



Technische Universität München  
TUM School of Education  
Lehrstuhl für Berufspädagogik

**Die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz  
durch das Lösen von Problemen in der stationären  
Krankenpflege. Ansatzpunkte für Praxisanleiter/innen  
und anderes betriebliches Bildungspersonal**

Johannes Krell

Vollständiger Abdruck der an der Fakultät  
TUM School of Education der Technischen Universität München  
zur Erlangung des akademischen Grades eines

**Doktors der Philosophie (Dr. phil.)**

genehmigten Dissertation.

Vorsitzende: Prof. Dr. Doris Lewalter-Manhart

Prüfer der Dissertation: 1. Prof. Dr. Eveline Wittmann  
2. Prof. Dr. Ulrike Weyland (Univ. Münster)

Die Dissertation wurde am 25.09.2017 bei der Technischen Universität  
München eingereicht und durch die Fakultät TUM School of  
Education am 20.12.2017 angenommen.

## **Zusammenfassung**

Es gibt eine breite Übereinstimmung in der pflegebezogenen Literatur, dass „professionelles Handeln“ als erstrebenswertes pflegerisches Handeln gilt. Professionelles Handeln meint hier, dass generalisierbares Regelwissen auf konkrete pflegerische Situationen übertragen wird, um diese anforderungsgerecht zu bewältigen. Generalisierbares Regelwissen wird als Wissen über wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege verstanden.

Daraus kann man ableiten, dass die Stärkung der individuellen psychischen Dispositionen, die professionelles Handeln ermöglichen, ein konsensfähiges Ziel der beruflichen Bildung in der Pflege ist. Diese Dispositionen werden unter dem Begriff der „professionellen Handlungskompetenz“ zusammengefasst. In der vorliegenden Arbeit wird der Ansatz vertreten, dass sich die Entstehung professioneller Handlungskompetenz darauf zurückführen lässt, dass pflegerische Aufgaben bewältigt werden, deren Lösungsweg nicht vollständig bekannt ist (Problemlösen) und dass diese Problemlösung auf Basis generalisierbaren Regelwissens geschieht.

Daraus folgt, dass es für Praxisanleiter/innen und anderes betriebliches Bildungspersonal entscheidend ist, dafür zu sorgen, dass Pflegende in problemhaltigen Situationen auf generalisierbares Regelwissen zurückgreifen können. Um dem betrieblichen Bildungspersonal dazu Hinweise zu geben, untersucht diese Arbeit, in welchen problemhaltigen Situationen Pflegende Informationen heranziehen, welche Quellen sie konsultieren und wie sie bewerten, ob sie sich auf Informationen verlassen können. Dabei werden Pflegende unterschiedlicher Berufserfahrung berücksichtigt, da davon ausgegangen wird, dass es Situationen gibt, die berufsunerfahrene Pflegepersonen als problemhaltig erleben, berufserfahrene Pflegepersonen aber nicht.

Eine systematische Datenbankrecherche ergab, dass zu diesen Fragen zwar Befunde vorlagen, jedoch nicht aus dem deutschsprachigen Raum. Zudem wurde die angesprochene Rolle der Berufserfahrung in den identifizierten Studien bisher vernachlässigt. Aufgrund dieses Forschungsstands wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Mixed-Method Ansatz gewählt: Anhand eines theoriegestützten Leitfadens wurden mit der Critical-Incident-Technik 8 Interviews mit berufserfahrenen und 8 Interviews mit berufsunerfahrenen Pflegenden geführt. Die Ergebnisse der Interviews wurden durch eine weitere Expertenbefragung hinsichtlich ihrer Relevanz validiert und dienten dann der Erstellung eines Fragebogens zur Erfassung quantitativen Datenmaterials. Damit wurden Daten von 98 Auszubildenden und 97 ausgebildeten Pflegepersonen gewonnen.

Die Auswertung ergab, dass sowohl bei Auszubildenden als auch bei ausgebildeten Pflegepersonen vergleichsweise häufig Fragen zur Pflegedokumentation, zur Einschätzung der Ressourcen von Patientinnen/Patienten sowie zu anderen administrativen Aufgaben auftraten. Hinzu kamen oft Fragen zu unklaren bzw. fehlenden ärztliche Anordnungen bei ausgebildeten Pflegepersonen sowie Fragen zur Mobilisation bei Auszubildenden. Das betriebliche Bildungspersonal war die am häufigsten genutzte Quelle bei den Auszubildenden, bei den ausgebildeten Pflegepersonen war dies das ärztliche Personal. Besonders entscheidend dafür, dass eine bestimmte Quelle gewählt wurde, war deren örtliche Verfügbarkeit. Bei der Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen standen die Nachvollziehbarkeit der Informationen im Vordergrund und dass die Person, von der die Information stammt, bereits als zuverlässig erlebt wurde.

Weiterhin konnte in der untersuchten Stichprobe gezeigt werden, dass die Anzahl offener Fragen mit wachsender Berufserfahrung nicht kontinuierlich abnimmt, wie es z.B. die Modellvorstellung zum Kompetenzerwerb nach BENNER nahelegen würde. Dies legt nahe, dass auch Pflegenden mit einer ausgeprägten Berufserfahrung weiterhin Potential zur Entwicklung ihrer professionellen Handlungskompetenz besitzen.

## **Danksagung**

An erster Stelle möchte ich meiner Erstbetreuerin Frau Prof. Dr. Eveline Wittmann für das Vertrauen in mich, die Freiräume, die ich bei der Wahl und der Bearbeitung des Themas hatte und die bereichernden wissenschaftlichen Diskussionen an der Professur für Wirtschaftspädagogik sowie am Lehrstuhl für Berufspädagogik hatte. Meiner Zweitbetreuerin Frau Prof. Dr. Ulrike Weyland danke ich für die wertvollen Hinweise, insbesondere zum betrieblichen Bildungspersonal in der Pflege. Den Herren Prof. Dr. Bernd Reuschenbach sowie Prof. Dr. Daniel Flemming möchte ich für die fundierten Hinweise zur Digitalisierung und anderen aktuellen Entwicklungen in der Pflege sowie für die Unterstützung in meiner Erhebungsphase ein großes Dankeschön sagen. Danke auch an Frau Prof. Dr. Doris Lewalter, dass sie das Verfahren als Vorsitzende der Prüfungskommission begleitet hat.

Meinen ehemaligen Kolleginnen und Kollegen an der Universität Bamberg sowie der TU München danke ich für die lustigen Mittagspausen, die Tipps zur ausgewogenen Ernährung und alle anderen Dinge, die dafür gesorgt haben, dass ich immer gerne in die Arbeit gegangen bin. Hier gebührt ein ganz besonderer Dank meinem ehemaligen Bürokollegen Henry Schirmer, dessen wissenschaftliche Hinweise und scharfsinnige Gedanken für mich von unschätzbarem Wert waren sowie Frau Jutta Köhler und Frau Klara Günther, die mich bei der Jagd nach Rechtschreibfehlern unterstützt haben. Weiterhin danke ich „meinen“ studentischen Hilfskräften Larissa Sammer und Matthias Grimm für ihr Engagement und die großartige Arbeit, gerade in der Datenauswertungsphase, inklusive „Synchronübersetzung“. Auch den engagierten Studierenden der Universität Bamberg und der TU München bin ich dankbar für ihre klugen Beiträge während der Lehrveranstaltungen sowie beim Verfassen von Abschlussarbeiten, die ich betreuen durfte.

Meinen Eltern Karola und Georg Krell danke ich für die Unterstützung und Begleitung, nicht nur während der Promotionsphase. Ein großes Dankeschön auch an den „Loimi e.V.“ und alle weiteren Freunde für die vielen unvergesslichen Abende sowie für die Ermutigung und Aufheiterung.

Gewidmet ist diese Arbeit meiner Frau Vanessa Starke-Krell, deren grenzenlose Liebe, intellektueller Scharfsinn und Empathie mich beim Verfassen dieser Arbeit stets begleitet haben.

*Für Vanessa*

## **Inhalt**

<b>1. Problemstellung und Aufbau der Arbeit .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Wissenschaftstheoretische Verortung der vorliegenden Arbeit .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Zur Förderung professioneller Handlungskompetenz als Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals.....</b>	<b>6</b>
3.1 Zum betrieblichen Bildungspersonal .....	7
3.1.1 Handlungen als Teil von Arbeitstätigkeiten.....	7
3.1.2 Ein handlungsorientierter Zugang zum Erziehungsbegriff .....	9
3.1.3 Berufserziehung und berufliche Bildung .....	11
3.1.4 Betriebliches Bildungspersonal .....	13
3.1.5 Zwischenfazit .....	14
3.2 Professionelles Handeln als Weg zur Professionalisierung der Pflege .....	15
3.2.1 Spezifika des Krankenpflegeberufs bezüglich der beruflichen Bildung.....	15
3.2.2 Professionelles Handeln in Pflegeberufen aus strukturtheoretischer Sicht.....	17
3.2.3 Evidence-based-Nursing .....	19
3.2.4 Entberuflichung oder Professionalisierung .....	21
3.2.5 Empirische Befunde zur Verbreitung professionellen Pflegehandelns in der gegenwärtigen Pflegepraxis .....	26
3.2.6 Zwischenfazit .....	27
3.3 Professionelle Handlungskompetenz.....	28
3.3.1 Der Pflegeprozess als theoretisches Rahmenmodell pflegerischer Tätigkeiten.....	28
3.3.2 Handlungssituationen entlang des Pflegeprozesses .....	31
3.3.3 Professionelle Handlungskompetenz als Voraussetzung zur Bewältigung pflegerischer Handlungssituationen .....	36
3.3.4 Zwischenfazit .....	38
3.4 Fazit: Die Förderung professioneller Handlungskompetenz als Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals in der Krankenpflege .....	39

<b>4. Zur Entstehung professioneller Handlungskompetenz in der stationären Krankenpflege .....</b>	<b>39</b>
4.1 Generalisierbares Regelwissen als spezielle Form expliziten Wissens.....	40
4.2 Berufsunspezifische Erklärungsansätze für Kompetenzentwicklung.....	43
4.2.1 Stufenmodell nach Dreyfus und Dreyfus.....	43
4.2.2 Wissen als Ausgangspunkt von Kompetenzentwicklung .....	45
4.2.3 Das Lösen von Problemen als Ausgangspunkt von Kompetenzentwicklung.....	50
4.2.3.1 Kompetenzentwicklung durch das Ausführen von Tätigkeiten .....	50
4.2.3.2 Kompetenzentwicklung durch das Lösen von Problemen .....	54
4.2.3.3 Zwischenfazit: Kompetenzentwicklung durch das Lösen von Problemen .....	57
4.3 Pflegebezogene Erklärungsansätze für Kompetenzentwicklung.....	58
4.3.1 Stufen zur Pflegekompetenz (Benner) .....	58
4.3.2 Kompetenzentwicklung in Lern- und Handlungsdimensionen (Olbrich).....	61
4.3.3 Weitere Befunde zur Kompetenzentwicklung an pflegerischen Arbeitsplätzen .....	64
4.4 Fazit: Generalisierbares Regelwissen als Grundlage für die Entstehung professioneller Handlungskompetenz in der stationären Krankenpflege .....	67
<b>5. Komplexitätsfördernde Merkmale von Aufgaben innerhalb der stationären Krankenpflege .....</b>	<b>68</b>
5.1 Typische Merkmale komplexer Aufgaben .....	69
5.4 Emotionales Erleben und Aufgabenkomplexität.....	72
5.5 Motivation und Aufgabenkomplexität.....	76
5.6 Rollenstruktur/Zusammenarbeit mit anderen Personen und Aufgabenkomplexität..	78
5.7 Ausstattung der Situation und Aufgabenkomplexität.....	82
5.8 Empirische Befunde zu komplexen Aufgaben in der stationären Krankenpflege.....	84
5.9 Zwischenfazit: Komplexitätsfördernde Merkmale von Aufgaben in der stationären Krankenpflege .....	87
<b>6. Generalisierbares Wissen und der Informationsprozess .....</b>	<b>90</b>
6.1 Feedback bzw. Rückmeldungen beim Lösen von Problemen.....	90

6.2	Informationen und der Erwerb expliziten und impliziten Wissens .....	93
6.3	Der Informationsprozess.....	97
6.4	Empirischer Forschungsstand zum Informationsprozess in der Krankenpflege .....	103
6.4.1	Vorgehen bei der Aufarbeitung des empirischen Forschungsstands zum Informationsprozess in der Krankenpflege .....	103
6.4.2	Befunde zu den erfragten Inhalten der Pflegenden.....	106
6.4.3	Befunde zu den verwendeten Quellen .....	110
6.4.4	Befunde zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit .....	113
6.5	Zwischenfazit: Generalisierbares Wissen und der Informationsprozess.....	117
<b>7.</b>	<b>Zusammenfassung des theoretischen Teils .....</b>	<b>117</b>
<b>8.</b>	<b>Vorüberlegungen zum empirischen Teil der Arbeit.....</b>	<b>119</b>
8.1	Zielstellung des empirischen Vorgehens .....	119
8.2	Paradigmatische Vorüberlegungen zum Forschungsdesign .....	120
8.3	Wahl eines Mixed-Method Ansatzes für den empirischen Teil der Arbeit.....	123
<b>9.</b>	<b>Anlage, Durchführung und ausgewählte Befunde des qualitativen Teils des empirischen Vorgehens.....</b>	<b>124</b>
9.1	Konzeption des qualitativen Teils des empirischen Vorgehens .....	125
9.1.1	Festlegung der Interviewform.....	125
9.1.2	Gestaltung des Interviewleitfadens .....	128
9.1.3	Auswahl und Akquise der befragten Personen .....	131
9.2	Durchführung und Transkription der Interviews.....	136
9.3	Vorgehen bei der Auswertung der Interviews.....	136
9.4	Ausgewählte Befunde der Interviewstudie.....	138
9.4.1	Problementstehung.....	139
9.4.1.1	Problemauslösende Aufgaben .....	139
9.4.1.2	Auftragsübermittlung/-feststellung .....	145
9.4.1.3	Emotionales Empfinden während der Situation.....	148
9.4.1.4	Emotionsregulation .....	151



9.4.1.5	Zwischenzusammenfassung: Befunde zur Problementstehung und ihrer Bedeutung für das betriebliche Bildungspersonal der stationären Krankenpflege .....	154
9.4.2	Konkretisierung des Informationsbedarfs .....	156
9.4.2.1	Zeitpunkt des Informationsbedarfs.....	156
9.4.2.2	Grund für die Beschaffung von Informationen zur Problemlösung.....	157
9.4.2.3	Art der erfragten/nachgelesenen Informationen.....	160
9.4.2.4	Zwischenzusammenfassung zur Konkretisierung des Informationsbedarfs ...	163
9.4.3	Auswahl der befragten Personen/gelesenen Quellen.....	164
9.4.3.1	Befragte Personen/gelesene Quellen.....	164
9.4.3.2	Gründe für die Auswahl der befragten Personen/gelesenen Quellen.....	166
9.4.3.3	Zwischenzusammenfassung: Auswahl der Personen/Quellen .....	168
9.4.4	Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen .....	169
9.4.5	Kontextuelle Rahmenbedingungen/Arbeitsorganisation .....	171
9.4.5.1	Bereichspflege VS Funktionspflege.....	172
9.4.5.2	Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal.....	174
9.4.5.3	Aufteilung von Aufgaben zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen .....	176
9.4.5.4	Zwischenzusammenfassung: Kontextuelle Rahmenbedingungen/Arbeitsorganisation .....	178
9.5	Bewertung der Aussagekraft der Interviews zur Konstruktion eines quantitativen Fragebogens.....	179
9.5.1	Überprüfung der Qualität anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien .....	179
9.5.2	Expertenbefragung zur Validierung.....	182
9.6	Zusammenfassung der qualitativen Empirie .....	190
<b>10.</b>	<b>Anlage, Durchführung und Befunde des quantitativen empirischen Teils .....</b>	<b>193</b>
10.1	Entwicklung des Fragebogens zur Gewinnung quantitativer Daten auf Basis der qualitativen Befunde.....	193
10.1.1	Erkenntnisse über den Merkmalsbereich auf Basis der qualitativen Befunde.....	194
10.1.2	Formulierung und Auswahl der Items .....	196

10.1.3 Anlage, Durchführung und Ergebnis des Pretests .....	201
10.1.4 Zwischenfazit: Entwicklung des Fragebogens zur Gewinnung der quantitativen Daten .....	202
10.2 Durchführung der Fragebogenerhebung zur Gewinnung quantitativer Daten .....	203
10.2.1 Stichprobenziehung und Revision des Fragebogens.....	203
10.2.2 Datenerhebung mit dem revidierten Fragebogen und Stichprobenbeschreibung	204
10.2.3 Zum Umgang mit fehlenden Werten .....	206
10.3 Auswertung und Darstellung ausgewählter quantitativer Befunde .....	208
10.3.1 Deskriptive Darstellung zentraler Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung.....	208
10.3.1.1 Vorüberlegungen zur Darstellung ordinalskalierten Daten .....	208
10.3.1.2 Zur Häufigkeit von Aufgaben, zu denen Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gestellt wurden .....	210
10.3.1.3 Zur Häufigkeit offener Fragen zu spezifischen Aufgaben .....	211
10.3.1.4 Zur Häufigkeit, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung offener Fragen konsultiert wurden.....	213
10.3.1.5 Zur Häufigkeit von Gründen, die zur Wahl einer bestimmten Quelle geführt haben .....	214
10.3.1.6 Zur Zustimmung zu Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen .....	215
10.3.2 Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung auf die Entstehung sowie die Lösung von Problemen durch das Hinzuziehen von Informationen.....	217
10.3.2.1 Zur Relevanz des Einflusses der Berufserfahrung und Überlegungen zum methodischen Vorgehen .....	217
10.3.2.2 Unterschiede zwischen der Häufigkeit von Fragen an das betriebliche Bildungspersonal zu einzelnen Aufgaben zwischen Pflegenden unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung .....	221
10.3.2.3 Unterschiede zwischen der Häufigkeit von Fragen zu spezifischen Aufgaben nach unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung .....	223

