfältigen Herausforderungen in den Blick genommen, um Besonderheiten für das betriebliche Bildungspersonal herauszustellen. Dies wird hauptsächlich am Beispiel der Pflegeberufe veranschaulicht, deren Entwicklung am

1 Die Berufe im Gesundheitswesen lassen sich aufgrund unterschiedlicher rechtlicher Regelungen und Zuständigkeiten sowie einer immer wachsenden Vielzahl keiner einheitlichen Terminologie zuordnen (vgl. IGL 2015; DIELMANN 2013). Hier wird der Begriff Humandienstleistungen bzw. Humandienstleistungsbereich verwendet, um den Dienstleistungsgedanken und die damit verbundene Tragweite besonders herauszuheben (vgl. KAUFHOLD/WEYLAND 2015).

weitesten fortgeschritten ist. Abschließend wird der Qualifizierungs- und Professionalisierungsansatz des Projektes HumanTec vorgestellt, der die beschriebenen Entwicklungen und daraus resultierende Handlungsbedarfe aufgreift.

2. Betriebliches Bildungspersonal – Promotor betrieblichen Lernens

Das betriebliche Bildungspersonal lässt sich als heterogene Personengruppe beschreiben, zu der „bislang [...] wenig verlässliche Daten vorliegen“ (MEYER 2011, S. 1). Es mangelt an „Grundlagenwissen zur Situation und den Handlungs- und Kontextfaktoren des betrieblichen Bildungspersonals“ (DIETRICH 2013, S. 220).

Dies lässt sich unter anderem auf die Beteiligung verschiedener Personengruppen in der betrieblichen Aus-, Fort- und Weiterbildung zurückführen, die in Abhängigkeit der betrieblichen Strukturen unterschiedliche Funktionen und Aufgaben wahrnehmen (WAGNER 2012, S. 53 ff.). So gibt es Unterschiede in den Einsatzbereichen (Aus- und/oder Weiterbildung), dem Umfang der Arbeit (haupt-, neben- oder ehrenamtlich), der Qualifizierung (Grad und Tiefe der pädagogischen Qualifizierung) sowie der Funktionsebene und dem Aufgabenspektrum (Begleitung Auszubildender, Lehrtätigkeit, organisatorische, planerische und strategische Aufgaben) (vgl. KÄPPLINGER/LICHTE 2012, S. 375; WAGNER 2012, S. 53 ff.).

Die vielfältigen Aufgaben des betrieblichen Bildungspersonals haben sich aufgrund technischer, marktwirtschaftlicher und struktureller Entwicklungen am Arbeitsmarkt der letzten Jahre erweitert und verändert. Ein Wandel in betrieblichen Abläufen sowie die Entwicklung und Herstellung neuer Produkte gehen häufig mit veränderten Qualifikations- und Kompetenzanforderungen an Beschäftigte einher. Betriebliches Bildungspersonal ist gefordert, solche Entwicklungen und damit einhergehende Qualifikations- und Kompetenzförderungsbedarfe frühzeitig zu erkennen und Beschäftigte auf zukünftige Aufgaben vorzubereiten. Diese Aufgaben reichen in die Personal- und Organisationsentwicklung von Unternehmen hinein und umfassen die gezielte Entwicklung von Beschäftigten, Teams und Abteilungen.

Von Bedeutung für die Arbeit des betrieblichen Bildungspersonals ist auch die steigende Heterogenität der Lernenden. Bereits auf der Ebene betrieblicher Ausbildungsaktivitäten werden die Gruppen der Lernenden und die jeweiligen Ausbildungsziele vielfältiger. Neben traditionell betrieblich Auszubildenden treten Studierende in dualen Studiengängen sowie traditionell Studierende, die im Rahmen von Praktika, Projekt- oder Abschlussarbeiten in betriebliche Kontexte eingebunden sind. Eine heterogener werdende Adressatengruppe lässt sich auch für die Fort- und Weiterbildung konstatieren, deren Angebote zunehmend vielfältigere Aspekte wie beispielsweise Alter, kultureller Hintergrund sowie Qualifikationsstand berücksichtigen müssen. Angesichts der steigenden Heterogenität der Lernenden gewinnt das Thema Umgang mit Diversität in der beruflichen Bildung an Bedeutung (vgl. KIMMELMANN 2010).

Die beispielhaft aufgeführten Entwicklungen sind auch ein Grund für die Anpassung der Zielsetzungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Als besonders prägend kann die Durchsetzung der Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung bezeichnet werden, die mit der Zielsetzung der Herausbildung einer umfassenden beruflichen Handlungskompetenz einhergeht (vgl. KULTUSMINISTERKONFERENZ 2015, S. 2). Damit verbunden ist auch die Etablierung neuer Lernwege und Lernformen (vgl. GILLEN 2013; RIEDL/SCHELTEN 2010), die handlungsorientiertes Lernen ermöglichen. Die Herausforderung für das betriebliche Bildungspersonal liegt in der Gestaltung solcher Lernprozesse und deren systematischen Verankerung in die betriebliche Bildungsarbeit.

Die skizzierten Veränderungsprozesse führen zu einem Paradigmenwechsel bezüglich der Aufgaben des betrieblichen Bildungspersonals. Dieser bezieht sich auf einen Rollenwandel, der sich in einer stärkeren Ausrichtung der Aufgaben als Moderator, Berater, Coach oder Lernberater zeigt und die reine Wissensvermittlung in den Hintergrund drängt (vgl. BAHL/DIETRICH 2008; EUROTRAINER KONSORTIUM 2008; KIRPAL/TUTSCHNER 2008; BAHL/GROLLMANN 2011; ULMER/WEISS/ZÖLLER 2012; FASSHAUER/VOGT 2013; DIETRICH 2013; BRÜNNER 2014). In Anbetracht der sich neu entwickelnden Rolle und der damit verbundenen vielfältigen Aufgaben und Herausforderungen kann das betriebliche Bildungspersonal als Promotor für betriebliche Lernprozesse betrachtet werden. Die bislang vorhandenen Wege zu dessen Qualifizierung und Professionalisierung sind angesichts der beschriebenen Entwicklungen auf den Prüfstand zu stellen.

Diese Veränderungsprozesse können auch für den Humandienstleistungsbereich angenommen werden. Es bedarf jedoch einer branchenspezifischen Betrachtung aktueller Entwicklungen, um die besonderen Rahmenbedingungen und Herausforderungen des betrieblichen Bildungspersonals für diesen gesellschaftlich relevanten Bereich herauszustellen. Die weiteren Ausführungen beziehen sich daher auf den Humandienstleistungsbereich, wobei die Pflege im Mittelpunkt der Betrachtungen steht.

3. Der Humandienstleistungsbereich und seine besonderen Herausforderungen an das betriebliche Bildungspersonal

Für den Humandienstleistungsbereich lassen sich verschiedene Spezifika wie beispielsweise der Sonderweg bezüglich des Bildungssystems, die Finanzierungsstruktur der zu erbringenden Dienstleistungen sowie Veränderungen bei den Qualifikations- und Kompetenzanforderungen an die Beschäftigten infolge veränderter Versorgungsbedarfe und technischer Entwicklungen benennen. Nicht alle Aspekte können im vorliegenden Beitrag mit der gebührenden Aufmerksamkeit betrachtet werden. Im Folgenden werden daher die Entwicklungen in den Blick genommen, die die Arbeit des betrieblichen Bildungspersonals beeinflussen.