10.3.2.4 Unterschiede bezüglich der Häufigkeit, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung von Fragen herangezogen wurden .....	225
10.3.2.5 Unterschiede der Häufigkeit einzelner Gründe zur Auswahl einer Quelle ...	227
10.3.2.6 Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung einzelner Kriterien zur Bewertung der Verlässlichkeit von Informationen .....	229
10.4 Zur statistischen Güte der quantitativen Untersuchung .....	231
10.5 Zusammenfassung der quantitativen Empirie .....	235
<b>11. Diskussion ausgewählter Befunde hinsichtlich ihrer Bedeutung zur Förderung professioneller Handlungskompetenz durch das betriebliche Bildungspersonal .....</b>	<b>238</b>
11.1 Zur zielführenden inhaltlichen Vorbereitung auf Fragen an das betriebliche Bildungspersonal .....	239
11.1.1 Hinweise zur inhaltlichen Vorbereitung auf Fragen an das betriebliche Bildungspersonal.....	239
11.1.2 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand zu erfragten Inhalten sowie zur Entstehung von Problemen .....	241
11.1.3 Zur Rolle der Berufserfahrung der Pflegenden bei der inhaltlichen Vorbereitung auf Fragen .....	242
11.2 Hinweise zur anforderungsgerechten Bereitstellung von Informationen .....	244
11.2.1 Hinweise zur anforderungsgerechten Bereitstellung von Informationen .....	244
11.2.2 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand zur Wahl einzelner Quellen ..	246
11.2.3 Zur Rolle der Berufserfahrung bei der Wahl von Informationsquellen.....	247
11.3 Hinweise zur zielführenden Gestaltung von Informationen.....	249
11.3.1 Hinweise zur zielführenden Gestaltung von Informationen .....	249
11.3.2 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen .....	250
11.3.3 Zur Rolle der Berufserfahrung bezüglich der Relevanz einzelner Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen .....	253
<b>12. Fazit und Ausblick .....</b>	<b>254</b>
<b>Literatur .....</b>	<b>258</b>

<b>Tabellen .....</b>	<b>285</b>
<b>Abbildungen.....</b>	<b>289</b>

## **1. Problemstellung und Aufbau der Arbeit**

Innerhalb der pflegebezogenen Literatur lässt sich ein Konsens dahingehend feststellen, dass es als erstrebenswert gilt, dass Pflegende professionell handeln (z.B. BARTHOLOMEYCZIK 2010, 134ff; DARMANN-FINCK 2013, 11ff; WEIDNER 1995, 48ff.). Dies wird hier so aufgefasst, dass die Gestaltung pflegerischer Tätigkeiten auf der Grundlage generalisierbaren Regelwissens geschieht, das durch hermeneutisches Fallverstehen auf konkrete pflegerische Situationen übertragen wird (DARMANN-FINCK 2013, 11ff.). Unter generalisierbarem Regelwissen wird hier Wissen über wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege verstanden, also insbesondere, inwiefern bestimmte pflegerische Tätigkeiten zur Erreichung pflegerischer Ziele geeignet sind. Empirische Befunde sprechen dafür, dass die gegenwärtig praktizierte Pflege im deutschsprachigen Raum dieser Vorstellung des professionellen Handelns nicht flächendeckend entspricht (WEIDNER 1995, 51ff.; VEIT 2002, 131ff.; DÖRGE 2009, 82ff.). Vor diesem Hintergrund versucht die vorliegende Arbeit einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Voraussetzungen professionellen Handelns Pflegender am Arbeitsplatz verbessert werden können. Diese Voraussetzungen werden hier unter dem Begriff der „professionellen Handlungskompetenz“ zusammengefasst (WEIDNER 1995, 125f.; WITTMANN ET. AL 2014, 55).

Dazu adressiert die vorliegende Arbeit spezifisch Praxisanleiter/innen und weiteres betriebliches Bildungspersonal. Dies liegt einerseits daran, dass dem betrieblichen Bildungspersonal gerade in Deutschland eine Schlüsselrolle bei der Förderung professioneller Handlungskompetenz in der Pflege zugeschrieben wird, da Pflegepersonen verhältnismäßig häufig neu eingearbeitet werden müssen. Dies ist mit ihrer geringen Verweildauer in den einzelnen Einrichtungen zu begründen. Dahingehend zeigte sich im Rahmen der NEXT-Studie, dass Pflegende in Deutschland im europäischen Vergleich im Mittel eine geringe Zahl an Berufsjahren in einem Betrieb aufweisen (TACKENBERG, HASSELHORN & BÜSCHER 2005, 24f.). So betrug die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit der untersuchten Pflegepersonen in Deutschland 6,5 Jahre, während sie beispielsweise in Polen bei 12 Jahren lag. Andererseits gibt es zwar vergleichsweise intensive Forschungsaktivitäten zur Förderung professioneller Handlungskompetenz im schulischen Rahmen (z.B. HUNDENBORN 2007; WALTER 2015; SIMON in Vorbereitung), aber immer noch verhältnismäßig wenige Studien, die das betriebliche Bildungspersonal allgemein und spezifisch in der Pflege adressieren. So gab es in den späten 1990ern einen regelrechten Stillstand der Forschung zum betrieblichen Ausbildungspersonal. Erst etwa ein Jahrzehnt später konnte wieder eine intensivere Auseinandersetzung mit Fragen zur betrieblichen Ausbildung festgestellt werden. Dabei werden in der Literatur teilweise Zusammenhänge mit der

Aussetzung bzw. der Wiedereinführung der AEVO<sup>1</sup> und dem Wiedererstarben des Forschungsinteresses unterstellt (ULMER, WEIß & ZÖLLER 2012, 8f.; KAUFHOLD & WEYLAND 2015, 2). Dies unterstreicht den Bedarf an Ansätzen, die die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz in der Pflege erklären und aus denen Ansatzpunkte zu ihrer Förderung abgeleitet werden können. Hilfreich erscheint vor dem Hintergrund dieser Anforderungen die Überlegung, dass sich professionelle Handlungskompetenz dann entwickelt, wenn Probleme (DÖRNER 1987, 10) durch die Verwendung generalisierbaren Regelwissens bewältigt werden (ERICSSON 2003, 31ff.; ERICSSON, KRAMPE & TESCH-RÖMER 1993, 368; WALTER 2015, 6ff.). Daraus ergibt sich für das betriebliche Bildungspersonal das Ziel, wissenschaftliche Aussagen anforderungsgerecht für Pflegende zur Verfügung zu stellen, damit diese auf dieser Grundlage problemhaltige Situationen in ihrer Pflegepraxis bewältigen und somit ihre professionelle Handlungskompetenz verbessern können.

Wichtig erscheint dazu die Beantwortung der Forschungsfrage, *wie Pflegende in Krankenhausstationen Informationen zur Lösung von Problemen heranziehen*. Dies ermöglicht es dem betrieblichen Bildungspersonal, sich gezielt auf eine bedarfsorientierte Bereitstellung von Informationen vorzubereiten: So kann es im Vorfeld häufig benötigte Informationen recherchieren, sich überlegen, wie und wann diese zur Verfügung gestellt werden und Faktoren berücksichtigen, die die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit dieser Informationen durch die Pflegenden beeinflussen. Darin besteht der Beitrag der vorliegenden Arbeit zur Förderung professioneller Handlungskompetenz Pflegenden.

Da die pflegebezogene Literatur verschiedenen wissenschaftstheoretischen Paradigmen zuzuordnen ist, finden sich darin unterschiedliche Positionen, was unter wissenschaftlichen bzw. wissenschaftlich überprüfbar Informationen zu verstehen ist. Dies wird beispielsweise durch das empirisch geprägte Evidence-based Nursing (BEHRENS 2014, 157ff.) sowie die kritisch-theoretisch geprägte Kritik daran durch FRIESACHER (2009, o.S.) deutlich. Daher erfolgt zu Beginn der Arbeit eine wissenschaftstheoretische Verortung (Kapitel 2). Danach wird in Kapitel 3 ausgeführt, was unter professioneller Handlungskompetenz in der Pflege verstanden wird. Ferner wird begründet, warum ihre Förderung als Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals gesehen wird. In Kapitel 4 werden unterschiedliche Überlegungen zur Entstehung professioneller Handlungskompetenz dargestellt sowie hinsichtlich ihrer Aussagekraft für die Tätigkeit des betrieblichen Bildungspersonals miteinander verglichen. Da als Ergebnis das Lösen von Problemen unter Rückgriff auf generalisierbares Regelwissen als aussagekräftigster

---

<sup>1</sup> AEVO = Ausbilder-Eignungsverordnung

Erklärungsansatz eingeschätzt wird, folgen in Kapitel 5 theoretische und empirische Vorüberlegungen zu Komplexitäts- und somit problemförderlichen Faktoren in pflegerischen Situationen. Zudem werden Vermutungen zur Rolle der Berufserfahrung auf die Auswirkungen dieser Faktoren angestellt. In Kapitel 6 wird eine Modellvorstellung zum Austausch von Informationen und zur Entstehung von Wissen erstellt, um theoretisch zu rahmen, wie wissenschaftliche Aussagen durch das betriebliche Bildungspersonal Pflegenden zur Verfügung gestellt werden können. Dieser Rahmen bildet auch die Grundlage für ein systematisches Literaturreview zur Aufarbeitung empirischer Vorbefunde zum Rückgriff auf Informationen sowie zur damit einhergehenden Auswahl von Informationsquellen und zur Bewertung von Informationen. Da die Vorbefunde aus den Kapiteln 5 und 6 die Fragestellung der vorliegenden Arbeit nicht vollständig beantworten können, wie auch in der Zusammenfassung des theoretischen Teils (Kapitel 7) nochmals dargelegt wird, schließt sich eine eigene empirische Untersuchung an. Deren Zielstellung wird in Kapitel 8 konkretisiert und es wird begründet, warum ein Mixed-Method Design gewählt wurde. Dazu wurde zunächst eine qualitative Erhebung durchgeführt, um auf Basis ihrer Ergebnisse eine quantitative Erhebung aufzusetzen. Anlage, Durchführung sowie die Ergebnisse der qualitativen Erhebung finden sich in Kapitel 9, die der quantitativen Erhebung in Kapitel 10. In Kapitel 11 findet eine Diskussion der Befunde des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit statt, deren Abschluss von einem Fazit (Kapitel 12) gebildet wird.

## **2. Wissenschaftstheoretische Verortung der vorliegenden Arbeit**

In diesem Kapitel erfolgt die wissenschaftstheoretische Verortung der vorliegenden Arbeit. Dies ist aus zwei Gründen für das Verständnis der weiteren Ausführungen erforderlich: Einerseits erhebt diese Arbeit als Dissertation den Anspruch, eine wissenschaftliche Arbeit zu sein, besitzt also das Ziel, wissenschaftliche Aussagen herauszuarbeiten. Andererseits werden in Kapitel 3 die Begriffe „professionelles Handeln“ sowie „professionelle Handlungskompetenz“ geklärt und dabei von „generalisierbarem Regelwissen“ gesprochen, was mit „Wissen über wissenschaftliche Aussagen“ gleichgesetzt werden kann. Somit muss geklärt werden, was unter „wissenschaftlichen Aussagen“ aufgefasst wird.

Unter „Wissenschaft“ wird, in Anlehnung an kantianische Gedanken, ein System von Erkenntnissen verstanden, wobei letztere als wahre Aussagen charakterisiert werden (POSER 2001, 27). Unter wissenschaftlichen Aussagen werden hier Aussagen verstanden, die als wahr gelten, was nicht zwangsläufig bedeutet, dass sie auch wahr sind. So ist es, folgt man dem kritischen Rationalismus POPPERScher Prägung, nicht möglich mit Sicherheit festzustellen, ob eine Aussage wahr ist, denn es ist nicht ausgeschlossen, dass sie sich in der Zukunft als falsch herausstellt

und damit widerlegt, also falsifiziert wird. In der einschlägigen Literatur ist hier der Begriff des „Vermutungswissens“ recht verbreitet (RUB 2004, 76f.), der sich auf Aussagen bezieht, die bislang nicht widerlegt wurden. Daraus ergeben sich bestimmte Ansprüche an Theorien, also an aufeinander aufbauende Bündel von Aussagen, damit diese als wissenschaftlich gelten: Einerseits müssen sie widerspruchsfrei sein. Darüber hinaus muss möglichst gut prüfbar sein, ob sie nicht der Wahrheit entsprechen (Falsifizierbarkeit) (ebd. 2004, 82ff.).

Da POPPER den Grundsatz vertritt, dass Aussagen und daraus bestehende Theorien, sofern sie widerspruchsfrei sind, nur durch die Erfahrung widerlegt werden können, sind einige Aussagen per se nicht falsifizierbar. So können Aussagen entweder „normativ“ oder „deskriptiv“ sein, wobei solche Aussagen als deskriptiv bezeichnet werden, die angeben, wie etwas ist und solche Aussagen als normativ, die angeben, wie etwas sein soll. Darüber hinaus lassen sich Aussagen danach unterscheiden, ob sie „a priori“, also rein der Vernunft, oder „a posteriori“, also der Erfahrung, zugänglich sind (POPPER 2005, 32ff.). Normative Aussagen können nicht wahr sein, daher erübrigt sich die Frage nach ihrer Falsifizierbarkeit. Sie können aber konsensfähig in dem Sinne sein, dass mehrere Personen darüber übereinstimmen, dass die normative Aussage als gültig anzusehen ist (HORLEBEIN 2009, 7ff.). Deskriptive Aussagen sind teilweise ebenfalls nicht wahrheitsfähig, wie etwa Definitionen sprachlicher Ausdrücke (ebd., 12f.). Wahrheitsfähig sind hingegen logische Sätze im mathematischen Sinne, Beschreibungen der Welt sowie Zusammenhangsbehauptungen (ebd., 6f.). Somit kann also vorerst festgehalten werden, dass das Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit darin besteht, Aussagen zur Beantwortung der zugrundeliegenden Fragen zu treffen, die möglichst gut empirisch, also durch Erfahrung, falsifizierbar sind. Generalisierbares Regelwissen bezieht sich demnach auf Wissen über empirisch falsifizierbare Aussagen, die jedoch im Sinne eines Vermutungswissens noch nicht falsifiziert wurden.

Die Ausführungen von POPPER erscheinen jedoch bei der Frage, wie Aussagen falsifiziert werden können im Zuge eines sozialwissenschaftlichen Forschungsvorhabens kaum umsetzbar, weshalb diesbezüglich von ihnen abgewichen wird. Einerseits wird POPPER so verstanden, dass er sich im Sinne eines strengen Induktionsverbots strikt gegen eine Übertragung von Aussagen mit zu einem spezifischen Kontext auf einen allgemeineren Kontext stellt, was er etwa im Zuge seiner Auseinandersetzung mit Hypothesenwahrscheinlichkeiten betont (POPPER 2005, 24ff.). Würde man diesem Ansatz folgen, so müssten alle Rahmenbedingungen des zu untersuchenden Zusammenhangs bekannt sein. Dies ist möglicherweise in streng kontrollierten experimentellen Settings, z.B. physikalischen Erhebungen, die POPPER vorzugsweise als Beispiel heranzieht,



anwendbar. Jedoch erscheint dies für die meisten sozialwissenschaftlichen Erhebungen, bei denen üblicherweise viele Einflussfaktoren unbekannt sind, nicht praktikabel. In besonderem Maße trifft das auf die zu untersuchende Fragestellung der vorliegenden Arbeit zu, bei der ein Mangel einschlägiger Vorbefunde existiert, wie noch herausgearbeitet wird. Andererseits besteht, wie etwa CHALMERS (2007, 73ff.) darlegt, eine grundsätzliche Kritik am strengen Falsifikationismus, den POPPER vertritt, darin, dass Beobachtungsaussagen, die die Basis zur Falsifikation von Theorien bilden, fehlbar sind. Als Konsequenz wird in der vorliegenden Arbeit zur Falsifikation von Aussagen auf möglichst konsensfähige Positionen in der methodischen Literatur zurückgegriffen.

Theorien, die nicht der Erfahrung zugänglich sind, sind laut POPPER (1994, 281ff.) nicht falsifizierbar. Sie können aber zur Lösung von „Problemen“<sup>2</sup> beitragen: „Wenn wir die Theorie als Vorschlag zu einer Lösung eines Problems oder mehrerer Probleme betrachten, dann gibt es unmittelbare Möglichkeiten für eine kritische Diskussion – sogar dann, wenn die Theorie nicht-empirisch oder unwiderlegbar ist. Denn wir können fragen: Löst die Theorie ihr Problem? Löst sie es besser als andere Theorien? Verschiebt sie es vielleicht nur? Ist die Lösung einfach? Ist sie fruchtbar? Widerspricht sie anderen philosophischen<sup>3</sup> Theorien, die wir zur Lösung anderer Probleme brauchen?“ (ebd., 289). Wissenschaftsparadigmen, wie etwa der kritische Rationalismus, sind zu großen Teilen normativ bzw. der Erfahrung nicht zugänglich, also auch nicht widerlegbar. Dies erklärt auch das gegenwärtige Nebeneinander unterschiedlicher wissenschaftsparadigmatischer Zugänge in einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen, wie etwa in der Berufspädagogik. Hier existieren beispielsweise kritisch-rational geprägte Zugänge (für einen Überblick siehe z.B. BECK 2010, 273ff.), kritisch-theoretische Zugänge (für einen Überblick siehe z.B. KUTSCHA 2010, 379ff.) und geisteswissenschaftlich-hermeneutisch geprägte Zugänge (für einen Überblick siehe z.B. SLOANE 2010, 367ff.). Die Pflegewissenschaften sind hingegen insbesondere durch kritisch-rationale, kritisch-theoretische, phänomenologische und radikal-konstruktive Zugänge gekennzeichnet (BRANDENBURG 2007, 18). Lediglich kritisch-rationale Theorien aufzuarbeiten und andere Theorien aufgrund ihrer wissenschaftstheoretischen Verortung abzulehnen, wäre aus Sicht der vorliegenden Arbeit eine unzulässige Wertung. Andere wissenschaftstheoretische Paradigmen werden ausdrücklich nicht abgelehnt. Diese

---

<sup>2</sup> POPPER geht an dieser Stelle nicht näher auf den Problembegriff ein. Es wird aufgrund der Lektüre anderer Werke vermutet (siehe z.B. POPPER 1996 et passim), dass ein „Problem“ sehr weitläufig als „offene Frage“ verstanden werden kann. Davon abzugrenzen ist der handlungstheoretisch geprägte Problembegriff, der in der vorliegenden Arbeit verwendet wird (Kapitel 4.2.3.2).

<sup>3</sup> Als „philosophische Theorien“ werden von POPPER apriorische Theorien unabhängig von ihrer disziplinären Zuordnung bezeichnet. Vergleiche hierzu die Begriffsverwendung bei POPPER (1994, 281ff.).

Position führt jedoch zu der Schwierigkeit, dass Versuche, Theorien miteinander zu verbinden, die auf unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Paradigmen fußen, zu Widersprüchen bzw. zu Inkonsistenzen führen (BECK 2006, 582f.). Damit wird im Folgenden so umgegangen, dass zwar Theorien aufgearbeitet werden, die auf der Grundlage unterschiedlicher wissenschaftstheoretischer Paradigmen begründet sind, um dem Forschungsstand gerecht zu werden. Allerdings werden zu ihrer Überprüfung die Maßstäbe angelegt, die in diesem Kapitel skizziert wurden. Das heißt, sie werden auf Widerspruchsfreiheit, auf ihren Aussagegehalt zur Beantwortung relevanter Fragestellungen und auf ihre empirische Überprüfbarkeit untersucht sowie dahingehend bewertet, inwiefern sie bereits empirisch überprüft wurden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese Arbeit insofern wissenschaftlichen Anspruch besitzt, dass sie versucht, wissenschaftliche Aussagen herauszuarbeiten. Damit ist gemeint, dass angestrebt wird, die aufgeworfenen Fragestellungen mit möglichst widerspruchsfreien sowie möglichst empirisch falsifizierbaren Aussagen zu beantworten. Wenn Theorien und/oder einzelne Aussagen nicht der Erfahrung zugänglich sind, werden diejenigen Aussagen/Theorien präferiert, die als widerspruchsfrei sowie als möglichst aussagekräftig vor dem Hintergrund der jeweiligen Fragestellungen eingeschätzt werden. Normative Aussagen werden, soweit es geht, vermieden und, wo dies notwendig ist, möglichst klar als solche benannt und dargestellt. Der später einzuführende Begriff des generalisierbaren Regelwissens bezieht sich auf Wissen über wissenschaftliche Aussagen im eben beschriebenen Sinne.

### **3. Zur Förderung professioneller Handlungskompetenz als Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals**

Aufgrund der wissenschaftstheoretischen Verortung der vorliegenden Arbeit, die im letzten Kapitel dargestellt wurde, erscheint es zunächst notwendig, normative Vorstellungen zu explizieren, auf denen die weitere Theorieentwicklung aufbaut, um diese möglichst überprüfbar zu machen. Dazu wird in Kapitel 3.1 zunächst die Gruppe des betrieblichen Bildungspersonals anhand ihrer Aufgabe näher bestimmt (Kapitel 3.1). Im Anschluss daran werden die konkreten Berufserziehungsziele des betrieblichen Bildungspersonals für die stationäre Krankenpflege dargelegt, indem die verbreitete „Idealvorstellung“ des professionellen Handelns skizziert (Kapitel 3.2) und im Anschluss daran auf deren Voraussetzungen, der professionellen Handlungskompetenz (Kapitel 3.3), eingegangen wird. Diese stellt, wie die Zusammenfassung dieses Kapitels zeigen wird, die Leitvorstellung des Handelns betrieblichen Bildungspersonals dar und bildet so die normative Grundlage der vorliegenden Arbeit.

### **3.1 Zum betrieblichen Bildungspersonal**

In diesem Kapitel wird die Adressatengruppe der vorliegenden Arbeit auf Basis ihrer zentralen Aufgabe bestimmt. Dazu sind mehrere Begriffsbestimmungen notwendig, die aufeinander aufbauen. Nach einer Bestimmung des Handlungsbegriffs (3.1.1) folgt ein darauf aufbauender handlungstheoretischer Zugang zum Erziehungs- und Bildungsbegriff (3.1.2). Dieser wiederum wird auf die Konzepte der Berufserziehung bzw. der Beruflichen Bildung bezogen (3.1.3), damit wird auf dieser Grundlage bestimmt, was unter der Gruppe des betrieblichen Bildungspersonals in der vorliegenden Arbeit verstanden wird.

#### **3.1.1 Handlungen als Teil von Arbeitstätigkeiten**

In diesem Kapitel wird eine Klärung des Handlungsbegriffs vorgenommen, da er die Grundlage für das Verständnis von Berufserziehung darstellt, auf die später noch eingegangen wird. Ferner erfolgt eine Klärung des Verhältnisses zwischen Tätigkeit bzw. Arbeitstätigkeit und Handlung, was dem Verständnis des hier verwendeten Berufsbegriffs dient. Zu diesem Zweck erscheint es als wenig zielführend, die Heterogenität der Handlungsbegriffe durch eine Aufzählung von Begriffsbestimmungen darzustellen, denn dies würde wenig zur Beantwortung der Forschungsfragen der vorliegenden Arbeit beitragen. Wichtiger ist es an dieser Stelle, Positionen anzuführen, die nahelegen, es sei gar nicht möglich zu handeln – denn, würde man sich dem anschließen, würde dies große Teile der weitgehenden handlungstheoretisch geprägten Argumentation der weiteren Kapitel bereits zu Beginn der Arbeit in Frage stellen.

Da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der individuellen Perspektive von Einzelpersonen liegt, wird ein psychologisch geprägter Zugang zum Handlungsbegriff gewählt. Darüber hinaus existieren auch Zugänge aus anderen Disziplinen mit anderen Betrachtungsschwerpunkten, wie etwa soziologische Handlungstheorien (BONß ET AL 2013, 1), die hier jedoch nicht weiter betrachtet werden. Handeln, also das Ausführen von Handlungen, beschreibt eine bestimmte Art des Verhaltens. KAISER & WERBIK (2012, 34) subsumieren unter „Verhalten“ „...alles am Menschen, was nicht Eigenschaft ist“. Handeln zeichnet sich zusätzlich dadurch aus, dass es absichtlich, planvoll, gezielt, bewusst und nicht versehentlich ausgeführt wird. Dies beinhaltet ausdrücklich nicht, dass die zugrundeliegende Absicht auch tatsächlich erreicht wird. Handeln kann also scheitern (BRANDSTÄTTER & GREWE 1999, 185ff.). Als generell diskussionswürdig erscheint die Frage, inwiefern Menschen überhaupt in der Lage sind, bewusst zwischen Handlungsalternativen zu entscheiden. Dementsprechend könnte ein Mensch nicht im obengenannten Sinne handeln, wenn sein Verhalten durch extra- oder intrapersonale Faktoren vollständig determiniert wäre. Hinsichtlich extrapersonaler Faktoren könnte zum Beispiel argumentiert werden, dass viele Entscheidungen von Pflegenden durch Regeln, Vorgesetzte oder die

Bedürfnisse pflegebedürftiger Personen determiniert wären. Somit hätten sie nicht mehr die Wahl zwischen unterschiedlichen Handlungsalternativen, was letztlich in Frage stellen würde, ob sie überhaupt im engeren Sinne handeln oder sich lediglich verhalten. Dieses Argument wird durch VON CRANACH (1996, 258) entkräftet. Er argumentiert, dass Entscheidungsmöglichkeiten zwar häufig von außen eingeschränkt sind, es sich jedoch nicht um vollständig determinierte Entscheidungen handelt. So dürften beispielsweise sogar sehr exakte Anweisungen durch Vorgesetzte offen lassen, mit welcher Geschwindigkeit ihre einzelnen Handlungsbestandteile realisiert werden.

Schwieriger zu beantworten ist die Frage, ob menschliche Entscheidungen intrapersonal, insbesondere durch physiologische Prozesse, vollständig determiniert sind, wie beispielsweise durch diverse Hirnforscher nahegelegt wird (GIESINGER 2006, 98ff.). Auch in der philosophischen Diskussion gab und gibt es eine rege Diskussion, inwiefern Menschen freie Entscheidungen treffen können oder nicht (GERSTENMAIER & MANDL 2000, 312). Da in (arbeits-) psychologischen Studien zunehmend physiologische Messungen als Teil der Erhebungsdesigns verwendet werden, scheint eine Positionierung hier im Interesse der Anschlussfähigkeit als notwendig. Den Diskussionen, unabhängig davon, ob sie nun in der Hirnforschung oder im philosophischen Diskurs anzusiedeln sind, ist gemein, dass sie auf bestimmten Grundannahmen aufbauen, die sich derzeit der Erfahrung entziehen – eine Einigung hinsichtlich einer „wahren“ Position erscheint somit nicht möglich. Daher wird hier auf eine entsprechende Aufarbeitung verzichtet, da sie nicht als zielführend eingeschätzt wird. Stattdessen wird unter Berufung auf ein kantianisches Menschenbild unterstellt, dass Vernunft und Verstand zwei Anlagen sind, über die jeder Mensch verfügt (siehe z.B. KANT 2012, 21) – somit ist es Menschen möglich, sich für oder gegen Handlungen zu entscheiden und auch zu erkennen, ob diese moralisch gut oder schlecht sind. Diese Grundannahme folgt einer langen pädagogischen Tradition. Sie fanden beispielsweise auch Eingang in das Werk PESTALOZZIS, der zum Verhältnis zwischen Trieben und freien Handlungen schreibt: „Die Begriffe von Recht und Unrecht enthüllen sich durch den Einfluß der Handlungen freier Wesen auf die Befriedigung unserer Naturtriebe“ (PESTALOZZI 1983, 46) – Es ist demnach also möglich, zwischen Recht und Unrecht zu unterscheiden, was die Möglichkeit der Entscheidung für oder gegen verschiedene Handlungsoptionen voraussetzt.

In Abgrenzung zu Handlungen sind Tätigkeiten laut HACKER und SACHSE (2014, 35) „Vorgänge, mit denen Menschen Aufträge erfüllen.“ Dabei werden von den Autoren (ebd.) die Begriffe „Auftrag“ und „Aufgabe“ synonym verwendet. Aufträge implizieren, dass

Veränderungen an Gegenständen oder Menschen vorgenommen werden sollen und legen grundsätzlich Antworten auf folgende Fragen fest (ebd.):

- An welchen Gegenständen oder welchen Klienten sollen Veränderungen vorgenommen werden?
- Welche Veränderungen sollen daran ausgeführt werden?
- Wie sollen sie ausgeführt werden, also unter welchen Bedingungen, mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen?
- Wer soll diese Veränderungen vornehmen?

Ein Sonderfall, auf den sich die weiteren Betrachtungen der vorliegenden Dissertation beschränken, sind Arbeitstätigkeiten. Eine Arbeitstätigkeit kann dadurch charakterisiert werden, dass sie (ebd., 32f.):

- als Gesamttätigkeit bewusst und zielgerichtet ist (z.B. Beziehen eines Betts), zugleich aber nicht bewusste und/oder nicht zielgerichtete Anteile enthält, wie etwa das Einnehmen einer gewohnten Körperhaltung bei dem Beziehen des Betts).
- auf das Erreichen eines Ergebnisses ausgelegt ist, das durch einen zugrundeliegenden Arbeitsauftrag definiert wird.
- willentlich auf das Erreichen des Ergebnisses hin reguliert wird.
- bei der Ausführung zur Veränderung der psychischen Dispositionen der ausführenden Person führt.
- in wesentlichem Maße durch die gesellschaftliche Arbeitsteilung bestimmt ist. Damit ist gemeint, dass das Ergebnis des Arbeitsauftrags nicht primär der Erfüllung der Grundbedürfnisse des Arbeitenden dient, sondern auf eine indirekte, durch Geld vermittelte Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet ist.

Handlungen können als zielgerichtete und bewusste Teile von (Arbeits-)Tätigkeiten betrachtet werden, wobei Tätigkeiten auch unbewusste Anteile enthalten, was in Kapitel 4.2.3 nochmals aufgegriffen wird, wenn Kompetenzentwicklung durch das Ausführen von Tätigkeiten bzw. durch das Lösen von Problemen thematisiert wird.

### **3.1.2 Ein handlungsorientierter Zugang zum Erziehungsbegriff**

Aufbauend auf dem Verständnis von Handlungen, das im letzten Kapitel dargestellt wurde, soll hier ein handlungsorientierter Erziehungsbegriff hergeleitet werden, um später den Begriff der Berufserziehung einführen zu können. Ferner wird in Abgrenzung dazu der Bildungsbegriff sowie dessen Verhältnis zum Erziehungsbegriff erläutert, da in der Literatur diese beiden

Begriffe teilweise synonym verwendet werden (HEID 2002, 44). Eine solche Gleichsetzung beider Termini würde allerdings im Zuge der hier angestrebten interpersonalen Betrachtung die Möglichkeiten einschränken, das Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung von Erziehung und Bildung zu beschreiben. Aufgrund der wissenschaftstheoretischen Verortung dieser Arbeit wird im Folgenden darauf geachtet, normative und deskriptive Aspekte der Begrifflichkeiten nicht zu vermengen, auch wenn sich eine solche Vermischung gerade im Umgang mit dem Bildungsbegriff nicht selten in der einschlägigen Literatur feststellen lässt (JUNGKUNZ 1995, 95).

Unter diesen Gesichtspunkten scheint folgende Definition von BENNER (2015, 483) hilfreich, der den Begriff der Bildung als "... gegenstands- und sachbezogene Lernprozesse und diesen zugrunde liegenden Wechselwirkungen von Mensch und Welt, für die es keine isolierte pädagogische Verantwortung gibt" umschreibt. „Keine isolierte pädagogische Verantwortung“ wird hier nicht wertend, sondern als Beschreibung dafür verstanden, dass Bildungsprozesse nicht zwangsläufig auf erfolgte oder ausbleibende Handlungen anderer Personen zurückzuführen sind. Deutlicher wird dies durch die Abgrenzung zum Erziehungsbegriff, der hier unter Rückgriff auf BREZINKA (1990, 95) folgendermaßen aufgefasst wird: „Unter Erziehung werden Handlungen verstanden, durch die Menschen versuchen, das Gefüge der psychischen Dispositionen anderer Menschen in irgendeiner Hinsicht dauerhaft zu verbessern oder seine als wertvoll beurteilten Bestandteile zu erhalten oder die Entstehung von Dispositionen, die als schlecht bewertet werden, zu verhüten.“

Diese beiden Begriffe unterscheiden sich primär durch ihre Perspektive: Der Fokus des Erziehungsbegriffs liegt auf dem erziehenden Individuum, während der Bildungsbegriff das lernende Subjekt adressiert. Ferner setzt Erziehung durch die Charakterisierung als Handlung Intentionalität in Form von bewussten Erziehungszielen voraus und kann scheitern (vgl. Kapitel 3.1.1). Dies ist der Fall, wenn die zugrundeliegenden Erziehungsziele nicht oder nicht vollständig realisiert werden. Bildung hingegen kann aus Sicht dieser Arbeit lediglich scheitern, wenn Ziele festgelegt werden, was nicht zwangsläufig der Fall sein muss. Die Verbindung zwischen beiden Konstrukten könnte man mit BENNER (2015, 483f.) so charakterisieren, dass Erziehung intendiert, Bildungsprozesse anzustoßen. Für die erziehende Person ergibt sich jedoch daraus die Schwierigkeit, dass sie nicht vorab sicherstellen kann, dass ihr Erziehungshandeln auch bildende Wirkung hat, da sich das adressierte Subjekt dagegen entscheiden kann (SEMBILL 1995, 128). Es ist zudem denkbar, dass Bildung auch ohne Erziehung stattfindet (THENORT 2006, 16f.). So könnte beispielsweise ein Berufsschüler, der bestimmte Inhalte der Berufsschule als

unwichtig für sich einschätzt, sich weigern, diese zu erlernen. Gleichzeitig könnte er sich aus eigenem Antrieb entscheiden, eine Fremdsprache zu erlernen (= Bildung), ohne dass dies durch eine andere Person bewusst im Sinne eines Erziehungsprozesses intendiert sein muss.

Wenn nun eine erziehende Person, wie eben argumentiert, nicht sicherstellen kann, dass ihr Handeln Bildungsprozesse anstößt, wie kann sie dann feststellen, ob ein bestimmter Lerngegenstand bildend ist? BENNER (2015, 483) argumentiert hier, dass die bildende Wirkung eines Gegenstands daran zu erkennen ist, dass er deren Adressaten neue Erfahrungen ermöglicht, die dazu führen, dass sie selbständig weiterlernen und somit letztlich unabhängig von Erziehung werden. Dies ist zwar eine normative Aussage, allerdings ist es aus einem kritisch rationalen Paradigma heraus erforderlich, Erziehungs- und/oder Bildungsziele zu explizieren, damit überprüfbar wird, inwiefern diese durch bestimmte Maßnahmen erreicht oder nicht erreicht werden bzw. welche sonstigen Einflüsse dabei eine Rolle spielen (BREZINKA 1978, 104). Eine empirische Überprüfung, ob Erziehungs- oder Bildungsziele erfüllt werden, ist dadurch nur im Nachhinein möglich. Daher macht es Sinn solche Erziehungsziele zu wählen, bei denen a priori auf Basis theoretischer Annahmen davon ausgegangen werden kann, dass sie bildend sind. Aus Sicht der vorliegenden Arbeit trifft dies auf Ziele der Berufserziehung zu, die per Definition intendieren, berufliche Bildungsprozesse anzustoßen.

### **3.1.3 Berufserziehung und berufliche Bildung**

Die Leitidee der beruflichen Bildung liegt laut WITTMANN (2009, 365ff.) der Herausbildung beruflicher Schulen inklusive beruflicher Vollzeitschulen zugrunde. Der Kerngedanke besteht darin, junge Menschen über den Erwerb eines Berufs in die Gesellschaft zu integrieren. Hier wird die Ansicht vertreten, dass dies trotz unterschiedlicher geschichtlicher Wurzeln auch auf Berufsfachschulen für Pflege übertragbar ist, da auch deren Aufgabe darin besteht, den Erwerb eines Berufs zu ermöglichen, was untrennbar mit dem Berufsbegriff und dementsprechend mit den damit einhergehenden normativen Implikationen verbunden ist. Ferner erscheint es plausibel, dass die Relevanz der beruflichen Bildung als Leitvorstellung sich nicht nur auf schulische, sondern auch auf betriebliche Lernorte erstreckt. Dies wird in diesem Kapitel am Berufsbegriff verdeutlicht, dessen normativer Gehalt Ausgangspunkt für die Abgrenzung von „Beruflicher Bildung“ gegenüber anderer Zielvorstellungen ist, die mit dem Bildungsbegriff verwoben sind (KELL 2015, 2f.). Dabei wird auf den Begriff der Berufserziehung und auf dessen Verhältnis zum Begriff der beruflichen Bildung eingegangen, um so an die Argumentation des letzten Kapitels anzuschließen.