3.1 Betriebliche Ausbildung im Humandienstleistungsbereich

Die berufliche Bildung im Humandienstleistungsbereich ist nicht einheitlich strukturiert, und einige Forscher konstatieren, dass eine „strategische Berufsbildungsplanung“ fehle (HILBERT/BRÄUTIGAM/EVANS 2014, S. 46). Einen Hinweis darauf liefern die unterschiedlichen Bildungswege/-strukturen, nach denen die Berufsausbildungen im Humandienstleistungsbereich verlaufen. Während einige Berufe im dualen System verortet sind und damit den Regelungen des Berufsbildungsgesetzes (BBIG) unterliegen, sind vor allem Berufe aus dem Pflege- und Therapiebereich über den Sonderweg der Berufszulassungsgesetze geregelt. Darüber hinaus lässt sich eine Gruppe von landesrechtlich geregelten Gesundheitsberufen differenzieren (vgl. ZÖLLER 2015, 2014; DIELMANN 2013).

Die Ausbildung in den Pflegeberufen erfolgt in Kooperation zwischen Schulen des Gesundheitswesens und Gesundheitseinrichtungen. Anders als im dualen System trägt hier die Schule² die Gesamtverantwortung für die Ausbildung. Regelungen zur praktischen Ausbildung³ in den Pflegeberufen wurden erstmals 2002 bzw. 2003 in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen der Alten- und Krankenpflege (vgl. AltPflAPrV 2002; KrPflAPrV 2003) aufgenommen. Die Zuständigkeit für die praktische Ausbildung liegt bei den sogenannten Praxisanleiterinnen und Praxisanleitern⁴. Die Eignung für eine Tätigkeit in der Praxisanleitung ist durch eine vorliegende Berufszulassung, eine mindestens zweijährige Berufserfahrung sowie die Teilnahme an einer mindestens 200-stündigen berufspädagogischen Weiterbildung nachzuweisen. Der Umfang der erforderlichen Qualifizierung wird von Berufsvertreterinnen und -vertretern der Pflege teils kritisch und als nicht ausreichend angesehen (vgl. MAMEROW 2013, S. 9). Neben dieser Grundqualifikation existieren derzeit kaum weiterführende Qualifizierungsmöglichkeiten für Personen, die eine Tätigkeit in der betrieblichen Bildung im Pflegebereich anstreben bzw. ausüben.

Die Praxisanleiterinnen und -anleiter sind mehrheitlich in den Einrichtungen des Gesundheitswesens angestellt und bewältigen die Aufgabe der Praxisanleitung häufig zusätzlich zu ihrer pflegenden Tätigkeit. In jüngster Zeit etablieren sich weitere Modelle, in denen die Praxisanleiter/-innen beispielsweise an den Schulen des Gesundheitswesens angestellt sind und ausschließlich der Tätigkeit der Praxisanleitung nachgehen. Mit der jeweiligen institutionellen Angliederung der Praxisanleiter/-innen sind verschiedene Vor- und Nachteile verbunden. Schafft die Angliederung an eine Schule die notwendigen zeitlichen Ressourcen und sichert die tatsächliche Durchführung der Anleitung, so birgt sie andererseits die Gefahr einer praxisfernen Anleitung, da die anleitenden Personen selbst nicht mehr in den Arbeitsalltag der

2 Die Schulen des Gesundheitswesens sind häufig Einrichtungen des Gesundheitswesens zugeordnet.

3 In den Gesundheitsfachberufen, die nach einem Berufszulassungsgesetz geregelt sind, wird i. d. R. nicht von betrieblicher, sondern von praktischer Ausbildung gesprochen. Diese meint die Ausbildung vor Ort in den Gesundheitseinrichtungen und ist mit der betrieblichen Ausbildung vergleichbar.

4 Praxisanleiter/-innen in der Pflege gehören zum betrieblichen Bildungspersonal.

Gesundheitseinrichtung eingebunden sind. Neben der Praxisanleitung gibt es in der Pflegeausbildung die *Praxisbegleitung*, in dessen Rahmen Lehrkräfte die Schüler/-innen in der praktischen Einrichtung betreuen und die Praxisanleitungen beraten (vgl. KrPflAPrV 2003, § 2; AltPflAPrV 2002, § 2).

Mit der für voraussichtlich im Jahr 2018 geplanten Umsetzung einer generalistischen Pflegeausbildung, die eine Zusammenführung der drei Pflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in, Altenpfleger/-in) vorsieht, geht auch eine Neuorganisation der praktischen Ausbildung einher. Erste Überlegungen dazu sind in den Eckpunkten für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT [BMG]/BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND [BMFSFJ] 2016, S. 5 ff.) festgehalten. In diesen werden Pflichteinsätze mit verschiedenen Pflegeschwerpunkten (stationäre Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Akut-/Langzeitpflege, pädiatrische Versorgung, psychiatrische Versorgung) vorgeschlagen. Es ist anzunehmen, dass deren Umsetzung ein hohes Maß an Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren verlangt und neue Kooperationsstrukturen erforderlich werden. Die Arbeit des betrieblichen Bildungspersonals in der Pflege wird durch diese strukturellen Veränderungen maßgeblich beeinflusst, wobei sich noch nicht sagen lässt, wie dies im Einzelnen aussehen wird.

Die Anforderungen an die Qualifikationen der Praxisanleiter/-innen wurden im aktuellen Eckpunkt Papier zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (vgl. BMG/BMFSFJ 2016, S. 6) angehoben. So wird vorgeschlagen, den Umfang der verpflichtenden berufspädagogischen Fort- und Weiterbildung von 200 auf 300 Stunden zu erhöhen und zudem eine verpflichtende jährliche berufspädagogische Fort- und Weiterbildungspflicht von 24 Stunden zu verankern. Neue Anforderungen an die Praxisanleitung resultieren auch aus der steigenden Zahl hochschulischer Ausbildungen. Hier gilt es, vor allem die praktische Ausbildung in den verschiedenen Berufsfeldern neu zu regeln, da immer mehr Studierende in das betriebliche Lernfeld der Gesundheitseinrichtungen eintreten und in ihren Lernprozessen zu begleiten, zu unterstützen und zu fördern sind. Hier zeigen sich neben einem unterschiedlichen Qualifizierungsniveau zwischen Anleitenden und Lernenden auch strukturelle Herausforderungen für das betriebliche Lernen, um die heterogenen Bildungsmöglichkeiten angemessen gestalten zu können. Im Eckpunkt Papier für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der generalistischen Pflegeausbildung wird darauf bereits reagiert, indem festgehalten wird, dass die Praxisanleitung im Rahmen der hochschulischen Ausbildung durch Pflegepersonal erfolgen soll, „das zur Vermittlung [...] des erweiterten Ausbildungsziels der hochschulischen Pflegeausbildung befähigt ist (i. d. R. Nachweis durch hochschulische Qualifikation)“ (BMG/BMFSFJ 2016, S. 7). Die angeführten Eckpunkte für die Qualifizierung betrieblichen Bildungspersonals in der Pflege gehen über die bisherigen Anforderungen hinaus und können als ein Zeichen für die Aufwertung der betrieblichen Bildung in der Pflege angesehen werden. Ein Handlungsbedarf, der aus diesen Forderungen resultiert, ist die Etablierung adäquater Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote für das betriebliche Bildungspersonal.

Regelungen zur Strukturierung betrieblicher Bildung und Qualifizierung des betrieblichen Bildungspersonals stehen in anderen Berufen des Humandienstleistungsbereichs noch aus. So ist die betriebliche Ausbildung in den Therapieberufen kaum geregelt, und es existieren kaum Angebote zur Qualifizierung von Personen, die Aufgaben im Rahmen der praktischen Ausbildung wahrnehmen. In den freien Berufen wie beispielsweise Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin oder Apotheker/-in erhalten die praktizierenden Personen mit ihrer Approbation zugleich die Erlaubnis zur Ausbildung. Die Ausbildung der in den Einrichtungen angesiedelten Gesundheitsberufe, wie z. B. Medizinische/-r Fachangestellte/-r (MFA), Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r (ZFA), Pharmazeutisch-technische/-r Assistent/-in (PTA), erfolgt i. d. R. jedoch nicht durch die Ärzte/Ärztinnen, Zahnärzte/-ärztinnen oder Apotheker/-innen, sondern durch die angestellten Fachkräfte, die i. d. R. über keine Qualifizierung für diese Aufgaben verfügen. Durch die vorhandene Ausbildungserlaubnis der praktizierenden Personen ist die Qualifizierung weiterer Personen, beispielsweise im Rahmen der Ausbildereignungsprüfung, nicht erforderlich. Auch Vertreter/-innen der entsprechenden Kammern weisen auf diese Problematik hin und proklamieren für die Thematik Aus-, Fort- und Weiterbildung einen Handlungsbedarf, der die Qualifizierung der angestellten Fachkräfte in den Blick nimmt.