Es existiert eine große Anzahl an Berufsdefinitionen, die teilweise erheblich voneinander abweichen. Wesentliche Gründe für diese Heterogenität stellen einerseits die historische Entwicklung von Berufen dar, sowie die unterschiedlichen Perspektiven, mit denen sie untersucht werden (PAHL 2013, 17; SCHURER 2013, 29f.). KUTSCHA (2008, 2) versteht unter einem Beruf: „...ein an gesellschaftlich legitimierten Wissens- und Qualifikationsstandards bezogenes Muster von Arbeitsfähigkeiten (Arbeitskraftmuster) ..., das durch eine rollen-typische Kombination von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten gekennzeichnet und an der Erwartung orientiert ist, Erwerbchancen wahrnehmen zu können.“ Diese Definition wird hier deshalb zugrunde gelegt, da sie gerade vor dem Hintergrund sich wandelnder Berufsbilder als aussagekräftig eingeschätzt wird. So erfordern Muster von Arbeitsfähigkeiten demnach gesellschaftliche Legitimation, um einen Beruf zu konstituieren – sie müssen also normativen Erwartungen entsprechen, über deren Gültigkeit ein hinreichender Konsens besteht. Diese Vorstellung erscheint auch schlüssig vor dem Hintergrund der historischen Entstehung von Berufen im heutigen Sinne. Diese kann auf technologische und damit einhergehende gesellschaftliche Entwicklungen zurückgeführt werden und führte zu einer funktionalen Ausdifferenzierung von Einzelberufen (PAHL 2012, 188f.). Dies unterstreicht die Bedeutung der eben thematisierte Rolle der gesellschaftlichen Akzeptanz. Diese Veränderung von Berufsbildern ist jedoch seit den 1970er Jahren Ursprung für Kritik am Berufsprinzip. So wird moniert, dies sei zu statisch, um in einer dynamischen Gesellschaft mit schnell wechselnden Anforderungen Ausgangspunkt für (Ausbildungs-)Prozesse zu sein. Außerdem wird auch das Verhältnis zwischen beruflicher Qualifizierung und der in der jüngeren Zeit öfter - teilweise konkurrierend zum Berufskonzept - angeführten „Employability“ kritisch betrachtet (ROSENDAHL & WAHLE 2012, 26ff.). Dabei bezieht sich das Konstrukt der Employability insbesondere auf Anforderungen des Arbeitsmarktes insgesamt und von einzelnen Betrieben an das Individuum, damit dieser Erwerbsfähigkeit zugestanden wird (KRAUS 2006, 263), während das Konstrukt „Beruf“ typischerweise individuelle und gesellschaftliche Erwartungen miteinander verbindet (ZABECK 2009, 4). Trotz aller Kritik und der schwierigen Definierbarkeit von Beruf spielt das Berufsprinzip und somit der Berufsbegriff aktuell weiterhin eine zentrale, prägende Rolle in der soziologischen sowie der berufs- und wirtschaftspädagogischen Diskussion (HELLWIG 2008, 251). Aufgrund dieses Konsenses wird damit hier am Berufsgedanken festgehalten. Dieser findet sich im bereits angesprochenen normativen Muster „Berufliche Bildung“ in einem Spannungsverhältnis zwischen Lernen und Arbeiten wieder, was KELL (2015, 15) folgendermaßen umschreibt: „Nach dem Berufsprinzip sollten Lernen und Arbeiten so vermittelt werden, dass – je nach dem erreichten persönlichen Entwicklungsstand – die Berufspersönlichkeit eine eigene Position gewinnen kann in der



Spannung von ‚Ich lerne (lebe), um zu arbeiten‘ und ‚Ich arbeite, um lernen (und leben) zu können‘.“ Anhand dieser Ausführungen lässt sich auch eine die Reichweite der normativen Leitvorstellung „Berufliche Bildung“ auf betriebliche Lernorte in einem berufsförmig strukturierten Wirtschaftssystem begründen. So können Lernprozesse am Arbeitsplatz ebenfalls Teil des Berufserwerbs und somit der Integration in die Gesellschaft sein, z.B. im Rahmen einer dualen Ausbildung. Darüber hinaus wird angesichts der bereits thematisierten Rolle sich wandelnder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen auf Berufe nicht angenommen, dass der Erwerb eines Berufs nach dem Ende des Besuchs beruflicher Schulen abgeschlossen wäre. Folglich wird hier die Gültigkeit der Leitvorstellung „Berufliche Bildung“ auch für betriebliche Bildungsprozesse angenommen, die nicht allein auf Anforderungen eines spezifischen Betriebs abzielen.

Unter Berufserziehung werden hier in Analogie zum Erziehungsbegriff nach BREZINKA (1990, 95; siehe letztes Kapitel) Handlungen verstanden, durch die Menschen versuchen, das Gefüge der psychischen Dispositionen, die zur Ausübung eines Berufs erforderlich sind, dauerhaft zu verbessern oder zu erhalten. Nicht unter Berufserziehung subsumiert wird in diesem Zusammenhang die Vorbereitung auf Anforderungen, die nur in einem spezifischen Betrieb anfallen. Berufserziehung beinhaltet laut der hier vertretenen Auffassung durch den Aspekt der dauerhaften Verbesserung psychischer Dispositionen letztlich das Anstoßen von Bildungsprozessen und zwar beruflicher Bildungsprozesse.

#### **3.1.4 Betriebliches Bildungspersonal**

SEVERING und KREMER (2012, 5) zählen als Teil des Bildungspersonals Lehrerinnen/Lehrer, hautamtliche Ausbilder/innen, ausbildende Fachkräfte, Trainer/innen, Dozent/innen in der beruflichen Weiterbildung und noch einige andere Personengruppen auf. Dementsprechend werden hier unter „beruflichem Bildungspersonal“ sämtliche Personen angesehen, deren berufliche Aufgabe im Anstoßen beruflicher Bildungsprozesse und somit in Berufserziehung besteht. Um den Kreis der Adressaten der vorliegenden Arbeit zu präzisieren erscheint hier eine Trennung zwischen schulischem und nichtschulischem beruflichem Bildungspersonal (WITTWER 2006, 401) als zielführend. Diskutierbar ist, inwiefern die Aufgabe nichtschulischen beruflichen Bildungspersonals tatsächlich in der Förderung beruflicher Bildung besteht oder inwiefern betriebspezifische Bildungsaufgaben im Vordergrund stehen. Hier wird angenommen, dass eine klare Trennung zwischen beruflichen und betriebspezifischen Bildungsaufgaben schwierig ist, da viele Lerngegenstände für einen spezifischen ausbildenden Betrieb relevant, zugleich aber

auch hilfreich für die Bewältigung von Anforderungen anderer Betriebe innerhalb des gleichen Berufsfelds sein dürften.

Präziser scheint aufgrund dieser begrifflichen Unschärfen hier der Terminus „Betrieblichen Bildungspersonals“ zu sein, wie er z.B. im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen auch von KAUFHOLD und WEYLAND (2015, 1ff.) gebraucht wird. Dementsprechend wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit auch das betriebliche Bildungspersonal in der Pflege adressiert. Darunter werden sämtliche Personen zusammengefasst, die an betrieblichen Arbeitsplätzen durch erzieherische Aufgaben betriebliche Bildungsprozesse anstoßen, die hier unter den oben genannten Bedingungen mit beruflichen Bildungsprozessen gleichgesetzt werden. Diese Definition wurde gewählt, um sämtliche Personen zu erfassen, die tatsächlich an der (Aus-)Bildung am Arbeitsplatz beteiligt sind, denn sie setzt einerseits keine hauptamtliche bildende Tätigkeit voraus, da in der betrieblichen Realität ein recht geringer Anteil hauptamtlicher (Aus-)bildungspersonen einer deutlich höheren Anzahl von Personen gegenüberstehen, die neben ihrer regulären Arbeit ausbildende Funktionen wahrnehmen (BAHL 2012, 24f.). Ferner existieren begriffliche Inkonsistenzen bei Bezeichnungen einzelner formaler Qualifikationsstufen, etwa zwischen Praxisanleitern und Mentoren (BLUM ET AL. 2006, 130f.). Darüber hinaus ist mit Blick auf den Humandienstleistungsbereich und spezifisch die Pflege zu beachten, dass eine große Heterogenität hinsichtlich rechtlicher Voraussetzungen und Rahmenbedingungen (aus-)bildender Personen existiert (KAUFHOLD & WEYLAND 2015, 5f.). Deshalb war es hier wichtig, eine Definition zu wählen, die nicht auf eine spezifische formale Qualifikation abstellt. Dementsprechend wird hier begrifflich auch keine Unterscheidung zwischen akademisch und nichtakademisch ausgebildetem Bildungspersonal vorgenommen, was auch dem Umstand geschuldet ist, dass die Frage der erforderlichen Voraussetzungen einzelner Bildungspersonen zur Förderung professioneller Handlungskompetenz nicht im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht.

### **3.1.5 Zwischenfazit**

Im letzten Kapitel wurde Handeln als bewusstes, zielgerichtetes Verhalten bestimmt. Handlungen stellen somit einen Teil von Arbeitstätigkeiten dar, die als Erfüllung von Arbeitsaufträgen bestimmt werden können. Aufbauend auf dem Erziehungs- und Bildungsbegriff wurde Berufserziehung als dauerhafte Verbesserung psychischer Dispositionen zur Ausübung eines Berufs definiert. Berufserziehung soll berufliche Bildungsprozesse anstoßen, die zu wachsender Unabhängigkeit von Berufserziehung führen. Aufgrund der Annahme, dass in der Pflege Aufgaben, die Bildungsprozesse anstoßen kaum betriebsspezifisch, sondern eher betriebsübergreifend sein dürften, werden im Weiteren die Begriffe Berufs- und Betriebserziehung synonym

verwendet. Das betriebliche Bildungspersonal wird hier über seine Aufgabe definiert, dem Anstoßen betrieblicher Bildungsprozesse.

### **3.2 Professionelles Handeln als Weg zur Professionalisierung der Pflege**

Im letzten Kapitel erfolgte die Definition von betrieblichem Bildungspersonal als Zielgruppe weitgehend berufsunspezifisch. Allerdings kann je nach Beruf die Zielvorstellung dahingehend abweichen, welche konkreten psychischen Dispositionen mehrheitlich als förderungsbedürftig durch das berufliche bzw. das betriebliche Bildungspersonals angesehen werden. Daher richtet dieses Kapitel den Fokus auf eine Vorstellung pflegerischen Handelns, über deren Erwünschtheit in der pflegebezogenen Literatur ein recht breiter Konsens feststellbar ist: das professionelle Handeln. Für das Verständnis dazu erscheint es sinnvoll, sich mit einigen Spezifika des Krankenpflegeberufs zu beschäftigen (Kapitel 3.2.1), um, darauf aufbauend, das Konzept des professionellen Handelns vorzustellen (Kapitel 3.2.2). Zudem wird das Evidence-based-Nursing (Kapitel 3.2.3) thematisiert, da es hilfreich erscheint, um professionelles Handeln in der Pflege noch stärker zu konkretisieren. Da das Ziel des professionellen Handelns in der Professionalisierung des Pflegeberufs besteht, wird auf die Entberuflichungs- bzw. Professionalisierungsdebatte eingegangen (Kapitel 3.2.4). Im Anschluss daran erfolgt die Vorstellung einschlägiger Befunde zur Verbreitung professionellen Handelns in der pflegerischen Praxis (Kapitel 3.2.5).

#### **3.2.1 Spezifika des Krankenpflegeberufs bezüglich der beruflichen Bildung**

In diesem Kapitel werden Spezifika des Krankenpflegeberufs anhand der exemplarischen Darstellung zweier häufig in der Literatur thematisierter Besonderheiten herausgearbeitet aus denen sich normative Implikationen für eine einschlägige berufliche Bildung und somit für Ziele des betrieblichen Bildungspersonals ergeben.

Definitionen, was Pflegeberufe sind oder was einzelne Pflegeberufe, wie den Krankenpflegeberuf ausmacht, sind rar. REMMERS (2010, 43) führt den Begriff der „beruflichen Pflege“ ein, die er folgendermaßen beschreibt: „Pflege versteht sich als eine Dienstleistung der Hilfe von Menschen, die bedingt durch Krankheiten, Leiden oder Gebrechen Einschränkungen erleben, die bis hin zum Verlust ihrer bio-psycho-sozialen Identität reichen können.“ Er (ebd.) führt ferner aus: „Ihren originalen Merkmalen nach versteht sich ... Pflege als unterstützende Arbeit beim Erwerb, bei der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung körperlich-seelischer Integrität.“ In Anlehnung daran wird unter Krankenpflege hier eine berufliche Pflege verstanden, die in Krankenhäusern stattfindet. Diese Definition trägt dem Umstand Rechnung, dass Absolventinnen und Absolventen unterschiedlicher Pflegeberufe berufliche Pflege im Krankenhaus

ausüben, was möglicherweise durch die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung (BUNDESREGIERUNG 2017, o.S.) noch zunehmen wird. Daher wurde hier bewusst keine formale Qualifikation als Bestandteil der Definition einbezogen. Für das weitere Verständnis der vorliegenden Arbeit ist es zudem wichtig zu beachten, dass sich sämtliche weitere Ausführungen auf somatische Krankenhäuser beschränken, da die Psychiatriepflege Besonderheiten aufweist (siehe z.B. ULATOWSKI 2016 ET PASSIM).

Legt man die obengenannte Definition REMMERS zugrunde, ist es charakteristisch für Pflegeberufe, dass die Existenz von Defiziten in der körperlich-seelischen Integrität des pflegebedürftigen Menschen dafür konstituierend ist, ob Pflege stattfinden soll oder nicht. Da jedoch für Pflegepersonen der Status der körperlich-seelischen Integrität von anderen Menschen nicht unmittelbar beobachtbar und nicht immer durch pflegebedürftige Personen verbalisierbar ist (z.B. bei Patientinnen/Patienten mit Sprachstörungen), muss sie grundsätzlich antizipiert werden. Diese Antizipation kann erfolgen, indem die Pflegeperson sich in die Rolle der pflegebedürftigen Person hineinversetzt. Dies wurde von HÜLSKEN-GIESLER (2008, 99ff.) ausführlich unter dem Begriff der „Mimesis“ beschrieben, die er aus einem anthropologisch geprägten Blickwinkel heraus grundsätzlich als apriorisch vorhandene Fähigkeit von Menschen charakterisiert. Von anderen Berufen, in deren Mittelpunkt zwischenmenschliche Interaktionen stehen, ließe sich eine pflegerische Mimesis am ehesten dadurch abgrenzen, dass sie sich aus dem Medium des Körpers bzw. des „Leibes“ heraus ergibt (ebd., 63ff.). Dahingehend wird der Autor hier so verstanden, dass es für eine Person deshalb möglich ist, sich in eine andere Person hineinzusetzen und deren Bedürfnisse z.B. aufgrund körperlicher Einschränkungen zu antizipieren, weil erstere selbst eine Person ist, die einen Körper besitzt und sich dessen bewusst ist. Die Förderung der Mimesis (angehender) Pflegenden, so legen die Ausführungen HÜLSKEN-GIESLERS nahe, könnte als pflegespezifisches Bildungsziel betrachtet werden.

Die zweite Besonderheit von Pflegeberufen betrifft die unklare Abgrenzung des pflegerischen Tätigkeitsspielraums. So sind in den einschlägigen Berufsgesetzen keine Tätigkeitsvorbehalte definiert (BOLLINGER, GERLACH & GREWE 2006, 76). Ebenso ist die Arbeitsteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal unklar (ebd.). Einen Erklärungsansatz hierfür liefert die Geschichte der Verberuflichung der Krankenpflege. Auslöser des Wandels vorberuflicher Tätigkeiten zur Entstehung des Krankenpflegeberufs war laut WOLFF und WOLFF (2011, 183), dass aus Sicht der Ärzteschaft zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Folge von Neuerungen in der Medizin und aufgrund von Standesinteressen die bis dato vorherrschende Anleitung von „Novizen“ nicht mehr ausreichte. Dies führte dazu, dass zunehmend eine systematische Ausbildung

an Krankenpflegeschulen gefordert wurde. Somit hat die Ärzteschaft die Verberuflichung der Krankenpflege angestoßen, zeigte jedoch, historisch gesehen, genau wie staatliche Gremien, durchgehend kein Interesse an der Entstehung eines Krankenpflegeberufs mit exklusiven, eigenen Tätigkeitsbereichen (SCHWEIKARDT 2008, 267ff.). Diese Situation lässt es denkbar erscheinen, dass Tätigkeiten, die aktuell von Pflegepersonen ausgeführt werden, bei Bedarf auch von anderen Personen durchgeführt werden, z.B. um Personalkosten zu verringern, was auch in Kapitel 3.2.4 dieser Arbeit noch näher aufgegriffen wird. Vorweggenommen an dieser Stelle sei, dass dies nach dem Berufsverständnis dieser Arbeit zu einer Erosion und im extremen Fall zu einer Art „Entberuflichung“ des Pflegeberufs führen könnte, was das übergeordnete Ziel einer Integration in die Gesellschaft durch den Erwerb eines Berufs WITTMANN (2009, 365ff.) gefährden würde. Daher ergibt sich für eine berufliche Bildung in Pflegeberufen die Frage, wie dies zu verhindern ist. Die Antwort darauf erfordert eine Vorstellung, wie sich Pflege als Beruf entwickeln kann, um der Gefahr einer Erosion zu entgehen.