3.2 Die Praxis der Pflegeausbildung – Ein Einblick in empirische Befunde

Empirische Daten zur Situation der praktischen Ausbildung in den Pflegeberufen skizzieren eine schwierige Situation und die Notwendigkeit von Veränderungen. So kommt eine 2013 im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren in Baden-Württemberg durchgeführte Studie zur Situation der Praxisanleitung in der Pflege zu dem Ergebnis, dass der Großteil der Praxisanleiter/-innen ihre Aufgaben der Praxisanleitung neben weiteren Tätigkeiten ausführen und nur unzureichend über die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Rechte und Pflichten informiert sind. Über die Hälfte der befragten Praxisanleiter/-innen können die gesetzlich geforderten Stunden der Praxisanleitung nicht planen und umsetzen. Ursachen hierfür werden in der Unterbesetzung bei Pflegekräften, der Nichteinplanung von Praxisanleitungen durch die Verantwortlichen und einer zu geringen Anzahl vorhandener Praxisanleiter/-innen gesehen. Nach Erkenntnis der Studie würden nur etwa 33 Prozent der Praxisanleiterinnen und -anleiter die Aufgaben auf Basis der gesetzlichen Vorgaben erfüllen (vgl. LANDES-PFLEGE-RAT BADEN-WÜRTTEMBERG 2014, S. 15).

Der Ausbildungsreport Pflegeberufe der Vereinten Dienstleistungsgesellschaft (verdi) kommt sowohl 2012 als auch 2015 zu ähnlichen Ergebnissen (vgl. PASCHKE 2012; BÜHLER 2015). So zeigt sich in beiden Erhebungen, dass etwa ein Drittel der Auszubildenden nicht angeleitet wird und über die Hälfte der Auszubildenden (Stand 2015: ca. 60 Prozent) der Ansicht sind, die Praxisanleiter/-innen hätten zu wenig Zeit zur Verfügung (vgl. PASCHKE 2012, S. 28; BÜHLER 2015, S. 32). Ebenfalls kritisch zu sehen ist, dass 2012 etwa 40 Prozent der Auszubilden-

den Angaben, ihren praktischen Ausbildungsplan nicht zu kennen (vgl. PASCHKE 2012, S. 28). 2015 lag der Anteil derjenigen, die ihren Ausbildungsplan nicht kennen, bei etwa 33 Prozent, wobei die Verbesserungen hauptsächlich auf die Situation in der Altenpflege zurückzuführen sind (vgl. BÜHLER 2015, S. 28). Ein gutes Drittel der Befragten gab an, im Praxiseinsatz nicht oder überwiegend nicht durch Praxisanleitung an die beruflichen Aufgaben herangeführt zu werden (vgl. BÜHLER 2015, S. 31). Insgesamt fühlten sich 42 Prozent der Auszubildenden nicht oder nicht gut angeleitet, was eine Verschlechterung im Vergleich zur Befragung in 2012 (ca. 35 Prozent) darstellt (vgl. BÜHLER 2015, S. 33; PASCHKE 2012, S. 29).

Mit Blick auf die Praxisbegleitung wurde deutlich, dass knapp 90 Prozent der Auszubildenden diese als wichtig bzw. sehr wichtig erachten, die Umsetzung allerdings verbessert werden müsste (vgl. Bühler 2015, S. 13). So würden etwa 23 Prozent der Auszubildenden keine bzw. nur selten eine Praxisbegleitung erfahren. Lediglich bei einem gutem Viertel (ca. 26 Prozent) erfolgt die Praxisbegleitung mindestens einmal pro praktischen Einsatz (vgl. Bühler 2015, S. 42).

Bereits dieser kurze Einblick in vorhandene Daten zur Situation der praktischen Ausbildung in der Pflege zeigt einen Verbesserungsbedarf für zentrale Aufgabenfelder der praktischen Ausbildung auf. Die vorliegenden Erkenntnisse zur Praxisanleitung und Praxisbegleitung sind bei der Neugestaltung der praktischen Ausbildung im Zuge der geplanten generalistischen Ausbildung zu berücksichtigen. Wünschenswert wären weitere empirische Untersuchungen, die beispielsweise Wirkungseffekte der institutionellen Angliederung der Praxisanleiter/-innen (stationsbezogen, stationsübergreifend, an Schulen angegliedert) oder die Zusammenarbeit zwischen Praxisanleitung und Praxisbegleitung in den Blick nehmen.

3.3 Fort- und Weiterbildung im Humandienstleistungsbereich

Die Arbeit des betrieblichen Bildungspersonals ist nicht auf die Ausbildung beschränkt, sondern umfasst auch den weiten Bereich der Fort- und Weiterbildung, der im Folgenden in den Blick genommen wird. Auch dieser Bereich ist im Humandienstleistungsbereich durch vielfältige und wenig übersichtliche Strukturen geprägt. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass es bislang „keine verbindlichen und allgemeingültigen Definitions- und Qualitätsmerkmale für „Gesundheitsberufe““ gibt und dementsprechend „nicht nur die Verwendung des Begriffs vielfältig, sondern auch die Qualifizierungsangebote breit gefächert sind“ (HILBERT/BRÄUTIGAM/EVANS 2014, S. 45). Das Angebot der Fort- und Weiterbildungen erstreckt sich über Fachweiterbildungen zur Spezialisierung, pädagogische Weiterbildungen (Praxisanleitung) sowie Managementweiterbildungen und wird von einer Vielzahl von Bildungsanbietern beworben (vgl. HILBERT/BRÄUTIGAM/EVANS 2014, S. 46). Problematisch ist nach Einschätzung von HILBERT/BRÄUTIGAM/EVANS (2014) vor allem, dass die „Vielpoligkeit, Unübersichtlichkeit, Geschäftigkeit und die fehlende strategische Fundierung in der Qualifizierungslandschaft [...] (auf eine Arbeitswelt treffen, d. Verf.), die die Nutzung erworbener Qualifikationen

erschwert“ (S. 48). Qualifizierungsangebote und Qualifizierungsbedarfe scheinen also nicht immer zusammenzupassen, und betriebliche Rahmenbedingungen können die Nutzung vorhandener Qualifikationen erschweren.

Angesichts der aktuellen Herausforderungen im Pflegebereich und der existierenden Fachkräftebedarfe sind solche Erkenntnisse bezüglich der vorliegenden Strukturen sowie der Wirkung von Fort- und Weiterbildung bedenklich. Vielmehr erfordern die aufgezeigten Entwicklungen im Humandienstleistungsbereich ein gutes und zukunftsfähiges Aus-, Fort- und Weiterbildungssystem. Dies gilt insbesondere für den Pflegebereich, für den mit der Einführung der generalistischen Ausbildung eine neue Akzentuierung der Fort- und Weiterbildung zu erwarten ist. Fachliche Spezifizierungen, wie sie in den bisher differenzierten Pflegeausbildungen angelegt waren, werden in dieser Form nicht mehr über die Ausbildung abgedeckt. Für die Arbeit in den einzelnen Pflegebereichen werden somit weitergehende Qualifizierungen nach Beendigung der Erstausbildung erforderlich.

Eine langfristige und strategische Ausgestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung, die die erforderlichen Spezialisierungen und Anpassungen in den Qualifikations- und Kompetenzprofilen der Beschäftigten im Rahmen vielfältiger beruflicher Lernprozesse anbahnt, wird immer notwendiger. Das Aufzeigen von möglichen beruflichen Karrierewegen ist dabei besonders wichtig, da dadurch vielfältige Einsatzmöglichkeiten sichtbar werden, die zur Erhöhung der Attraktivität der Berufsfelder beitragen. Bislang scheinen aber gerade solche systematischen Konzepte der Aus-, Fort- und Weiterbildung für den Humandienstleistungsbereich zu fehlen (vgl. MATZIK 2008; SOTTAS u. a. 2013; EVANS/BRÄUTIGAM 2015).

3.4 Weitere Entwicklungen im Humandienstleistungsbereich

Neben den aufgezeigten spezifischen Strukturen im Bildungssystem lassen sich weitere weitreichende Entwicklungen im Humandienstleistungsbereich anführen, die mit Herausforderungen für das betriebliche Bildungspersonal verbunden sind (vgl. KAUFHOLD/ROSOWSKI 2014).

Zentral sind dabei die steigenden Versorgungsbedarfe bei einer rückläufigen Zahl an Fachkräften. So wird beispielsweise für die Pflege bis zum Jahr 2030 eine Steigerung von etwa 50 Prozent der pflegebedürftigen Personen angenommen (vgl. ROTHGANG/MÜLLER/UNGER 2012, S. 10). Bezüglich des Bedarfs an Fachpersonal wird je nach zugrunde gelegtem Szenario von einem Bedarf an 260.000 bis 490.000 Vollzeitstellen ausgegangen (vgl. ROTHGANG/MÜLLER/UNGER 2012, S. 11).

Die Entwicklungen sind zudem durch die Entstehung neuer Versorgungskonzepte geprägt, die darauf abzielen, möglichst lange im häuslichen Umfeld leben zu können (vgl. ROTHGANG/MÜLLER/UNGER 2012; STÖSSEL/KÖRNER 2015; SVR GESUNDHEIT 2007, 2014; GÖRRES 2013). Im Zuge der Technisierung entstehen immer mehr Möglichkeiten, die auch die Versorgungsprozesse unterstützen. Entwicklungstrends wie beispielsweise in Bereichen der Robotik, der Orthetik/Prothetik oder der Nutzung smarterer, intelligenter Systeme für die

Patientenversorgung führen somit zu einer Ausweitung beruflicher Handlungsfelder im Humandienstleistungsbereich, sind aber auch mit neuen und erweiterten Anforderungen an das Fachpersonal verbunden (HEINZE u. a. 2016, S. 238 f.).

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung steht vor der Herausforderung, die aus den Entwicklungen resultierenden Anpassungserfordernisse im Qualifikations- und Kompetenzprofil der Beschäftigten zu identifizieren und entsprechende Umstellungen in Aus-, Fort- und Weiterbildungsangeboten vorzunehmen. Themenbereiche wie kultursensible Pflege, interprofessionelles und interdisziplinäres Arbeiten, der Einsatz technischer Unterstützungssysteme, aber auch Beratung erfahren vor dem Hintergrund der Entwicklungen mehr Bedeutung. Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals im Humandienstleistungsbereich ist es, die vielfältigen Entwicklungen zu verfolgen, daraus resultierende Veränderungen für Arbeitsabläufe, Qualifikations- und Kompetenzerfordernisse der Beschäftigten zu antizipieren und zielgerichtete Lernprozesse anzustoßen, die an den individuellen Stärken der einzelnen Personen ansetzen und gleichzeitig die Erfordernisse der Gesundheitseinrichtungen hinreichend berücksichtigen.

Die komplexen und anspruchsvollen Herausforderungen zeigen auch, dass es immer notwendiger wird, Aus-, Fort- und Weiterbildung zusammenzudenken. Ebenso zeigt sich, dass gut qualifiziertes Bildungspersonal auf schulischer und betrieblicher Seite benötigt wird. Die erforderlichen Qualifizierungsstandards für betriebliches Bildungspersonal sind vergleichsweise niedrig und die Qualifizierungsmöglichkeiten und -strukturen nicht hinreichend entwickelt (vgl. KAUFHOLD/WEYLAND 2015, S. 10 ff.). Künftig bedarf es angemessener und attraktiver Qualifizierungsangebote, auch vonseiten der Hochschulen, die auf die in verschiedenen Studien (vgl. HEMMER-SCHANZE/WAGNER/SCHRODE 2012; WANKEN u. a. 2012; BLÖTZ/HERMANN 2010; FASSHAUER/JERSACK 2010; EUROTRAINER KONSORTIUM 2008) herausgestellten Qualifizierungs- und Professionalisierungsbedarfe des betrieblichen Bildungspersonals reagieren. Angesichts der hohen Bedeutsamkeit branchenspezifischer Besonderheiten sollten diese bei der Ausgestaltung von Studienangeboten berücksichtigt und branchen- und fachspezifische Studieninhalte als Anwendungsfelder aufgegriffen werden.

4. Ein Ansatz zur Qualifizierung und Professionalisierung von betrieblichem Bildungspersonal im Rahmen des Projektes HumanTec

Die aufgezeigten Herausforderungen an betriebliches Bildungspersonal werden im Projekt HumanTec⁵ aufgegriffen, in dessen Rahmen berufsbegleitende Studienangebote zur Professionalisierung betrieblichen Bildungspersonals im Humandienstleistungs- und Technikbereich entwickelt werden.

5 Das Projekt wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in der Förderlinie „Aufstieg durch Bildung: offene Hochschulen“ gefördert (www.fh-bielefeld.de/humantec).

Im Fokus der Entwicklungen steht ein Masterstudiengang Berufspädagogik und Bildungsmanagement, der sich primär an Personen aus dem Humandienstleistungs- oder Technikbereich richtet, die einer Tätigkeit in der beruflichen Bildung nachgehen oder diese anstreben. Die bildungswissenschaftlichen Studieninhalte werden durch eine frei wählbare fachwissenschaftliche Vertiefungsrichtung Humandienstleistung, Technik oder HumanTec (einer Kombination von Humandienstleistung und Technik) ergänzt.

Die Vertiefungsrichtung HumanTec greift aktuelle Entwicklungen der zunehmenden Technisierung im Humandienstleistungsbereich auf. Ziel ist es, betriebliches Bildungspersonal mit den durch die Technisierung einhergehenden Änderungen bezüglich der Arbeitsanforderungen an Fachpersonal zu sensibilisieren und in die Lage zu versetzen, zukunftsfähige Bildungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Mit dem Angebot von Vertiefungsrichtungen werden bewusst fachwissenschaftliche Inhalte aufgegriffen und mit bildungswissenschaftlichen Inhalten in Verbindung gesetzt. Durch einen modularen Aufbau soll erreicht werden, dass die Module aus dem Masterstudiengang auch einzeln als Angebot wissenschaftlicher Weiterbildung studiert werden können.

Unabhängig vom dem dargestellten Masterstudiengang werden Weiterbildungsseminare (Niveau: DQR 6) entwickelt. Diese nehmen neben bildungswissenschaftlichen Inhalten auch Themen aus dem Humandienstleistungsbereich und dem neu definierten Schwerpunkt HumanTec in den Blick. Mit den Weiterbildungsseminaren werden gezielt Personen angesprochen, die sich weiterbilden bzw. hochschulisches Lernen für sich erproben wollen. Sie bieten einen Zugang zur Hochschule, ohne sich sofort längerfristig im Rahmen eines Studiengangs verpflichten zu müssen. Damit wird dem Interesse an kurzzeitigen und flexiblen Angeboten entsprochen, das in verschiedenen Untersuchungen herausgestellt wird (vgl. KERRES/HANFT/WILKESMANN 2012, S. 285 ff.). Mit Blick auf das betriebliche Bildungspersonal bieten solche Angebote eine Möglichkeit der Fort- und Weiterbildung, die vor dem Hintergrund der geschilderten Entwicklungen immer bedeutsamer wird.