### **3.2.2 Professionelles Handeln in Pflegeberufen aus strukturtheoretischer Sicht**

Im letzten Kapitel wurden exemplarisch zwei Besonderheiten von Pflegeberufen thematisiert, die Implikationen auf eine einschlägige berufliche Bildung aufweisen. Aufbauend darauf wird nun unter Bezugnahme auf die Professionalisierungsdebatte das Konzept des professionellen Handelns in der Pflege vorgestellt, das als konsensfähige „Idealvorstellung“ pflegerischen Handelns betrachtet werden kann.

Wie bereits in Kapitel 3.1.3 beschrieben, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass Muster von Arbeitstätigkeiten und damit verbundene Fähigkeiten, die gesellschaftlich über eine bestimmte Anerkennung verfügen, Berufe konstituieren können. Diese können dann, so die verbreitete Annahme, zu Professionen werden (SCHWEIKHARDT 2008, 13). Was eine Profession ausmacht und unter welchen Umständen ein Beruf zur Profession wird, ist umstritten (BOLLINGER, GERLACH & PFADENHAUER 2008, 9). Ein Ansatz, sich diesen Fragen anzunähern, wäre eine Auflistung jener Merkmale, die einen Beruf zur Profession machen, um daraus entsprechende normative Ziele ableiten zu können. Solche Merkmallisten existieren schon seit längerem. So legt bereits HESSE (1969, 46f.) eine Liste diverser, durchaus heterogener Professionsmerkmale aus verschiedenen englischsprachigen Quellen vor. Ein etwas aktuelleres Beispiel ist die folgende Aufzählung von KURTZ (2002, 49):

- Es existiert ein Berufsverband, in dem die Berufsangehörigen sich selbst organisieren.
- Es existiert eine Berufsethik für die Ausübung der Profession.

- Die Profession verfügt über eine besondere Wissensbasis (i.d.R. durch Ansiedlung der Ausbildung an Hochschulen).
- Die Lehrenden (meist die Hochschullehrer) sind selbst Angehörige der Profession.
- Die Ausübung der Profession ist ein Dienst an der Allgemeinheit (z.B. Heilung von Kranken).
- Die Professionellen besitzen ein „Handlungskompetenzmonopol“. Ihnen wird also als einziger Gruppe zugetraut, dass sie ihre spezifischen beruflichen Aufgaben erfüllen.

Solche Kriterienkataloge stellen sich jedoch gerade zur Beantwortung der Frage, wie sich ein Beruf zur Profession wandeln kann, als unbefriedigend heraus, da die Rolle des praktizierten beruflichen Handelns vernachlässigt wird (DEWE 2006, 24). Als Folge wird auf diesen Ansatz in neueren Publikationen nur noch selten Bezug genommen. Im Gegensatz dazu liegt der Fokus der jüngeren Professionalisierungsdebatte bezüglich nichtärztlicher Gesundheitsberufe im deutschsprachigen Raum auf dem beruflichen Handeln (BOLLINGER, GERLACH & PFADENHAUER 2008, 10). In der einschlägigen Literatur sind insbesondere solche Ansätze verbreitet, die auf der Strukturtheorie OEVERMANNs aufbauen (z.B. BARTHOLOMEYCZIK 2010, 134ff.; DARMANN-FINCK 2013, 11ff.; WEIDNER 1995, 48ff.). KURTZ (2002, 54, Markierung JK) fasst den zentralen Gedanken der Strukturtheorie prägnant zusammen: „Die professionell Handelnden müssen in ihrer Berufspraxis über eine Verknüpfung von *generalisiertem Regelwissen* und hermeneutischem Fallverstehen die Strukturprobleme der Lebenspraxis ihrer Klienten ‘stellvertretend deuten‘.“

Auf den Wissensbegriff wird in Kapitel 4 noch näher eingegangen. Vorweggenommen sei an dieser Stelle jedoch, dass der Begriff des „generalisiertes Regelwissens“ hier nicht als Wissen über Regeln im Sinne von Normen, sondern als „wissenschaftlich gestützte Wissensbasis“ (DARMANN-FINCK 2013, 14) und somit als Wissen über wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege aufgefasst wird.

Übertragen auf die Pflege ist es explizit nicht Ziel professionellen Handelns, dem Patienten Handlungen abzunehmen, weil die professionell pflegende Person diese vermeintlich besser ausführen kann (z.B. die Körperpflege), vielmehr soll die Autonomie des Patienten gewahrt oder ausgeweitet werden: So schreibt OEVERMANN (2002, 27): „Es kommt dabei über die Operation des Fallverstehens hinausgehend hinzu, daß (sic!) in der prinzipiell den Klienten in Abhängigkeit bringenden Asymmetrie der Intervention dessen Autonomie - bestehend in seinen `gesunden` bzw. autonomen Anteilen - respektiert und in bindender Selbstverantwortlichkeit beteiligt werden muß (sic!), da eine Intervention nur erfolgreich sein kann, wenn es ihr gelingt,

die Selbstheilungskräfte der zu behandelnden Personen maximal zu wecken.“ Die Konsequenz daraus ist, dass die Ressourcen des Patienten bei der Planung der pflegerischen Handlungen zu berücksichtigen sind und die Patienten hinsichtlich der Erhaltung und Ausweitung ihrer Autonomie beraten werden sollen (DARMANN-FINCK 2013, 13f.). Ein Defizit der OEVERMANNschen Überlegungen besteht in der schwierigen empirischen Überprüfbarkeit ihrer Handlungsmaxime (DEWE 2006, 29f.): So kann die Pflegeperson selbst oder ein Beobachter nur schwer feststellen, ob der Fall im Sinne des Klienten verstanden wurde bzw. dessen Ressourcen optimal genutzt wurden. Ein großer Vorteil des Zugangs liegt in der Möglichkeit, Entwicklungsprozesse der Professionalisierung zu beschreiben, worauf in Kapitel 4 noch ausführlich eingegangen wird. Dabei wird unterstellt, dass die Voraussetzungen, professionell handeln zu können, sich dadurch verbessern, dass generalisierbares Regelwissen auf konkrete pflegerische Situationen übertragen und dabei die Autonomie pflegebedürftiger Personen bestmöglich gewahrt wird (WALTER 2015, 6ff.). Hier zeigen sich auch wesentliche Parallelen zu Ansätzen berufs- und wirtschaftspädagogischer Theoriebildung zu der Frage, wie professionelles Handeln, insbesondere mit Blick auf Lehrpersonen, gefördert werden kann (z.B. WITTMANN & WEYLAND 2011, 25). Nach diesem Verständnis ist ein hinreichender Bestand wissenschaftlicher Befunde, die Zusammenhänge, Wirkungen und Bedingungen pflegerischen Handelns adressieren, Voraussetzung für die Realisierung eines professionellen Pflegehandelns in der Pflege (HUTWELKER 2008, 157f.).

### **3.2.3 Evidence-based-Nursing**

Im letzten Kapitel wurde die strukturtheoretisch geprägte Professionalisierungsdebatte in Hinblick auf eine normative Vorstellung thematisiert, wie sich Pflegeberufe entwickeln sollten, um spezifischen Anforderungen einer einschlägigen beruflichen Bildung gerecht zu werden. Dabei wurde die Bedeutung generalisierbaren Regelwissens herausgestellt, das auf konkrete Situationen übertragen werden soll. Einen ähnlichen, in der Literatur intensiv diskutierten, Ansatz verfolgt das Evidence-based-Nursing, das unter anderem Anhaltspunkte dafür liefert, wann Aussagen als generalisierbar gelten können und wann nicht. Daher wird es in diesem Kapitel näher betrachtet.

„Evidence-based-Nursing“ baut auf dem Konzept der evidenzbasierten Medizin auf, die maßgeblich durch SACKETT ET AL (1999) geprägt wurde, und wird von BEHRENS und LANGER (2004, 21) folgendermaßen definiert: „Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden.“ Evidenz wäre demnach ein überprüfbarer „Beweis“

im Sinne überprüfbarer Aussagen (ebd., 51f.). Daher werden empirisch überprüfte Aussagen präferiert (BEHRENS 2014, 157ff.), wenn auch der Erkenntnisgewinn durch eine Verbindung empirischer Befunde mit interpretativ-hermeneutischen Ansätzen betont wird (BEHRENS 2008, o.S.). Dementsprechend sind aus der Idee des Evidence-based Nursing insbesondere empirisch geprägte Studien entstanden (z.B. SCHÄFFER, BEHRENS & GÖRRES 2008 et passim).

Diese Präferenz empirischer Methoden ist Gegenstand der Kritik am Evidence-based Nursing. So wirft FRIESACHER den Anhängern des Evidence-based Nursings eine eingeschränkte Sichtweise durch eine mangelnde Hinterfragung der Rahmenbedingungen von Pflege vor: „Ohne eine kritische, und das heißt gesellschaftskritische, Komponente kann Pflegewissenschaft nur affirmativ sein. Ein lediglich technisches und praktisches Erkenntnisinteresse, wie bisher von Vertretern der Evidenzbasierung vertreten, reicht für eine Professionalisierung der Pflege nicht aus.“ (FRIESACHER 2009, o.S.). Diese Kritik wird hier als Teil einer Auseinandersetzung zwischen zweier miteinander unvereinbarer wissenschaftstheoretischer Grundpositionen verstanden: FRIESACHER argumentiert aus einer kritisch-theoretischen Grundposition heraus (siehe dazu auch FRIESACHER 2008, 333f.), was an der Bewertung des Ziels eines Erkenntnisinteresses heraus („...lediglich technisches und praktisches Erkenntnisinteresses...“) deutlich wird. Dieser Kritik kann aus Sicht eines kritisch-rationalen Wissenschaftsverständnisses nicht gefolgt werden, da dieses eine getrennte Betrachtung normativer und deskriptiver Aussagen vorsieht. Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben, werden in dieser Arbeit solche grundsätzlichen Auseinandersetzungen zwischen unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Positionen als unauflösbar und somit als unproduktiv betrachtet. Stattdessen wird anstelle eines Paradigmenstreits ein Nebeneinander unterschiedlicher Paradigmen präferiert, da die jeweiligen Grundannahmen nicht widerlegbar sind und sich zugleich als geschlossene Gebilde gegenüberstehen.

Neben der Verwendung überprüfbarer Aussagen zur Fundierung pflegerischen Handelns besteht ein weiteres Ziel des Evidence-based Nursing in „Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis“ der pflegebedürftigen Personen (BEHRENS 2008, 119f.). Dies wird hier so aufgefasst, dass die Pflegeperson den Willen des Patienten nachvollziehen und danach handeln soll. Standardisierte Abläufe, die dem entgegenlaufen, werden in dieser Arbeit explizit abgelehnt. Eine idealtypische Umsetzung des Konzepts in Form pflegerischen Handelns beschreiben BEHRENS und LANGER (2004, 36f.) prozesshaft in sechs Schritten:

- Mit dem Patienten werden gemeinsam die Ziele der Pflege festgelegt.



- Unklarheiten werden in Form von Fragen expliziert, die so formuliert sind, dass sie eindeutig zu beantworten sind, z.B. ob eine bestimmte Pflegemaßnahme zur Erfüllung der gemeinsam festgelegten Pflegeziele sinnvoll ist.
- Es werden wissenschaftliche Aussagen zusammengetragen, die zur Beantwortung der Fragen beitragen.
- Die Aussagen werden unter den Aspekten der Glaubwürdigkeit, der Aussagekraft und der Anwendbarkeit bewertet.
- Die Aussagen, die als glaubwürdig, aussagekräftig und anwendbar bewertet werden, werden in Form pflegerischen Handelns umgesetzt, um die in Schritt 1 festgelegten Ziele zu realisieren.
- Die Wirkung des pflegerischen Handelns wird auf Grundlage des Zielerreichungsgrads bewertet.

Die eben aufgezählten idealtypischen Handlungsschritte führen im Kern dazu, dass wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege die Grundlage pflegerischen Handelns bilden. Damit widerspricht das Evidence-based Nursing nicht der strukturtheoretisch geprägten Vorstellung professionellen Handelns.

### **3.2.4 Entberuflichung oder Professionalisierung**

Mit Blick auf pflegespezifische Aspekte einer beruflichen Bildung wurden in den letzten beiden Kapiteln die einschlägige, strukturtheoretisch geprägte Professionalisierungsdebatte sowie der als damit konform eingestufte Ansatz des Evidence-based Nursing vorgestellt. Im Anschluss daran stellt sich die Frage nach der Relevanz einer Professionalisierung für die Entwicklung von Pflegeberufen, der zunächst unter theoretischen Gesichtspunkten näher beleuchtet wird.

Wie in Kapitel 3.1.4 bereits vorweggenommen, erscheint es wegen des unscharf begrenzten Tätigkeitsbereichs des Krankenpflegeberufs denkbar, dass dieser im Fall einer Auslagerung von Tätigkeiten erodiert und im extremen Fall ein Entberuflichungsprozess einsetzt. Entberuflichung kann im Fall der Pflege mit „Deprofessionalisierung“ gleichgesetzt werden, die hier wiederum mit WEIDNER (1995, 320) als „Auflösungs- und Abschwächungserscheinungen“ von Professionalisierungsmerkmalen verstanden wird. Treten diese bei einem Beruf auf, so ist die erforderliche normative Anerkennung seines zugrunde liegenden Tätigkeitsbündels gefährdet. Erste Anzeichen für eine Entberuflichung sieht z.B. KÄLBLE (2008, 40) in der Zunahme Geringsqualifizierter in der Pflege. BOLLINGER und GERLACH (2008, 153ff.) vertreten die Auffassung, dass vor allem zwei Entwicklungen die Professionalität und damit die Beruflichkeit von Gesundheitsberufen gefährden: Die Entwicklung und Anwendung neuer Steuerungskonzepte

innerhalb des Gesundheitssystems und die Gesundheitsberufe selbst, insbesondere die Ärzteschaft. Zur Verdeutlichung der Aktualität dieser Entwicklung seien beispielhaft zwei Studien des Deutschen Krankenhausinstituts (a und b) angeführt, das im Wesentlichen von Vertretungen der Krankenhausträger finanziert wird:

- a) In der Studie „Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes“, wurde untersucht, inwiefern bestimmte ärztliche Aufgaben, an Pflegepersonen delegiert werden können. Dabei meint Delegation ausdrücklich: „...die angeordnete Übertragung von Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen, wobei die Tätigkeit weiterhin originärer Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung bleibt“ (DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT 2008, 6). Um dafür zeitliche Kapazitäten bei den Pflegenden zu schaffen, wird nahegelegt, dass diese „einfache Tätigkeiten“ an Hilfskräfte delegieren könnten (ebd., 145). Die Relevanz der Studie wird einerseits mit Schwierigkeiten, freie Arztstellen in Krankenhäusern zu besetzen und andererseits mit einer Verteuerung ärztlicher Arbeitskraft durch entsprechende Tarifabschlüsse begründet (ebd., 14f.).
- b) Das gleiche Institut veröffentlichte zwei Jahre später eine Studie, in der Tätigkeiten ausgebildeter Pflegepersonen identifiziert werden sollen, die delegiert werden können (DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT 2010, 5ff.). In diesem Rahmen wurde im Jahr 2009 eine repräsentative Stichprobe aus 1057 Pflegedienstleitungen aus den Bereichen Allgemeinchirurgie, Innere Medizin und Kinderheilkunde erhoben, bei denen 477 dazu Stellung nahmen, welche pflegerische Tätigkeiten sie als delegierbar an „anders qualifiziertes Personal“ einstufen. Die Hauptergebnisse sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst. (DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT 2010, 20ff.).

Tabelle 1: Delegationsfähige Tätigkeiten nach Bereichen und Fachabteilungen (Deutsches Krankenhausinstitut 2010, 26)

<b>Tätigkeit delegationsfähig</b>	<b>Allgemeinchirurgie</b>	<b>Innere Medizin</b>	<b>Kinderheilkunde</b>
<b>Körperpflege</b>	<i>12 Tätigkeiten</i>	<i>12 Tätigkeiten</i>	<i>11 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	33,3%	41,7%	18,2%
möglich	33,3%	25,0%	27,3%
<b>Summe</b>	<b>66,7%</b>	<b>66,7%</b>	<b>45,5%</b>
<b>Ernährung</b>	<i>19 Tätigkeiten</i>	<i>19 Tätigkeiten</i>	<i>19 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	47,4%	47,4%	42,1%
möglich	15,8%	26,3%	5,3%
<b>Summe</b>	<b>63,2%</b>	<b>73,7%</b>	<b>47,4%</b>
<b>Ausscheidung</b>	<i>18 Tätigkeiten</i>	<i>18 Tätigkeiten</i>	<i>17 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	22,2%	22,2%	23,5%
möglich	11,1%	11,1%	5,9%
<b>Summe</b>	<b>33,3%</b>	<b>33,3%</b>	<b>29,4%</b>
<b>Bewegung und Lagerung</b>	<i>16 Tätigkeiten</i>	<i>16 Tätigkeiten</i>	<i>16 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	25,0%	25,0%	18,8%
möglich	18,8%	12,5%	6,3%
<b>Summe</b>	<b>43,8%</b>	<b>37,5%</b>	<b>25,0%</b>
<b>Weitere Tätigkeiten</b>	<i>23 Tätigkeiten</i>	<i>21 Tätigkeiten</i>	<i>21 Tätigkeiten</i>
sehr gut möglich	52,2%	57,1%	52,4%
möglich	17,4%	19,0%	28,6%
<b>Summe</b>	<b>69,6%</b>	<b>76,2%</b>	<b>81,0%</b>

Auffällig ist die hohe Übereinstimmung hinsichtlich der Delegierbarkeit von Tätigkeiten gerade im Bereich der Körperpflege und der Ernährung. Sollten Krankenhäuser mehrheitlich den Empfehlungen der Studie folgen, um beispielsweise Personalkosten zu sparen, wäre anzunehmen, dass sich der Anteil selbständig geplanter und durchgeführter Tätigkeiten etwa im Bereich der Körperpflege hin zu weisungsgebundenen ärztlichen Assistenz Tätigkeiten verlagert. Diese könnten wiederum günstiger von z.B. medizinischen Fachangestellten ausgeführt werden. Dies würde nicht nur die Professionalisierung, sondern die Beruflichkeit des Krankenpflegeberufs in Frage stellen. Auch FRIESACHER (2008) und HÜLSKEN-GIESLER (2008) befürchten, dass sich die Pflegeberufe auf dem Weg der Deprofessionalisierung befinden. FRIESACHER (2008, 330) beklagt diesbezüglich eine „...Allgegenwart einer neuen ökonomischen Rationalität, die alle Bereiche des Sozialen und damit auch des Pflegerischen durchdringt...“. Diese gefährdet seiner Ansicht nach die Ausrichtung der Pflege an individuelle Bedürfnisse von Patienten zugunsten eines standardisierten Pflegehandelns. Dies begründet er am Beispiel von Pflegeklassifikationssystemen (ebd., 133ff.). Dies würde auch der Übertragung generalisierbaren Regelwissens auf konkrete Situationen im Sinne einer strukturtheoretischen Vorstellung professionellen Handelns entgegenlaufen, da eine Vernachlässigung der hermeneutischen Deutung einer Situation zugunsten eines vorgegebenen Musters die Folge wäre. Durchaus ähnlich argumentiert

HÜLSKEN-GIESLER (2008, 405ff.), der die Deutung und das Verstehen von Situationen im Sinne des professionellen Handelns in den Mittelpunkt seiner Dissertation gestellt hat. Er befürchtet eine „Maschinenlogik“ pflegerischen Handelns, also im Endeffekt ein standardisiertes Vorgehen ohne hinreichendes Nachvollziehen und Berücksichtigen der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten. Er begründet seine Überlegung insbesondere mit einem zunehmenden ökonomisch motivierten Einsatz von (Informations-)Technologie in der Pflege, die seiner Einschätzung nach mit einer entsprechenden Standardisierung der Pflege einhergeht. Für den Fall, dass diese Entwicklung sich fortsetzt, geht HÜLSKEN-GIESLER (2008, 413) faktisch von einer Deprofessionalisierung des pflegerischen Handelns aus: „Die ehemals im unmittelbaren erkrankten Gegenüber verortete Verantwortung löst sich damit in Fragen der institutionellen Zuständigkeit sowie der Anwendung der ‚richtigen‘ Problemlösungsprozesse auf. Die Effizienz dieser Verfahren wird vorab und möglichst evidenzbasiert lizenziert und entbindet damit systematisch von einer situativen Begründungspflicht.“

In der vorliegenden Arbeit werden den eben ausgeführten Befürchtungen von FRIESACHER und HÜLSKEN-GIESLER große Bedeutung zugemessen, deren Relevanz durch die beschriebenen Empfehlungen des deutschen Krankenhausinstituts verdeutlicht wird. Allerdings erscheint es auch denkbar, dass die Ökonomisierung und der damit einhergehende Einzug der Informationstechnologie für die Pflege im Krankenhaus statt mit zunehmender Deprofessionalisierung mit einer zunehmenden Professionalisierung einhergehen könnte – vorausgesetzt, Pflegenden handeln professionell. Dies kann mit einer steigenden Bedeutung der Pflege für den Behandlungserfolg, aber auch für den wirtschaftlichen Erfolg von Krankenhäusern begründet werden. So ist aufgrund der demographischen Entwicklung von einer Zunahme hochbetagter und mehrfacherkrankter (=multimorbider) Patienten in Kliniken auszugehen. Dies dürfte mit einer höheren Nachfrage nach pflegerischen Leistungen bei einer gleichzeitigen Knappheit an Pflegepersonen auf dem Arbeitsmarkt einhergehen. Gleichzeitig legen US-amerikanische Studienergebnisse positive Einflüsse einer höheren Pflegepersonen/Patienten Relation sowie einer höheren Arbeitszufriedenheit von Pflegenden auf die Gesundheit von Patienten nahe. Eine Erklärung dafür ist beispielsweise eine verbesserte Erkennung von Komplikationen sowie eine Verringerung von Medikationsfehlern. Diese Erklärung erscheint als schlüssig, weshalb von einer grundsätzlichen Übertragbarkeit der Befunde auf Deutschland auszugehen ist, wenn auch deutsche Vergleichsstudien noch ausstehen (BARTHOLOMEYCZYK 2014, 513ff.). Die wirtschaftliche Bedeutung der Pflege ergibt sich aus der zunehmenden Wettbewerbssituation zwischen Kliniken um Patienten, wobei die Patientenzufriedenheit mit dem ärztlichen, aber explizit auch mit dem pflegerischen Personal in einschlägigen betriebswirtschaftlichen Lehrbüchern (z.B.

BEHAR, GUTH & SALFELD 2016, 103ff.) als wichtiger Wettbewerbsfaktor angesehen und gleichzeitig auch die angespannte Lage am Arbeitsmarkt thematisiert wird. Dies deutet auf eine Verschärfung der Nachfrage von Krankenhäusern nach Pflegepersonen auf dem Arbeitsmarkt hin, was deren Einflussmöglichkeiten auf die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit vergrößern könnte.

Analog dazu könnte mit dieser Entwicklung auch ein größerer Einfluss Pflegender auf den Einsatz von Informationstechnologie in ihrem Bereich einhergehen. So besteht ein gängiges (wirtschafts-)informatisches Vorgehen zur Evaluation der Einsatzpotenziale von Anwendungssystemen und anderer maschineller Aufgabenträger darin, zunächst die anfallenden Arbeitsaufgaben in Form eines Modells darzustellen und auf dieser Grundlage abzuwägen, welche Prozessbestandteile automatisierbar sind. Zentrale Voraussetzung ist eine hinreichende funktionale Beschreibbarkeit des Vorgehens zur anforderungsgerechten Aufgabenerreichung (FERSTL & SINZ 2008, 112ff.). Dabei kann die Pflege aus wirtschaftsinformatischer Perspektive als Teil des klinischen Behandlungsprozesses beschrieben werden, der aufgrund seiner hohen Individualität (ZWICKER 2009, 40f.) bezüglich der Interaktion mit Patienten nicht funktional beschreibbar und somit im Kern nicht automatisierbar ist. Als beschreibbar gelten hingegen unterstützende Teilaspekte, wie etwa wiederholbare Teile der patientenbezogenen Informationserfassung<sup>4</sup>, was beispielsweise in Form „elektronischer Patientenakten“ genutzt wird (siehe z.B. FLEMMING 2015, 47ff.). Unterstellt man Krankenhäusern nun die Absicht, Kosten zu sparen oder Gewinne zu maximieren, folgt daraus, dass solche Automatisierungspotenziale, wenn damit Erwartungen zur Kosteneinsparung oder zur Verbesserung des Behandlungserfolgs verbunden sind, zunehmend durch den Einsatz von Informationstechnologie genutzt werden. Ausgangspunkt ist jedoch eine Beschreibung pflegerischer Aufgaben, wobei es naheliegend ist, mit Pflegenden zusammenzuarbeiten. Dies bietet die Chance für Pflegepersonen, Einfluss auf die Gestaltung von Informationssystemen zu nehmen und diese so zu beeinflussen, dass sie der Pflege dienlich sind. Somit wird SELLEMANN und FLEMMING (2016, 58) grundsätzlich zugestimmt, wenn sie plakativ schreiben: „Die Profession der Pflege kann sich dieser digitalen Entwicklung nicht widersetzen, aber sie kann sie mitgestalten!“ Hier wäre die Voraussetzung einer erfolgreichen Mitgestaltung, dass Pflegende Aufgaben und deren Anforderungen in erlebter, aber auch in verallgemeinerbarer Form beschreiben können, was einer Verknüpfung von Regelwissen und konkret erlebten Situationen, also professionellem Handeln entspricht.

---

<sup>4</sup> Auf den Informationsbegriff wird in Kapitel 4 noch näher eingegangen.

### **3.2.5 Empirische Befunde zur Verbreitung professionellen Pflegehandelns in der gegenwärtigen Pflegepraxis**

Im letzten Kapitel wurde die gegenwärtige und zukünftige Relevanz professionellen Handelns von Pflegepersonen vor dem Hintergrund der Entberuflichungsdebatte in Verbindung mit aktuellen ökonomischen Entwicklungen dargestellt. Offen bleibt jedoch immer noch die Frage, inwiefern die aktuelle Pflegepraxis durch professionelles Handeln gekennzeichnet ist. Wäre dies bereits der Fall, so würde dies die Relevanz der vorliegenden Arbeit und verwandter Studien in Frage stellen, da kein wesentliches Verbesserungspotenzial für das betriebliche Bildungspersonal erkennbar wäre. Daher werden in diesem Kapitel Ergebnisse aus drei Interviewstudien dargestellt, um die Frage zu beantworten, inwiefern Pflegenden gegenwärtig professionell handeln. Die geringe Zahl der Befunde und ein Fehlen quantitativ überprüfter Aussagen ist einem Mangel an entsprechenden Studien im deutschsprachigen Raum geschuldet.

WEIDNER (1995, 51ff.) hat 1993 Interviews mit insgesamt 20 Pflegenden, die in verschiedenen Kliniken tätig waren, hinsichtlich ihres pflegerischen Handelns analysiert. Er kommt zu dem Ergebnis (ebd., 330ff.), dass sich drei idealtypische Typen von Pflegenden unterscheiden lassen: Der „moderne Typ“, der mindestens Ansätze professionellen Pflegehandelns zeigte, der „traditionelle Typ“, der kaum Ansätze professionellen Handelns aufwies und ein „Übergangstyp“, der eine Art Mischform darstellte. Insgesamt stellte sich ein Mangel an systematischen, theoretischen Begründungen des Handelns heraus. Gleichzeitig wurde von Einschränkungen des Handlungsspielraums der Pflegenden durch organisatorische Gegebenheiten aber auch aufgrund begrenzter persönlicher Ressourcen berichtet.

VEIT (2002, 131ff.) hat sich in ihrer Dissertation der Fragestellung nach der Verbreitung professionellen Pflegehandelns im Krankenhaus durch narrative Interviews mit 20 ehemaligen Krankenhauspatienten im Jahr 1998 genähert. Diese wurden gebeten, ihre Erlebnisse während des Krankenhausaufenthaltes zu schildern. Dabei zeigte sich, dass die Gepflegten zwar den Eindruck hatten, dass die Pflegenden eine hohe Sicherheit beim Handeln aufwiesen und keine Pflegefehler aufgrund falscher Ausführung der Pflgetätigkeiten begingen. Es wurde jedoch beklagt, dass individuellen Wünsche und Erfahrungen bei der Festlegung der Pflegeziele nur unzureichend berücksichtigt wurden. Weiterhin wurde von Unsicherheiten bei der Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten berichtet: „Zentrales Ergebnis der Untersuchung ist die Feststellung von großer Stabilität in den pflegetechnischen Standards bei gleichzeitiger Unsicherheit in der Beziehungsgestaltung zum Patienten“ (VEIT 2002, 206).

DÖRGE (2009, 82ff.) hat eine Analyse pflegerischen Handelns auf der Grundlage von insgesamt 13 Interviews mit Pflegenden aus der ambulanten Pflege durchgeführt, wobei das Jahr der Erhebung nicht berichtet wird. Als Ergebnis (ebd., 119ff.) stellt sie Defizite in der theoretischen Begründung des pflegerischen Handelns fest: So wurde laut der Schilderungen der befragten Personen größtenteils eher auf intuitiver Grundlage („aus dem Bauch heraus“) gehandelt. Ferner dominierte laut der Autorin das Bild einer Pflege, die sich primär auf die „technisch“ korrekte Ausführung der Pfllegetätigkeiten konzentrierte, wobei individuelle Bedürfnisse der Gepflegten nicht im Vordergrund standen. Die pflegebedürftigen Personen wurden laut der Studie durch die befragten Pflegenden häufiger nach ihren Erkrankungen typisiert, während persönliche, krankheitsunabhängige Merkmale eine geringere Rolle spielten. Allerdings berichtet die Autorin auch von Pflegenden, für die die Autonomie der einzelnen Patienten Ausgangspunkt für die Ergreifung individuell angepasster Pfllegetätigkeiten darstellte.

Einschränkend muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die drei angeführten Studien aufgrund der geringen Zahl an Interviews nicht repräsentativ sind, was sie jedoch auch nicht für sich beanspruchen. Hinzu kommt, dass die Befunde von WEIDNER und VEIT aus den 1990er Jahren stammen und DÖRGE sich auf den ambulanten Pflegebereich konzentriert, der sich beispielsweise von der organisationalen Struktur her wesentlich von der Pflege im Krankenhaus unterscheidet. Allerdings geben die drei Studien Hinweise auf Defizite hinsichtlich der Professionalität der aktuellen Pflegepraxis, denn die Pflegenden, die in den 1990er Jahren befragt wurden, dürften teilweise auch jetzt (2018) noch tätig und möglicherweise auch an der Ausbildung angehender Pflegenden beteiligt sein. Auch ist es möglich, dass Pflegende zwischen ambulanten Pflegediensten und Krankenhäusern als Arbeitgeber wechseln. Herausgestellt wurden in den drei angeführten Studien Defizite in der theoretischen Begründung des pflegerischen Handelns (WEIDNER und DÖRGE) sowie eine geringe Ausrichtung der Pflege an individuellen Bedürfnissen der Gepflegten zugunsten eines eher standardisierten Vorgehens (VEIT und DÖRGE). Gleichzeitig gab es in allen drei Studien Pflegende, die Anzeichen professionellen Pflegehandelns aufwiesen.

### **3.2.6 Zwischenfazit**

In den letzten Kapiteln wurde das professionelle Handeln als Idealvorstellung pflegerischen Handelns dargestellt, um eine Zielperspektive für das Berufsbildungspersonals zu konkretisieren. Dazu wurde in Kapitel 3.2.1 nach einer Definition von Pflege und Krankenpflege exemplarisch dargestellt, warum sich Pflegeberufe von anderen Berufen unterscheiden. Aufbauend darauf wurden zwei Vorstellungen einer Professionalisierung pflegerischen Handelns

vorgestellt, die Gegenstand aktueller Diskussionen sind: Die strukturtheoretisch geprägte Diskussion um professionelles Pflegehandeln (Kapitel 3.2.2) sowie das Evidence-based-Nursing (Kapitel 3.2.3). Daran schloss sich die Darstellung der gegenwärtigen und künftigen Relevanz einer Professionalisierung des Pflegehandelns als Bestandteil einer einschlägigen beruflichen Bildung an (Kapitel 3.2.4). Begründet wurde dies einerseits mit der drohenden Gefahr einer Entberuflichung, die eine Erreichung der Ziele beruflicher Bildung unmöglich machen würde, falls keine Professionalisierung des Pflegehandelns stattfindet. Andererseits wurde aber auch auf die Möglichkeit steigender Mitbestimmung durch Angehörige von Pflegeberufen hingewiesen, wenn diese professionell handeln. Allerdings muss aufgrund einschlägiger empirischer Studienergebnisse (Kapitel 3.2.5) davon ausgegangen werden, dass die gegenwärtige Pflegepraxis größtenteils nicht von professionellem Pflegehandeln geprägt ist.

### **3.3 Professionelle Handlungskompetenz**

Im letzten Kapitel wurden empirische Hinweise dafür angeführt, dass die gegenwärtige Pflegepraxis nicht durch professionelles Pflegehandeln geprägt ist, was Defizite hinsichtlich der Realisierung der Ziele beruflicher Bildung mit Blick auf Pflegeberufe verdeutlicht. Unklar bleibt dabei jedoch, wie perspektivisch durch das Berufsbildungspersonal erreicht werden kann, dass Pflegenden in der Lage sind, professionell zu handeln – es geht also um eine Förderung der Voraussetzungen des professionellen Handelns, die unter dem Oberbegriff der „professionellen Handlungskompetenz“ diskutiert werden. Dazu ist eine Vorstellung von Tätigkeiten erforderlich, die im Rahmen der Pflege anfallen, weshalb zunächst in Kapitel 3.3.1 der Pflegeprozess als Rahmenmodell vorgestellt wird. Ferner ist die Klärung des Situationsbegriffs erforderlich, der in Kapitel 3.3.2 erfolgt, da er ein wichtiger Bestandteil gängiger Kompetenzdefinitionen ist. Schließlich wird der Begriff der professionellen Handlungskompetenz in Kapitel 3.3.3 bestimmt. Ein Zwischenfazit (Kapitel 3.3.4) fasst die Ergebnisse der Argumentation zusammen.

#### **3.3.1 Der Pflegeprozess als theoretisches Rahmenmodell pflegerischer Tätigkeiten**

Um Voraussetzungen professionellen Handelns von Pflegepersonen diskutieren zu können, erscheint ein Rahmenmodell hilfreich, das das Auftreten einzelner Pflegetätigkeiten systematisch beschreibt. Ein verbreitetes Modell hierzu stellt der Pflegeprozess dar, der in diesem Kapitel näher dargelegt wird.

Theoretische Ansätze, die das Ziel hatten, pflegerisches Handeln systematisch zu beschreiben, wurden bis etwa in die 1980er Jahre hinein schwerpunktmäßig mit dem Ziel entwickelt, mit einer Theorie die gesamte Pflege theoretisch zu umrahmen (siehe z.B. PEPLAU 1995; OREM, FELDEN & BEKEL 1997; ROPER, LOGAN & TIERNEY 2002). Auslöser für dieses Vorgehen war



der Wunsch, die Grundlage für eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin „Pflegerwissenschaft“ zu schaffen, die sich von anderen Wissenschaften, insbesondere der Medizin abgrenzen sollte. Diese Theorien führten jedoch nicht zu der angestrebten einen, „allumfassenden“ Pflegetheorie, sondern mündeten in einem recht grundsätzlich geführten Diskurs zwischen Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher theoretischer Grundpositionen. Sie sahen sich außerdem der Kritik ausgesetzt, sich mit steigendem Abstraktionsgrad von ihrem ursprünglichen Untersuchungsgegenstand (dem pflegerischen Handeln) zu entfremden und als Konsequenz keine hinreichend verwertbaren Antworten auf konkrete Fragen Pfleger liefern zu können. Als Konsequenz begann eine Entwicklung pflegebezogener Theorien geringerer Reichweite, die mit dem Ziel formuliert wurden, Antworten auf einzelne Fragen im Handlungsfeld Pflege bereitzustellen. Hierzu gehörte auch die Entwicklung des Pflegeprozesses (MOERS & SCHAEFFER 2011, 37ff.). Sein Mehrwert liegt in einer systematischen Beschreibung pflegerischer Tätigkeiten durch eine Spezifikation einzelner, aufeinander folgender Teiltätigkeiten, die durch Pfleger ausgeführt werden (PRÖBSTL & GLASER 1997, 263).