Die Entwicklung der Studienangebote erfolgt auf Basis einer in der ersten Projektphase durchgeführten Bedarfsanalyse, die neben einer Literatur- und Studienanalyse auch eigene empirische Erhebungen zu den zentralen Fragestellungen des Projektes umfasst. Die Erhebungen nehmen dabei die Zielgruppe des betrieblichen Bildungspersonals, die Entwicklungen an den Schnittstellen Humandienstleistungen und Technik sowie Aspekte zur Ausgestaltung berufsbegleitender Studienangebote in den Blick.

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse bieten in ihrer Breite eine fundierte Basis, die es ermöglicht, die Besonderheiten der Zielgruppe des betrieblichen Bildungspersonals sowie die spezifischen Aspekte von berufsbegleitenden Studienangeboten hinreichend zu berücksichtigen. Im Sommersemester 2017 werden ausgewählte Module aus dem Studienangebot erprobt, einer Evaluation unterzogen und kritisch reflektiert.

5. Ausblick

Die Ausführungen zeigen, dass branchenspezifische Betrachtungen bezüglich der Strukturen und Standards betrieblicher Bildung lohnenswert sind, da diese zum Teil stark divergieren. Am Beispiel des Humandienstleistungsbereichs wurde deutlich, dass dieser sich von anderen Bereichen unterscheidet und zudem selbst nicht einheitlich geprägt ist, sondern sehr unterschiedliche Regelungen in Bezug auf betriebliche Bildung sowie die Qualifizierung und Professionalisierung des betrieblichen Bildungspersonals aufweist. Vielfältige Entwicklungen erfordern eine systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie die Unterstützung und Förderung von betrieblichem Bildungspersonal. Für das Beispiel der Pflege verweisen Studien darauf, dass die bisherigen Strukturen nur bedingt greifen.

Angesichts der vielfältigen zu bewältigenden Umbrüche und Herausforderungen zeigt sich, dass die betriebliche Bildung, angefangen von der praktischen Ausbildung bis hin zur Fort- und Weiterbildung, vermehrt Aufmerksamkeit erfahren muss. Im Rahmen der Berufsbildungsforschung bedarf es empirischer Studien zu Bildungsprozessen im Humandienstleistungsbereich insgesamt (vgl. BEHRENS u. a. 2012; DARMANN-FINCK 2015). Diese sind notwendig, damit fundierte Entscheidungen hinsichtlich einer langfristigen und systematischen Gestaltung der Aus-, Fort- und Weiterbildung getroffen werden können, wie sie aktuell infolge der anvisierten Einführung der generalistischen Pflegeausbildung erforderlich werden. Dies gilt auch mit Blick auf andere Humandienstleistungsberufe, in denen die betriebliche Bildung noch weit weniger entwickelt ist.

Qualifizierungs- und Professionalisierungsansätze wie im Projekt HumanTec bieten eine Möglichkeit, die zur Bewältigung der Herausforderungen notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen anzubahnen.

Literatur

- AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DEN BERUF DER ALTENPFLEGERIN UND DES ALTENPFLEGERS (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV). (26.11.2002). URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/ausbildungs-und-pruefungsverordnung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 20.07.2016)
- AUSBILDUNGS- UND PRÜFUNGSVERORDNUNG FÜR DIE BERUFE IN DER KRANKENPFLEGE (KrPflAPrV). (10.11.2003). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- BAHL, Anke: Die Situation des ausbildenden Personals in der betrieblichen Bildung. In: *Deutsche Berufsausbilder*, (2013) 1, S. 2–6. URL: http://www.bdba.de/fileadmin/files/BDBA_Zeitung_Artikel_Deckblatt/01_2013_Artikel_1.pdf (Zugriff: 21.07.16)

- BAHL, Anke; DIETRICH, Andreas: Die vielzitierte „neue Rolle“ des Ausbildungspersonals: Diskussionslinien, Befunde und Desiderate. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2008) *bwp@ Spezial* 4. URL: http://www.bwpat.de/ht2008/ws25/bahl_dietrich_ws25-ht2008_spezial4.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- BAHL, Anke; GROLLMANN, Phillip: Professionalisierung des Berufsbildungspersonals in Europa: Strukturen, Inhalte und berufsbildungspolitische Aktivitäten. In: BAH, Anke; GROLLMANN, Phillip (Hrsg.): Professionalisierung des Berufsbildungspersonals in Europa – Was kann Deutschland lernen? Bielefeld 2011, S. 9–28
- BEHRENS, Johann u. a. (Hrsg.): Agenda Pflegeforschung für Deutschland 2012. URL: http://www.dpo-rlp.de/agenda_pflegeforschung.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- BLÖTZ, Ulrich: Betriebliche Bildungsdienstleistungen als Zukunftsbranche. In: BAH, Anke; GROLLMANN, Phillip (Hrsg.): Professionalisierung des Berufsbildungspersonals in Europa – Was kann Deutschland lernen? Bielefeld 2011, S. 107–122
- BLÖTZ, Ulrich; HERMANN, Ulrike: BBiG-geregeltes Berufsangebot für Personal in der beruflichen Bildung. Abschlussbericht. Bonn 2010. URL: https://www2.bibb.de/bibbtools/tools/dapro/data/documents/pdf/eb_40860.pdf (Zugriff: 29.07.2016)
- BRATER, Michael; WAGNER, Jost: Qualifikationsbedarf des betrieblichen Bildungspersonals. Ergebnisse einer explorativen Studie. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2008) 6, S. 5–9. URL: <http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/download/id/1402> (Zugriff: 23.08.2016)
- BRÜNNER, Kathrin: Aufgabenspektrum und Handlungsstrukturen des betrieblichen Ausbildungspersonals. Selbstwahrnehmung und Fremdattribuierung im Kontext von Berufskonzept und Professionalisierung. Paderborn 2014
- BÜCHTER, Karin: Berufsbildung im Betrieb – Zur historischen Entwicklung von Steuerung, Standards und Lernorten. In: SEIFRIED, Jürgen; BONZ, Bernhard (Hrsg.): Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Hohengehren 2015, S. 91–112
- BÜHLER, Sylvia. (2015). Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Verdi. URL: <https://www.verdi.de/+ +file+ +56e682de6f68441f5300004c/download/Ausbildungsreport%20Pflege%202015.pdf> (Zugriff: 24.07.2016)
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (BMG); BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (BMFSFJ). (2016). Eckpunkte für eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum Entwurf des Pflegeberufsgesetzes. URL: <https://www.bmfsfj.de/blob/77266/c5c66df56b3d5b702cf16ae67977e471/eckpunkte-fuer-eine-ausbildungs-und-pruefungsverordnung-zum-entwurf-des-pflegeberufsgesetzes-data.pdf> (Zugriff: 20.07.2016)
- DARMANN-FINCK, Ingrid: Berufsbildungsforschung in den Gesundheitsfachberufen – auf dem Weg zu einer Agenda. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) *bwp@ Spezial* 10, S. 1–15. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff: 20.07.2016)