Die erste systematische Darlegung des Pflegeprozesses geht auf YURA und WALSH zurück, die ihn als idealtypischen Handlungsablauf von Pflegekräften bzw. als idealtypisches Vorgehen zum Lösen von „Problemen“ in pflegerischen Handlungsfeldern beschreiben (YURA & WALSH 1973, 46f.), wobei in der vorliegenden Arbeit ein enger gefasster Problembegriff zugrunde gelegt wird, wie noch im Zuge von Kapitel 4 deutlich wird. Es erscheint hier daher als zielführender, ihn aus Gründen der theoretischen Konsistenz als idealtypisches Vorgehen zur Realisierung pflegerischer Aufgaben zu charakterisieren. Die Autorinnen teilen den Pflegeprozess in vier Schritte ein (YURA & WASH 1973, 26ff.):

- *Assessing*: Analyse der Handlungssituation<sup>5</sup> zur Diagnose der Probleme des Patienten, um festzustellen, welche Handlungen zur Lösung dieser Probleme erforderlich sind („Pflegediagnose“). Dazu soll die Pflegeperson relevante Informationen über den Patienten sammeln, insbesondere durch Beobachtung, durch Gespräche mit dem Patienten sowie durch Gespräche mit anderen Bezugspersonen, wie anderen Teammitgliedern und Angehörigen anderer Berufe;
- *Planning*: Geeignete Tätigkeitsziele werden auf Grundlage der Bedürfnisse einer pflegebedürftigen Person ausgewählt, definiert und priorisiert;

---

<sup>5</sup> Handlungssituation kann hier als subjektive Erlebenseinheit verstanden werden, siehe dazu die Ausführungen des kommenden Kapitels.

- *Implementation:* Die Tätigkeiten werden ausgeführt, dabei werden explizit andere Personen des Teams und Angehörige anderer Berufe unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Fähigkeiten mit einbezogen;
- *Evaluation:* Es erfolgt eine Einschätzung inwiefern die Tätigkeitsziele erreicht wurden. Die Bestimmung des Zielerreichungsgrades bildet wiederum die Grundlage für die Planung künftiger Pfllegetätigkeiten.

Die Durchführung der Pflege entlang des Pflegeprozesses wurde in leicht modifizierter Form auch als Ausbildungsziel in das Krankenpflegegesetz aufgenommen. Demnach sollen die Auszubildenden unter anderem zur selbstständigen „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation“ sowie zur „Evaluation der Pflege, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ befähigt werden (§3 Abs. 2 Satz 1 KrPflG). Der Pflegeprozess, der im Bereich der Krankenpflege auch als „Krankenpflegeprozess“ bezeichnet wird, findet sich auch in verschiedenen englisch- und deutschsprachigen Lehrbüchern als Rahmenmodell für die Planung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen Versorgung von Patienten wieder. Dabei werden die einzelnen Teilschritte des Pflegeprozesses im Sinne von YURA und WALSH im Wesentlichen inhaltlich beibehalten, auch wenn sie anders benannt und mehr oder weniger detailliert aufgeteilt werden (siehe z.B. FIECHTER & MEIER 1998, 19; WILKINSON 2012, 26ff.). So wird beispielsweise in aktuelleren Lehrbüchern explizit ausgeführt, dass Pflegeziele in Absprache mit Patienten festgelegt und durchzuführende Pflegemaßnahmen gemeinsam ausgewählt werden (z.B. BROBST et al. 2007, 133ff.; KÖNIG 2011, 272; WILKINSON 2012, 104ff.). Daher kann von einer weitgehenden Konsensfähigkeit des Pflegeprozesses als theoretischer Rahmen zur Beschreibung, Planung und Analyse von Pfllegetätigkeiten in der einschlägigen Literatur ausgegangen werden, wenn auch die Schwerpunktsetzung einzelner Aspekte teilweise variiert.

FRIESACHER (2011, 343ff.) mahnt jedoch einen kritischen Umgang mit kybernetischen Modellen, zu denen er auch den Pflegeprozess zählt, im Gesundheitswesen und insbesondere in der Pflege an. Er befürchtet eine Sicherung des „Machtgefälles“, im Sinne eines Abhängigkeitsverhältnisses pflegebedürftiger Patienten gegenüber Pflegenden. Er begründet diese Sorge mit einer zunehmenden „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens, die durch eine kybernetische Steuerung von Abläufen begünstigt werde. Dies sieht er als widersprüchlich zu dem Ziel der Pflege an, die Autonomie von Patienten zu stärken. Analog zur Kritik FRIESACHERS am Evidence-based-Nursing (Kapitel 3.2.3) sei hier darauf verwiesen, dass eine solche Wertung antizipierter normativer Implikationen von Theoriebildung nicht mit dem kritisch-rationalen

Paradigma vereinbar ist, auf dem die vorliegende Arbeit fußt. Zudem erscheint es als fraglich, ob aus dem Pflegeprozess überhaupt normative Implikationen abzuleiten sind. So vertritt auch ROPER (1997, 14) den Standpunkt, dass es sich lediglich um eine Methode/einen Prozess des Ausführens von Pflege handelt, die nicht automatisch festlegt, was inhaltlich geplant bzw. ausgeführt wird und damit auch nicht, ob die Patientenautonomie eingeschränkt wird oder nicht. Die Kritik von FRIESACHER macht jedoch deutlich, wie stark pflegerisches Handeln von Faktoren jenseits der unmittelbaren pflegerischen Situation beeinflusst wird. So betonen auch YURA und WALSH (1973, 38f.) bereits die Rolle externer Faktoren, die den Pflegeprozess beeinflussen und schlagen vor, diese in Form einer systemtheoretischen Mehrebenenmodellierung zu explizieren, um ein vollständiges Bild von Pflegehandeln zu erhalten. Der Vorschlag von YURA & WALSH (ebd.), Pflege unmittelbar als Subsystem des Gesundheitssystems anzusiedeln, erscheint hier jedoch als nicht hinreichend fruchtbar, da eine solche Verortung noch keinen Hinweis darauf liefert, welche äußeren Merkmale den Pflegeprozess beeinflussen.

### **3.3.2 Handlungssituationen entlang des Pflegeprozesses**

Im letzten Kapitel wurde der Pflegeprozess als Modell zur Beschreibung von Pflege Tätigkeiten dargestellt. Es wurde darauf hingewiesen, dass Kontextfaktoren darin nicht abgebildet werden, obwohl diese einen Einfluss auf die Gestaltung von Pflege haben. Um diese ebenfalls systematisch erfassen zu können, wird in diesem Kapitel ein Modell gesucht, das die Beschreibung konstitutiver Merkmale pflegerischer Handlungssituationen unter dem Gesichtspunkt einer möglichst guten empirischen Zugänglichkeit ermöglicht.

RAUSCH (2011, 40) bezeichnet Situationen unter Berufung auf THOMAS und BECK als rein subjektive Erlebenseinheiten. Folgt man dieser Argumentation, werden Situationen letztlich intrapersonal aus einem extrapersonalen Reizangebot konstruiert, dem ein Individuum ausgesetzt ist (RAUSCH 2011, 40; 67). Hier wird mit KAISER (1985, 35) angenommen, dass Menschen immer in konkreten Situationen handeln, Handeln also „...grundsätzlich situativ eingelagert...“ ist, was sich aus Sicht dieser Arbeit nicht nur auf Handlungen (im Sinne eines Tätigkeitsbestands, siehe 3.1.1), sondern auf Tätigkeiten insgesamt übertragen lässt.

Daraus ergibt sich jedoch das empirische Problem, intersubjektive Aussagen aus der Erfassung rein individueller Erlebenseinheiten abzuleiten. In dieser Arbeit wird diesbezüglich, abweichend von radikalkonstruktivistischen Positionen, angenommen, dass es möglich ist, Situationen anhand geeigneter Merkmale so zu erfassen, dass auch intrasubjektive Überschneidungen und Abweichungen des Erlebens einzelner situationaler Elemente zugänglich sind. Diese Position erscheint anschlussfähig an verschiedene andere Diskurse zu sein. So schlug beispielsweise

bereits FRIEDRICHS (1974, 40) vor, Situationen als Bindeglied zwischen gesellschaftlicher Struktur und dem Verhalten einzelner Akteure zu begreifen und als Konsequenz Stichproben erlebter Situationen und nicht Stichproben einzelner Akteure zu untersuchen. Angesichts der recht frühen Ausführungen von FRIEDRICHS erstaunt es, dass in der Literatur häufig immer noch ein eher umgangssprachlicher und entsprechend unpräziser Situationsbegriff zu finden ist, wie zum Beispiel BECK (1996, 87) kritisiert. Um dem Abhilfe zu schaffen, nimmt er an, dass sich Situationen aus sechs Elementen zusammensetzen, die er wie folgt konkretisiert (ebd. 1996, 92ff.):

- *Zeitdimension*: Über welchen Zeitraum erstreckt sich die Situation aus Sicht des handelnden Individuums?
- *Raum*: Welchen Raum fasst ein Individuum innerhalb einer bestimmten Zeitspanne ins Auge?
- *Wahrgenommene Gegenstandskonstellation*: Welche Gegenstände, die potentiell in der Situation durch das handelnde Individuum wahrgenommen werden können, werden für es subjektiv zum Situationsbestandteil?
- *Begriffliche Gegenstandskonstellation*: Über welche „begriffliche Konzepte“ verfügt das Individuum? Hier wird BECK so verstanden, dass etwas nur dann wahrgenommen werden kann, wenn dafür ein begriffliches Konzept vorhanden ist. Als Beispiel nennt er einen Schüler, der das Konzept des „doppelten Mausklicks“ zum Starten eines Programms nicht kennt und daher nicht wahrnimmt, wie sein Lehrer ein Programm damit startet.
- *Aktualisierende Rolle*: Welche rollenbasierte Erwartungen hat das handelnde Individuum? Ein Beispiel wären Erwartungen, die in einer schulischen Situation mit der Rolle des Schülers verbunden sind.
- *Bewertungsdimension*: Über welche Einstellungen, Werthaltungen und Geltungs- bzw. Realisierungsansprüche verfügt das Individuum in der Situation?

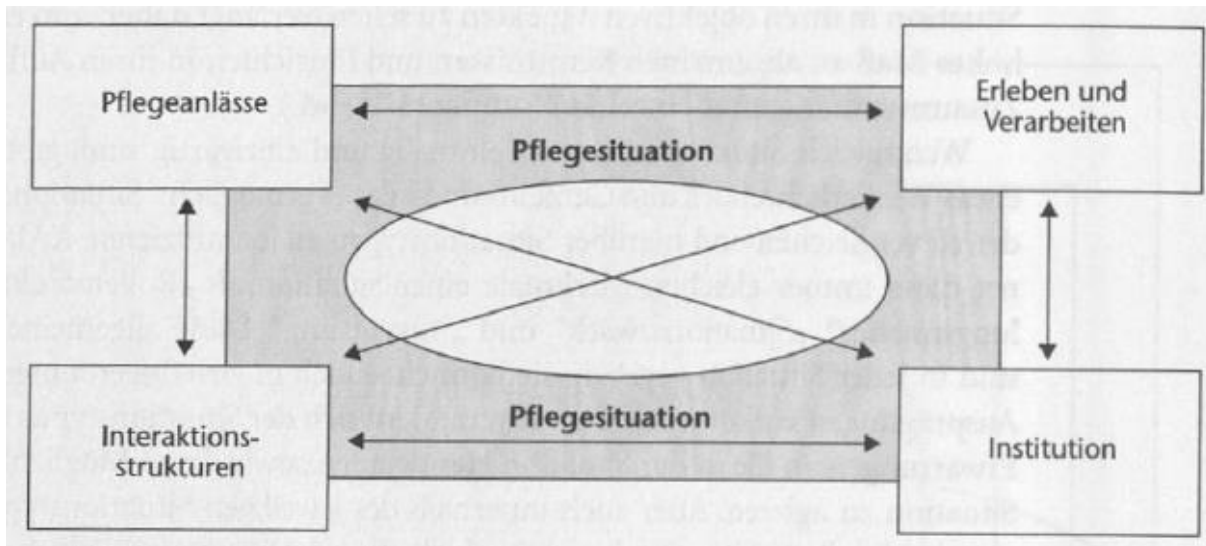
Aufbauend auf den Überlegungen BECKS schlägt BIENENGRÄBER (2011, 71ff.) ebenfalls vor, diese sechs Elemente zur Beschreibung von Situationen heranzuziehen. Dabei liefert er zu jedem der Elemente ausführliche Operationalisierungshinweise, die eine Verwendung des Situationsmodells z.B. als Grundlage empirischer Studien erleichtern sollen:

- *Zeit*: Beginn, Ende und Dauer eine Situation;
- *Raum und Gegenstandskonstellation*: Auswahl der grundsätzlich wahrnehmbaren Elemente durch die Person, die die Situation erlebt;
- *Begriffliche Konzepte*: Die wahrnehmbaren Elemente, die tatsächlich zur subjektiven Situationskonstruktion herangezogen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass das Individuum diese auch als solche erkennen kann;
- *Rolle*: Möglichkeiten des Individuums, unterschiedliche Rollen einzunehmen. Rollen können die Anzahl und Auswahl der Handlungsoptionen determinieren, die in der Situation in Betracht gezogen werden;
- *Bewertungsdimension*: Die Handlungsoptionen, die aus Sicht des Individuums zur Erreichung des angestrebten Zustands denkbar sind. Dies beinhaltet sowohl die Überlegung, welche Handlungsoptionen grundsätzlich effektiv sind als auch die Überlegung, welche Handlungsoptionen mit den moralischen Vorstellungen des Individuums vereinbar sind.

Laut KAISER (1985, 26ff.) vollzieht sich menschliches Handeln stets in konkreten Situationen, die hier als „Erlebenseinheiten“ verstanden werden. Sie werden also als subjektives Erleben des Handelns in wahrgenommenen Kontexten aufgefasst. Eine Interpretation menschlichen Handelns ist in Analogie zum hermeneutischen Verständnis eines Textes nur unter Berücksichtigung dieses Kontextes möglich. Um Situationen beschreiben zu können, schlägt KAISER (1985, 33f.) eine Reihe konstitutiver Merkmale vor:

- *Rollenstruktur*: Über welche rollenbasierten Erwartungen verfügen die Individuen, die sich innerhalb der Situation befinden?
- *Handlungsmuster*: Über welche Handlungsmuster verfügen die Individuen, die sich in der Situation befinden? Welche Handlungsmuster erwarten sie von den jeweils anderen Individuen?
- *Situationszweck*: Auf welchen Zweck hin ist die Situation angelegt? Der Situationszweck aus Sicht der Individuen innerhalb der Situation konstituiert als Zieldimension deren Handlungen.
- *Ausstattung („Dekoration“)*: Über welche äußeren Aspekte verfügt die Situation? KAISER greift zur Erklärung auf die Metapher einer Bühne zurück: Die Bühnenausstattung, also ob diese z.B. einem Salon entspricht nimmt Einfluss auf die erwarteten Handlungsmuster – etwa, welche Begrüßungsformel auf der „Bühne“ als angemessen gewertet wird.

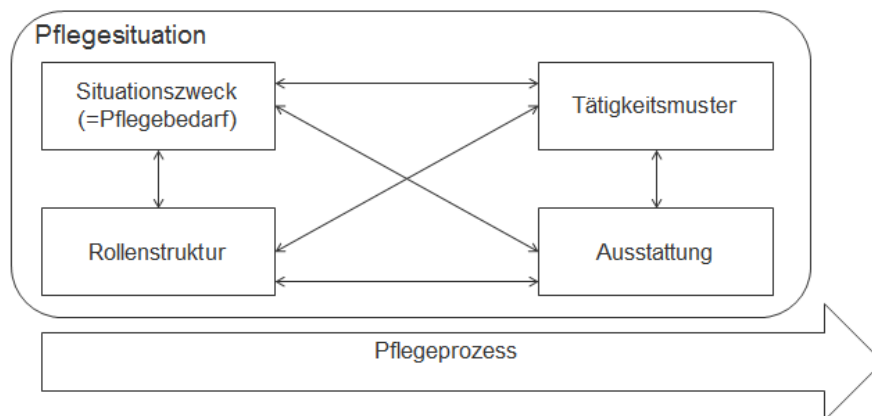
HUNDENBORN, KREIENBAUM und KNIGGE-DEMAL schlagen zur systematischen Beschreibung konstitutiver Merkmale von Pflegesituationen eine Modifikation des eben beschriebenen Situationsmodells von KAISER vor (Abbildung 2):



**Abbildung 1: Konstitutive Merkmale einer Pflegesituation. In Anlehnung an HUNDENBORN, KREIENBAUM & KNIGGE-DEMAL 1996, zitiert nach HUNDENBORN 2007, 46**

Unter „Pflegeanlässen“ versteht HUNDENBORN (2007, 46f.) Gegebenheiten, die aus einer objektiven Sicht heraus pflegerische Tätigkeiten erforderlich machen. Unter dem Merkmal „Erleben und Verarbeiten“ werden die „...subjektiven Deutungen, die Erlebnisweisen und Zuschreibungen, die Prozesse des Erlebens, Verarbeitens, der Krankheits- und Krisenbewältigung“ (ebd. 47) aus Sicht der pflegebedürftigen Person zusammengefasst. Zudem wird durch dieses Merkmal das Erleben und Verarbeiten der pflegenden Person beschrieben – bzw. genauer ausgedrückt „...ihre Gestimmtheiten, ihre Vorlieben und Abneigungen, ihre Möglichkeiten, belastende Situationen zu bewältigen.“ (ebd., 47). Unter dem Merkmal „Interaktionsstrukturen“ werden von HUNDENBORN sämtliche wechselseitige Interaktionen zwischen den Pflegenden sowie zwischen Pflegebedürftigen und anderen Personen aus deren sozialen Bezugssystemen wie Freunde, Angehörige, Nachbarn etc. zusammengefasst. Die „Institution“ beschreibt den Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen auf die Pflegesituation, insbesondere durch Zielsetzungen der Institution und deren Einfluss auf mögliche Handlungsalternativen (ebd., 48). Das Modell von HUNDENBORN ist ein umfassendes Modell zur Beschreibung von Pflegesituationen unter Berücksichtigung ihrer Komplexität und der wichtigen Rolle zwischenmenschlicher Interaktionen. Ein weiterer Vorteil des Modells für den Einsatz in dieser Arbeit liegt in der Verbindung zwischen Pflegeprozess und Pflegesituation (HUNDENBORN 2007, 44f.), denn die Autorin hebt explizit hervor, dass Pflegesituationen pflegerische Tätigkeiten und somit auch die

Gestaltung des Pflegeprozesses konstituieren. Dennoch erscheint die Auswahl der Elemente, die nach diesem Modell eine Pflegesituation konstituieren, nur eingeschränkt für empirische Untersuchungen geeignet zu sein. Dies liegt an der Vermengung der Perspektive der Pflegenden und der pflegebedürftigen Personen. Deutlich wird dies insbesondere bei dem Aspekt des „Erlebens und Verarbeitens“: Wenn eine Pflegeperson im Rahmen einer empirischen Befragung ihr Erleben beschreibt, erfolgt dies zwangsweise aus der Perspektive der pflegenden und nicht aus Sicht der pflegebedürftigen Person. Somit wird das Modell hier nicht in der von HUNDENBORN vorgeschlagenen Version verwendet, sondern abgewandelt, auch wenn deren Nutzen zur systematischen Konstruktion anwendungsnaher Fallbeispiele ausdrücklich anerkannt wird. Stattdessen wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit auf die folgende Kombination des Modells von HUNDENBORN und des Modells von KAISER zurückgegriffen, um Pflgetätigkeiten entlang des Pflegeprozesses beschreiben zu können:



**Abbildung 2: Pflegerische Handlungssituation. In Anlehnung an HUNDENBORN, KREIENBAUM & KNIGGE-DEMAL 1996, zitiert nach HUNDEBORN 2007, 46 und KAISER 1985, 33f..**

Von HUNDENBORN übernommen wird die Kombination von Pflegeprozess und Situation, während die konstituierenden Merkmale einer Situation von KAISER stammen. Aus Gründen der begrifflichen Konsistenz wird der Begriff des Handlungsmusters durch den Begriff des Tätigkeitsmusters ersetzt, da Pflgetätigkeiten auch unbewusste, nicht zielgerichtete Elemente enthalten können (Kapitel 3.1.1). Der vorgestellte Ansatz von BECK bzw. dessen Erweiterung durch BIENENGRÄBER wird aufgrund einer fehlenden Dimension für Handlungsziele nicht verwendet, die in der Diskussion um professionelles Handeln in pflegerischen Kontexten jedoch eine große Rolle spielen, wie in Kapitel 3.2.3 sowie 3.2.3 gezeigt wurde.