- DEHNBOSTEL, Peter: Lernen im Prozess der Arbeit. Münster 2007
- DIELMANN, Gerd: Die Gesundheitsberufe und ihre Zuordnung im deutschen Berufsbildungssystem – eine Übersicht. In: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013, S. 149–176. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 21.07.2016)
- DIETRICH, Andreas: Neue Anforderungen, neue Zielgruppen. Funktionserweiterungen des betrieblichen Bildungspersonals. In: NIEDERMAIR, Gerhard (Hrsg.): Facetten berufs- und betriebspädagogischer Forschung. Grundlagen – Herausforderungen – Perspektiven. Linz 2013, S. 219–234
- DEUTSCHER INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMERTAG e.V. (2014). DIHK-Fortbildungsstatistik 2014. URL: <http://www.dihk.de/themenfelder/aus-und-weiterbildung/weiterbildung/weiterbildungsstatistiken/dihk-weiterbildungsstatistiken> (Zugriff: 18.07.2016)
- ERPENBECK, John; SAUTER, Werner: Stoppt die Kompetenzkatastrophe! Wege in eine neue Bildungswelt. Berlin, Heidelberg 2016
- EUROTRAINER KONSORTIUM. (2008). Betriebliches Bildungspersonal – Schlüsselakteure für die Umsetzung des lebenslangen Lernens in Europa. URL: http://www.pedz.uni-mannheim.de/daten/edz-b/gdbk/08/eurotrainersum_de.pdf (Zugriff: 18.07.2016)
- EVANS, Michael; BRÄUTIGAM, Christoph: Professionalisierung als reflexive Arbeitsgestaltung zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 383–404
- FASSHAUER, Uwe; VOGT, Martina: Professionalisierung des betrieblichen Bildungspersonals als eine Konsequenz der Akademisierung beruflicher Bildung: Begründung, Ziele und hochschuldidaktisches Konzept des „Trialen Modells“. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2013) *bwp@ 23*, S. 1–19. URL: http://www.bwpat.de/ausgabe23/fasshauer_vogt_bwpat23.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- FASSHAUER, Uwe; JERSAK, Heiko: Professionalisierung für die betriebliche Bildungsdienstleistung. Triales Modell einer hochschulischen Weiterbildung. In: *berufsbildung*, (2010) 126, S. 24–27. URL: http://zwph.de/fileadmin/user_upload/ZWPH/Studiengaenge/Betriebliche_Bildung/Publikationen/FasshauerJersakBB.pdf (Zugriff: 29.07.2016)
- FISCHER, Martin u. a.: „My Way! Finde deinen Weg“ – ein didaktisches Konzept der schulischen Berufsorientierung als Beitrag zur Förderung berufsbiografischer Gestaltungskompetenz. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) *bwp@ 27*, S. 1–26. URL: http://www.bwpat.de/ausgabe27/fischer_etal_bwpat27.pdf (Zugriff: 22.07.2016)
- GILLEN, Julia: Kompetenzorientierung als didaktische Leitkategorie in der beruflichen Bildung – Ansatzpunkte für eine Systematik zur Verknüpfung curricularer und methodischer Aspekte. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2013) *bwp@ 24*, S. 1–14. URL: http://www.bwpat.de/ausgabe24/gillen_bwpat24.pdf (Zugriff: 20.07.2016)

- GÖRRES, Stefan: Orientierungsrahmen: Gesellschaftliche Veränderungen, Trends und Bedarfe. In: ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.). Gesundheitsberufe neu denken, Gesundheitsberufe neu regeln. Grundsätze und Perspektiven – Eine Denkschrift der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart 2013, S. 19–49. URL: http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/2013_Gesundheitsberufe_Online_Einzelseiten.pdf (Zugriff: 21.07.2016)
- HEMMER-SCHANZE, Christiane; WAGNER, Jost; SCHRODE, Nicolas: Vorstudie „Konkretisierung der Lehrinhalte“ im Fachbereich Betriebliche Berufspädagogik. Ergebnisse/Meilensteine: Dokumentation der Gespräche und gewonnene Erfahrungen, Katalog der Kompetenzen, Priorisierung und Kategorisierung der Kompetenzbündel, Studienberatungsleitfaden für BedarfsträgerInnen. 2012. URL: https://www.alanus.edu/fileadmin/downloads/kunst-forschung/Studica/Reader_Beitrag_API_Lerninhalt_BP_final.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- HEINZE, Joscha u. a.: Einsatz von Technik im Bereich der Humandienstleistungen – Erforderliche Kompetenzen des Fachpersonals und Anforderungen an das betriebliche Bildungspersonal. In: VDE e.V. (Hrsg.): Zukunft Lebensräume. Gesundheit, Selbstständigkeit und Komfort im demografischen Wandel. Konzepte und Technologien für die Wohnungs-, Immobilien-, Gesundheits- und Pflegewirtschaft. Tagungsband Zukunft Lebensräume. Kongress 2016. URL: <https://www.vde-verlag.de/proceedings-de/454212037.html> (Zugriff: 20.07.2016)
- HILBERT, Josef; BRÄUTIGAM, Christoph; EVANS, Michaela: Berufsbildung im Gesundheitswesen: Ein Sonderweg mit Fragezeichen. In: WSI-Mitteilungen, (2014) 1, S. 43–51. URL: http://www.boeckler.de/wsimit_2014_01_hilbert.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- IGL, Gerhard: Situation und aktuelle rechtliche Entwicklungen im Bereich der Gesundheitsberufe. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 107–137
- KÄPPLINGER, Bernd; LICHTER, Nina: Erhöhung der Weiterbildungsbeteiligung durch professionelles Weiterbildungspersonal. In: WSI-Mitteilungen, (2012) 5, S. 374–381. URL: http://www.boeckler.de/wsimit_2012_05_Kaepplinger.pdf (Zugriff: 04.09.2015)
- KAUFHOLD, Marisa: Berufsbiographische Gestaltungskompetenz. In: BOLDER, Axel; DOBISCHAT, Rolf (Hrsg.): Eigen-Sinn und Widerstand. Kritische Beiträge zum Kompetenzentwicklungsdiskurs. Wiesbaden 2009, S. 220–228
- KAUFHOLD, Marisa; ROSOWSKI, Elke: Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Pflegeberufen. Herausforderungen und Perspektiven. In: KAUFHOLD, Marisa; ROSOWSKI, Elke; SCHÜRMAN, Mirko (Hrsg.): Bildung im Gesundheitsbereich. Forschung und Entwicklung zur beruflichen und hochschulischen Bildung. Berlin 2014, S. 29–54
- KAUFHOLD, Marisa; WEYLAND, Ulrike: Betriebliches Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich – Herausforderungen und Ansätze zur Qualifizierung und Professionalisierung. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) *bwp@ Spezial* 10, S. 1–15. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/darmann-finck_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff: 20.07.2016)

- KERRES, Michael; HANFT, ANKE; WILKESMANN, Uwe: Implikationen einer konsequenten Öffnung der Hochschule für lebenslanges Lernen – eine Schlussbetrachtung. In: KERRES, Michael u. a. (Hrsg.): Studium 2020. Positionen und Perspektiven zum lebenslangen Lernen an Hochschulen. Münster, New York, München, Berlin 2012, S. 285–290
- KIMMELMANN, Nicole: Cultural Diversity als Herausforderung der beruflichen Bildung. Standards für die Aus- und Weiterbildung von pädagogischen Professionals als Bestandteil von Diversity Management. Dissertation. Aachen 2010
- KIRPAL, Simone; TUTSCHNER, Roland: Betriebliches Bildungspersonal. Schlüsselakteure des lebenslangen Lernens. In: ITB-Forschungsberichte, (2008) 33. URL: <http://elib.suub.uni-bremen.de/ip/docs/00010388.pdf> (Zugriff: 20.07.2016)
- KULTUSMINISTERKONFERENZ (12.03.2015): Rahmenvereinbarung über die Berufsschule. URL: http://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2015/2015_03_12-RV-Berufsschule.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- LANDES-PFLEGE-RAT BADEN-WÜRTTEMBERG: Befragung zur Situation der Praxisanleitung in der Pflege in Baden Württemberg. Präsentation zum Fachtag Praxisanleitung in der Pflege. 2014. URL: http://www.lpr-bw.de/pdf/2014_3009_Praesentation_V14.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- LIVINGSTONE, David W.: Informelles Lernen in der Wissensgesellschaft. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenz für Europa: Wandel durch Lernen – Lernen im Wandel. Referate auf dem internationalen Fachkongress Berlin. QUEM-report 60. Berlin 1999, S. 65–91
- MAMEROW, Ruth: Praxisanleitung in der Pflege. 4. Aufl. Heidelberg 2013
- MATZIK, Sigrid: Einleitung: Weiterbildung – Ein Beitrag zur Qualifizierung im Berufsfeld Gesundheit. In: MATZIK, Sigrid (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim, München 2008, S. 7–26
- MEYER, Rita: Bestimmt unbestimmt. Qualifikation und Professionalität des Personals in der Berufsbildung. In: Denk-doch-mal.de, das online-Magazin, (2011) 3. URL: <http://denk-doch-mal.de/wp/rita-meyer-bestimmt-unbestimmt> (Zugriff: 20.06.2016)
- PÄTZOLD, Günter; DREES, Gerhard: Betriebliche Realität und pädagogische Notwendigkeit. Tätigkeitsstrukturen, Arbeitssituationen und Berufsbewusstsein von Ausbildungspersonal im Metallbereich. Köln, Wien 1989
- PASCHKE, Ellen: Ausbildungsreport Pflegeberufe 2012. Verdi. 2012. URL: <https://www.verdi.de/++file++512f26b36f6844094a000028/download/pflegereport2012final.pdf> (Zugriff: 21.07.2016)
- RIEDL, Alfred; SCHELLEN, Andreas: Bildungsziele im berufsbezogenen Unterricht der Berufsschule. In: NICKOLAUS, Reinhold u. a. (Hrsg.): Handbuch der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. Bad Heilbrunn 2010, S. 179–188
- ROTHGANG, Heinz; MÜLLER, Rolf; UNGER, Rainer: Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh 2012

- SOTTAS, Beate u. a.: Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik. careum working paper 7. 2013. URL: <http://www.careum.ch/working-paper-7> (Zugriff: 20.07.2016)
- STÖSSEL, Ulrich; KÖRNER, Mirjam: Theorie und Praxis interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen – Stellenwert und Bedeutung für die Gesundheitsversorgung von morgen. In: PUNDT, Johanne; KÄLBLE, Karl (Hrsg.): Gesundheitsberufe und gesundheitsberufliche Bildungskonzepte. Bremen 2015, S. 363–382
- SVR GESUNDHEIT: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kurzfassung. 2014. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- SVR GESUNDHEIT: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kurzfassung. 2007. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- ULMER, Philipp; GUTSCHOW, Katrin: Einführung. In: ULMER, Philipp; GUTSCHOW, Katrin (Hrsg.): Die novellierte Ausbilder-Eignungsverordnung (AEVO) von 2009. Hintergründe – Umsetzung – Positionen. Berichte zur beruflichen Bildung, Schriftenreihe des BIBB. Bonn 2013, S. 5–10
- ULMER, Philipp; WEISS, Reinhold; ZÖLLER, Arnulf: Berufliches Bildungspersonal: Stellenwert, Entwicklungstendenzen und Perspektiven für die Forschung. In: ULMER, Philipp; WEISS, Reinhold; ZÖLLNER, Arnulf (Hrsg.): Berufliches Bildungspersonal – Forschungsfragen und Qualifizierungskonzepte. Berufliches Bildungspersonal: Stellenwert, Entwicklungstendenzen und Perspektiven für die Forschung. Berichte zur beruflichen Bildung, Schriftenreihe des BIBB. Bonn 2012, S. 7–18
- WAGNER, Jost: Herausforderungen und Qualifikationsbedarf des betrieblichen Bildungspersonals – Ergebnisse einer explorativen Studie. In: ULMER, Philipp; WEISS, Reinhold; ZÖLLER, Arnulf (Hrsg.): Berufliches Bildungspersonal – Forschungsfragen und Qualifizierungskonzepte. Berichte zur beruflichen Bildung, Schriftenreihe des BIBB. Bonn 2012, S. 45–57
- WANKEN, Simone u. a.: Synthesebericht. Gemeinsamer Abschlussbericht zum BMBF-Verbundprojekt Berufspädagoge@Kompetenzerweiterung (BP@KOM) – Phase I. Bremen, Rostock, Schwäbisch-Gmünd, Trier 2011
- ZÖLLER, Maria: Bedingungsfaktoren des betrieblichen Bildungspersonals in Gesundheitsberufen – Ausbildungen in dualen Gesundheitsberufen und Gesundheitsfachberufen im Vergleich. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, (2015) *bwp@Spezial* 10, S. 1–17. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/zoeller_gesundheitsbereich-2015.pdf (Zugriff: 20.07.2016)
- ZÖLLER, Maria: Gesundheitsfachberufe im Überblick. Neues Serviceangebot des BIBB. Bonn 2014. URL: <http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/publication/show/id/7369> (Zugriff: 20.07.2016)

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Autor

Institution

Prof. Dr. Birgit Babitsch	Universität Osnabrück
Prof. Dr. Andrea Burda-Zoyke	Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
Prof. Dr. Sylvana Dietel	IB Hochschule Berlin
Dr. Juliane Dieterich	Universität Kassel
Dr. Ottmar Döring	Forschungsinstitut Betriebliche Bildung, Nürnberg
Dr. Katja Driesel-Lange	Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. Nadin Dütthorn	Fachhochschule Münster
Rebecca End	IB Hochschule Berlin
Prof. Dr. Marianne Friese	Universität Gießen
Lisa Gödecker	Universität Osnabrück
Prof. Dr. Mariam Hartinger	IB Hochschule Berlin
Dr. Roman Kaspar	Universität Frankfurt
Prof. i.V. Dr. Marisa Kaufhold	Fachhochschule Bielefeld
Markus Körbel	Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Margot Overbeck	Universitätsklinikum Münster
Denny Paulicke	IB Hochschule Berlin
Sarah Pierenkemper	Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Prof. Dr. Karin Reiber	Hochschule Esslingen
Robert Richter	IB Hochschule Berlin
Dr. Frank Schiemann	Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen Berlin
Dr. Bettina Shamsul	Universität Osnabrück
Prof. Dr. Friederike Störkel	Fachhochschule Münster
Karin Trenczek	Universitätsklinikum Münster
Angelika Unger	IB Hochschule Berlin
Prof. Dr. Reinhold Weiß	ehem. Bundesinstitut für berufliche Bildung
Carsten Welker	Institut für Sozialökonomische Strukturanalysen Berlin
Prof. Dr. Bärbel Wesselborg	Fliedner Fachhochschule, Düsseldorf
Christian Weyer	Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. Ulrike Weyland	Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Prof. Dr. Eveline Wittmann	Technische Universität Münster

Zur Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungs- forschungsnetz

Die Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN) ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Einrichtungen, die Beiträge zur Berufsbildungsforschung aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen leisten. Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist es, die wissenschaftliche Zusammenarbeit zu verbessern, den Austausch von Forschungsergebnissen, Meinungen und Erfahrungen zu unterstützen, relevante Forschungsfelder zu identifizieren und den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern.

Die AG BFN wurde am 7. Juni 1991 in Nürnberg gegründet. Gründungsmitglieder sind die Sektion für Berufs- und Wirtschaftspädagogik (BWP) der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften (DGfE), das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB). Über die Jahre hinweg hat sich der Kreis der Netzwerkpartner erweitert. Neben der Sektion BWP (ca. 400 Mitglieder), dem IAB und dem BIBB haben sich die pädagogischen Institute der Bundesländer (17) sowie zahlreiche Forschungsinstitute in privater und öffentlicher Trägerschaft (25) dem Netzwerk angeschlossen. Eine Kooperation mit weiteren wissenschaftlichen Gruppierungen und Gesellschaften, die Berufsbildungsforschung betreiben, wird angestrebt. Die Netzwerkpartner verpflichten sich zu folgenden Arbeitsgrundsätzen: Sie

- ▶ leisten Beiträge zur grundlagen- oder anwendungsorientierten Berufsbildungsforschung,
- ▶ unterziehen ihre Forschungsarbeiten einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung,
- ▶ veröffentlichen die Ergebnisse ihrer Arbeit,
- ▶ beteiligen sich am wissenschaftlichen Diskurs,
- ▶ fördern den wissenschaftlichen Nachwuchs und
- ▶ beteiligen sich an den Aktivitäten der AG BFN.

In ihren Aufgaben wird die AG BFN vom BIBB gefördert und unterstützt. Sie führt themenorientierte Foren, Fachtagungen und Workshops durch. Im zweijährigen Turnus wird der Friedrich-Edding-Preis für Berufsbildungsforschung vergeben – eine Auszeichnung für den wissenschaftlichen Nachwuchs. Mit dem Internetauftritt www.agbfm.de präsentiert sich die AG BFN. Die Veranstaltungen der AG BFN werden im Internetportal und in dieser Schriftenreihe dokumentiert. Zudem bietet das Portal einen Bereich für Ankündigung und einen Zugang zur Literaturdatenbank Berufliche Bildung, einem Gemeinschaftsprojekt der AG BFN.

In dieser Schriftenreihe erschienene Veröffentlichungen:

Verzahnung beruflicher und akademischer Bildung. Duale Studiengänge in Theorie und Praxis. Uwe FASSHAUER; Eckart SEVERING [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 19. Bielefeld: Bertelsmann, 2016

Inklusion in der Berufsbildung: Befunde – Konzepte – Diskussionen. Andrea ZOYKE; Kirsten VOLLMER [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 18. Bielefeld: Bertelsmann, 2016

Wirkung von Fördermaßnahmen im Übergangssystem – Forschungsstand, Kritik, Desiderata. Heike SOLGA; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 17. Bielefeld: Bertelsmann, 2015

Sicherung des Fachkräftepotenzials durch Nachqualifizierung. Befunde – Konzepte – Forschungsbedarf. Eckart SEVERING; Martin BAETHGE [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 16. Bielefeld: Bertelsmann, 2015

Individuelle Förderung in heterogenen Gruppen in der Berufsausbildung. Befunde – Konzepte – Forschungsbedarf. Eckart SEVERING; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 15. Bielefeld: Bertelsmann, 2014

Weiterentwicklung von Berufen – Herausforderungen für die Berufsbildungsforschung Eckart SEVERING; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 14. Bielefeld: Bertelsmann, 2014

Akademisierung der Berufswelt? Eckart SEVERING; Ulrich TEICHLER [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 13. Bielefeld: Bertelsmann, 2013

Qualitätsentwicklung in der Berufsbildungsforschung. Eckart SEVERING; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 12. Bielefeld: Bertelsmann, 2012

Berufliches Bildungspersonal – Forschungsfragen und Qualifizierungskonzepte. Philipp ULMER; Reinhold WEISS; Arnulf ZÖLLER [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 11. Bielefeld: Bertelsmann, 2012

Prüfungen und Zertifizierungen in der beruflichen Bildung. Anforderungen – Instrumente – Forschungsbedarf. Eckart SEVERING; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 10. Bielefeld: Bertelsmann, 2011

Migration als Chance. Ein Beitrag der beruflichen Bildung. Mona GRANATO; Dieter MÜNK; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 9. Bielefeld: Bertelsmann, 2011

Kompetenzermittlung für die Berufsbildung. Verfahren, Probleme und Perspektiven im nationalen, europäischen und internationalen Raum. Dieter MÜNK; Andreas SCHELLEN [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 8. Bielefeld: Bertelsmann, 2010

Theorie und Praxis der Kompetenzfeststellung im Betrieb – Status quo und Entwicklungsbedarf. Schriften zur Berufsbildungsforschung der Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN). Dieter MÜNK; Eckart SEVERING [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 7. Bielefeld: Bertelsmann, 2009

Qualität in der beruflichen Bildung. Forschungsergebnisse und Desiderata. Hans-Dieter MÜNK; Reinhold WEISS [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 6. Bielefeld: Bertelsmann, 2009

Zukunft der dualen Berufsausbildung – Wettbewerb der Bildungsgänge. Schriften zur Berufsbildungsforschung der Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN). Hans DIETRICH; Eckart SEVERING [Hrsg.]. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 5. Bielefeld: Bertelsmann, 2008

Perspektiven der Berufsbildungsforschung: Orientierungsleistungen der Forschung für die Praxis. Ergebnisse des AG BFN-Expertenworkshops vom 15. und 16. März 2006 im Rahmen der Hochschultage Berufliche Bildung in Bremen. Reinhold NICKOLAUS; Arnulf ZÖLLER [Hrsg.]. AG BFN, 4. Bielefeld: Bertelsmann, 2007

Der europäische Berufsbildungsraum – Beiträge der Berufsbildungsforschung. 6. Forum der Arbeitsgemeinschaft Berufsbildungsforschungsnetz (AG BFN) 19.–20. September 2005, Universität Erfurt. Manfred ECKERT; Arnulf ZÖLLER [Hrsg.]. AG BFN, 3. Bielefeld: Bertelsmann, 2006

Vollzeitschulische Berufsausbildung – eine gleichwertige Partnerin des dualen Systems. Arnulf ZÖLLER [Hrsg.]; Manfred KREMER [Mitarb.]; Günter WALDEN [Mitarb.]; Dieter Euler [Mitarb.] u. a. Berichte zur beruflichen Bildung AG BFN, 2. Bielefeld: Bertelsmann, 2006

Klassifizierungssystem der beruflichen Bildung. Entwicklung, Umsetzung und Erläuterungen. Franz SCHAPFEL-KAISER. Bielefeld: Bertelsmann, 2005

Health care professions are becoming increasingly important in light of demographic and social change, advances in medical technology and the related changes to the requirements, possibilities and structures of provision. This is also reflected in both academic and political discourse related to vocational education and training. The high demands placed on the health care professions, both professionally and by society, result in similarly demanding challenges in terms of the organisation of education, training and employment systems in the healthcare sector.

The AG BFN forum "Developments and perspectives in the healthcare professions - current areas of activity and research", which took place at the Westphalian Wilhelms University in Münster on 15 and 16 October 2015, considered the theoretical and systematic discourse as well as empirical studies in these areas. Subject areas addressed and discussed reflected vocational education and training research and covered the demand for skilled workers and how to attract them, the academisation of health care professions, measurement and recording of competency, as well as education and training personnel in the healthcare professions.

This collection of articles is a record of contributions from this forum.



Die Gesundheitsberufe gewinnen angesichts des demografischen und sozialen Wandels sowie des medizin-technischen Fortschritts und den damit verbundenen Veränderungen in den Versorgungsbedarfen, -möglichkeiten und -strukturen zunehmend an Bedeutung. Dies spiegelt sich auch innerhalb des wissenschaftlich und politisch geprägten Berufsbildungsdiskurses wider: Aus den hohen gesellschaftlichen und fachlichen Anforderungen an die Gesundheitsberufe resultieren ebenso große Herausforderungen für die Gestaltung des Bildungs- und Beschäftigungssystems im Gesundheitswesen.

Das Forum der AG BFN „Entwicklungen und Perspektiven in den Gesundheitsberufen – aktuelle Handlungs- und Forschungsfelder“, das am 15. und 16. Oktober 2015 an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster stattfand, befasste sich mit theoretisch-systematischen Diskursen und empirischen Studien zu diesen Feldern. Thematisiert und diskutiert wurden im Spiegel der Berufsbildungsforschung die Gegenstandsbereiche des Fachkräftebedarfs und deren Gewinnung, der Akademisierung von Gesundheitsberufen, der Kompetenzmessung und -erhebung, sowie des Berufsbildungspersonals in den Gesundheitsberufen.

Der hier vorliegende Sammelband dokumentiert die Beiträge dieses Forums.

Bundesinstitut für Berufsbildung
Robert-Schuman-Platz 3
53175 Bonn

Telefon: (0228) 107-0

Internet: www.bibb.de

E-Mail: zentrale@bibb.de



ISBN 978-3-7639-5897-9