### **3.3.3 Professionelle Handlungskompetenz als Voraussetzung zur Bewältigung pflegerischer Handlungssituationen**

Aufbauend auf den Begrifflichkeiten, die in den letzten Kapiteln näher bestimmt wurden, versucht dieses Kapitel Antworten auf die Frage zu geben, welche Voraussetzungen Pflegende besitzen müssen, um professionell handeln zu können. Dazu wird auf allgemeine und pflegebezogene Diskussionen zur beruflichen und zur professionellen Handlungskompetenz zurückgegriffen.

Seit den 1990er Jahren wird im Zuge der Lernfeldorientierung durch die KULTUSMINISTERKONFERENZ (2011, 14ff.) als normatives Ziel beruflicher Schulen gefordert, „Handlungskompetenz“ bei den Schülerinnen und Schülern zu fördern. In diesem Zusammenhang definiert sie (ebd., 14) Handlungskompetenz „...als die Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten.“ Diese Definition von Kompetenz wird hier weniger als Operationalisierung des Konstrukts verstanden, auf deren Grundlage valide Kompetenzmessungen durchgeführt werden können. Schwierig ist diesbezüglich einerseits der Verhaltensbegriff, laut dem auch zufälliges, normgerechtes Verhalten als Zeichen von Kompetenz gewertet werden könnte. Zudem bleibt offen, in welchen Situationen sich Kompetenz zeigt, denn durch die Attribute „gesellschaftlich, privat und beruflich“ wird jede denkbare Situation als relevant eingeschlossen (STRAKA 2005, 4). Daher werden in der Literatur, die sich mit den Themen beruflicher Kompetenzmessung oder -entwicklung beschäftigt, in der Regel andere Begriffsbestimmungen präferiert, die sich jedoch auch wieder erheblich unterscheiden. Eine sehr verbreitete Kompetenzdefinition stammt von WEINERT (2001, 27f.), die als typisches „Referenz-Zitat“ (RAUSCH 2011, 79) für Kompetenzdefinitionen gesehen werden kann. WEINERT (2001, 27) versteht unter Kompetenz „...die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie den damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich nutzen zu können.“ KLIEME und HARTIG (2007, 14) befürchten in Abgrenzung dazu bei einer solchen breiten Bestimmung von Kompetenz eine mangelnde Operationalisierbarkeit für empirische Zugänge und beschränken sich als Folge ausdrücklich auf die kognitiven Facetten von Kompetenz. Diese beiden Beispiele zeigen bereits, dass Kompetenzdefinitionen sich hinsichtlich ihrer Breite unterscheiden, also ob der Fokus allein auf kognitiven Aspekten liegt oder ob weitere Aspekte ebenfalls betrachtet werden (ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA & SEIDEL 2011, 220ff.). Eine weitere Unterscheidung ist, inwiefern einzelne Definitionen eher veränderbare Aspekte von Kompetenz oder stabile



Aspekte betrachten (SEEBER & NICKOLAUS 2010, 250f.). Ein gewisser Konsens der Kompetenzdefinitionen besteht hingegen darin, dass sie sich auf kontextspezifische Leistungsdefinitionen beziehen (ebd.).

Da die Fragestellung dieser Arbeit sich nicht auf allgemeine, sondern auf spezifische, nämlich pflegerische Kontexte bezieht, erscheint es mit Blick auf die thematisierte Vielfalt allgemeiner Kompetenzdefinitionen sinnvoll, einen pflegebezogenen Zugang zum Kompetenzbegriff zu wählen. Aufgrund der bereits thematisierten, leitenden Vorstellung, dass professionelles pflegeberufliches Handeln als erstrebenswert angesehen wird, geht es diesbezüglich im Sinne einer „professionellen Pflegekompetenz“ um die Frage, welche Voraussetzungen eine Pflegeperson erfüllen muss, um ihre beruflichen Aufgaben, die im Rahmen des Pflegeprozesses anfallen, professionell bewältigen zu können. Dies kann beispielsweise die angesprochene Definition von WEINERT nicht leisten, da sie weder professionstheoretische noch pflegespezifische (z.B. empathische bzw. mimetische) Aspekte enthält.

Mit pflegerischen Kompetenzen haben sich beispielsweise OLBRICH (2010) oder BENNER (2012) befasst, deren Ansätze in Kapitel 4.3 dargestellt werden. Ihr Schwerpunkt liegt jedoch weniger darin, Kompetenz zu definieren, sondern in der Beschreibung einzelner Kompetenzstufen, was noch in Kapitel 4.3 ausführlicher betrachtet wird. WEIDNER (1995, 125f.) sieht unter Bezugnahme auf RAVEN drei Elemente als konstituierend für professionelles Pflegehandeln an, die jeweils als Kompetenz bezeichnet, hier jedoch als Bestandteile einer professionellen Pflegekompetenz betrachtet werden:

- *Praktisch-technische Kompetenz*: Sicherheit und Korrektheit der Anwendung von Pflege-techniken und -hilfsmitteln im Rahmen der Interaktion mit dem Patienten im Pflegeprozess.
- *„Klinisch-pragmatische Kompetenz“*: Sicherheit des sozialen Umgangs mit dem Patienten. Hier wird auch das hermeneutische Fallverstehen im Sinne des professionellen Pflegehandelns verortet.
- *„Ethisch-moralische Kompetenz“*: Ethische Gewichtung und Begründung pflegerischer Maßnahmen vor dem Hintergrund der Rechte und Pflichten von Pflegenden und Gepflegten.

WITTMANN ET AL. (2014, 55; siehe auch KASPAR ET AL. 2016, 190) fassen diese drei Kompetenzfacetten als „Unmittelbar bewohner-/klientenbezogenen Kompetenzbereich“ zusammen und ergänzen ihn um einen „organisationsbezogenen Kompetenzbereich“ sowie einen

„selbstbezogenen Kompetenzbereich“, um Kompetenzen in der Pflege älterer Menschen zu operationalisieren. SIMON ET AL. (2015, 15f.) heben ergänzend dazu die Bedeutung emotionaler Aspekte für pflegerisches Handeln hervor, stellen jedoch gleichzeitig die Existenz pflegespezifischer emotionaler Kompetenzfacetten in Frage. Emotionale Facetten werden auch von WITTMANN und SEEBER (2017, 1041ff.) als wesentlicher Teil sozialer Kompetenzen eingeordnet. Die Autorinnen (ebd.) sehen dabei speziell im Bereich der Gesundheitsberufe eine Verschränkung zwischen kontextspezifischen und kontextübergreifenden Voraussetzungen.

Eine solche Operationalisierung von Kompetenz in Form einer Konkretisierung spezifischer, psychometrisch mess- sowie voneinander abgrenzbarer Kompetenzbestandteile erscheint insbesondere zur Messung von Kompetenz als sinnvoll (z.B. KASPAR ET AL. 2016; siehe für den kaufmännischen Bereich auch z.B. WINTHER 2010, 163ff.). Da im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit der Fokus primär auf die Förderung von Kompetenzen, nicht aber auf ihrer Messung liegt, erscheint dies für diese Arbeit nicht erforderlich zu sein.

Abschließend kann in Hinblick auf die Bestimmung des Konstrukts „professionelle Handlungskompetenz“ Folgendes festgestellt werden: Ein Konsens in der Kompetenzdebatte ist, dass es sich bei Kompetenzen um Voraussetzungen zur anforderungsgerechten Bewältigung von Aufgaben in spezifischen Situationen handelt. Dies lässt sich auch auf die professionelle Handlungskompetenz in der Pflege übertragen. Aufgrund dieses spezifischen Anwendungsbereichs kann jedoch eine weitere Konkretisierung erfolgen:

- „Anforderungsgerecht“ kann als Beitrag zur Wahrung oder Wiederherstellung der Autonomie des Patienten verstanden werden (Kapitel 3.2.1).
- „Professionell“ stellt hier auf Voraussetzungen ab, eine abstrakte, wissenschaftlich überprüfte Wissensbasis zur Wirkung von Pflege auf konkrete Kontexte zu übertragen (vgl. Kapitel 3.2.2).
- Unter Bezugnahme auf die Pflege können ferner typische Kompetenzfacetten identifiziert werden, wobei auf diese Unterteilung im Folgenden aufgrund des Schwerpunkts der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen wird.

### **3.3.4 Zwischenfazit**

In Kapitel 3.2 wurde das professionelle Handeln als „Idealvorstellung“ pflegerischen Handelns beschrieben, über deren Erwünschtheit in der einschlägigen Literatur ein breiter Konsens besteht. Aufbauend darauf wurde in diesem Kapitel nach der Einführung des Konzepts des Pflegeprozesses (Kapitel 3.3.1) sowie einer Klärung des Situationsbegriffs (Kapitel 3.3.2)

professionelle Handlungskompetenz als Voraussetzung für professionelles Handeln benannt und deren Besonderheiten im Vergleich zu anderen Kompetenzdefinitionen beschrieben (Kapitel 3.3.3).

### **3.4 Fazit: Die Förderung professioneller Handlungskompetenz als Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals in der Krankenpflege**

In Kapitel 3.1 wurde das betriebliche Bildungspersonal über seine normative Aufgabe, nämlich des Anstoßens betrieblicher bzw. beruflicher Bildungsprozesse definiert. Dass es ein erwünschtes Ziel dieser Bildungsprozesse ist, professionelles Handeln in der Pflege zu fördern, das laut empirischen Befunden die gegenwärtige Pflegepraxis nicht mehrheitlich prägt, wurde in Kapitel 3.2 dargestellt. Voraussetzung dafür, dass Pflegende professionell handeln können, ist, dass sie über professionelle Handlungskompetenz verfügen, die in Kapitel 3.3 thematisiert wurde. Als Konsequenz ergibt sich daraus, dass aus Sicht der vorliegenden Arbeit die Förderung professioneller Handlungskompetenz die zentrale Aufgabe betrieblichen Bildungspersonals darstellt. Offen bleibt in diesem Kapitel die Frage, wie professionelle Handlungskompetenz gefördert werden kann. Dies wird Gegenstand von Kapitel 4 sein.

## **4. Zur Entstehung professioneller Handlungskompetenz in der stationären Krankenpflege**

Im letzten Kapitel wurde begründet, warum in dieser Arbeit die Förderung professioneller Handlungskompetenz als zentrale Aufgabe des betrieblichen Bildungspersonals in der Krankenpflege betrachtet wird. Dementsprechend stellt sich die Frage nach entsprechenden Ansatzpunkten zur Umsetzung. Mögliche Antworten darauf unterscheiden sich, je nachdem, von welcher Vorstellung, wie sich professionelle Handlungskompetenz entwickelt, ausgegangen wird.

Dementsprechend sollen in diesem Kapitel verschiedene theoretische Ansätze zur Kompetenzentwicklung auf ihre Aussagekraft hinsichtlich der Entwicklung professioneller Handlungskompetenz in der Pflege untersucht werden. Besonderem Stellenwert wird dabei der Rolle des generalisierten Regelwissens beigemessen, da es als konstitutives Element professionellen Handelns und somit professioneller Handlungskompetenz angesehen wird (siehe Kapitel 3). Daher wird in Kapitel 4.1 der Begriff des generalisierbaren Regelwissens näher bestimmt und von anderen Wissensformen abgegrenzt. Darauf aufbauend werden berufsunspezifische (Kapitel 4.2) sowie pflegespezifische Vorstellungen (Kapitel 4.3) zur Kompetenzentwicklung zusammenfassend dargestellt. Betrachtet wird dabei, wie umfassend sie nicht nur die Entstehung von Handlungskompetenz, sondern speziell die Entstehung professioneller Handlungskompetenz erklären können. Dabei soll mit Blick auf das betriebliche Bildungspersonal als Adressaten

dieser Arbeit insbesondere berücksichtigt werden, inwiefern sich aus den jeweiligen Theorien konkrete Anhaltspunkte zur Förderung professioneller Handlungskompetenz am Arbeitsplatz ableiten lassen.

#### **4.1 Generalisierbares Regelwissen als spezielle Form expliziten Wissens**

Dieses Kapitel versucht den Begriff des generalisierten Regelwissens näher zu erläutern, da dieses Konstrukt konstitutiver Bestandteil der professionellen Handlungskompetenz im Sinne dieser Arbeit ist (vgl. Kapitel 3.3.3). Dementsprechend ist die Begriffsbestimmung an dieser Stelle für das Verständnis der folgenden Kapitel erforderlich, in denen die Aussagekraft unterschiedlicher Ansätze zur Entwicklung professioneller Handlungskompetenz untersucht wird. Vorweggenommen sei an dieser Stelle, dass in der vorliegenden Arbeit generalisierbares Regelwissen als Sonderform expliziten Wissens aufgefasst wird. Grundsätzlich lassen sich hier Ansätze identifizieren, die auf einem Zugang zum Wissensbegriff aufbauen, der in diesem Kapitel als „gedächtnispsychologisch“ bezeichnet wird und solche Ansätze, die auf einen Zugang zum Wissensbegriff aufbauen, der im Weiteren „phänomenologisch“ genannt wird.

Der phänomenologische Zugang zum Wissensbegriff ist aufgrund des Pflegebezugs der vorliegenden Arbeit relevant, da das Stufenmodell von BENNER (2012) eine besonders häufig referierte Vorstellung zur Kompetenzentwicklung von Pflegepersonen darstellt. Diese baut auf dem philosophischen Werk POLANYS und einer daraus abgeleiteten Dichotomie zwischen „praktischem“ und „theoretischem“ Wissen auf (BENNER 2012, 44). Als „phänomenologisch“ wird der Zugang zum Wissen im Sinne der Erkenntnis- und Wissenstheorie POLANYS hier deshalb bezeichnet, weil der Betrachtungsschwerpunkt nicht darauf liegt, wie oder in welcher Form Wissen gespeichert ist, sondern darauf, wie der Wissensgebrauch erlebt wird (NEUWEG 1999, 134f.). FICHTMÜLLER und WALTER (2007, 126ff.) haben sich ausführlich mit der Übertragung der Rezeption NEUWEGs der Arbeiten von POLANY auf die Pflege beschäftigt. Kern der Theorie bildet das Konstrukt des „impliziten“ Wissens, dem folgende charakteristische Eigenschaften zugeschrieben werden (NEUWEG 1999., 12ff.):

- Unbewusste Verhaltenssteuerung und Intuition: Die Verwendung impliziten Wissens kann als intuitives, unbewusstes Wahrnehmen, Urteilen oder Handeln umschrieben werden.
- Implizites Gedächtnis: Implizites Wissen wird als „überwiegend erlernt“ und nicht als angeboren aufgefasst.
- Implizites Regelwissen: Es existieren Regeln, die Teil des impliziten Wissens sind und sich im „Können“ äußern.

- Nichtverbalisierbarkeit: Implizites Wissen kann nicht verbalisiert werden.
- Nicht-Formalisierbarkeit: Implizites Wissen kann nicht durch algorithmische Regeln beschrieben werden.
- Erfahrungsgebundenheit: Implizites Wissen wird durch kontextgebundene, subjektive Erfahrungen der Lernenden erworben, nicht aber durch kontextloses Nachvollziehen subjektiver Regeln (z.B. durch das Auswendiglernen von Grammatiktabellen beim Erwerb einer Sprache).

Explizites Wissen wird hier, mangels eindeutiger phänomenologischer Definition, als Wissen aufgefasst, das nicht implizit ist. Generalisiertes Regelwissen als Sonderform expliziten Wissens umfasst demnach wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege, also insbesondere, inwiefern bestimmte pflegerische Tätigkeiten zur Erreichung pflegerischer Ziele geeignet sind. Diese Aussagen sind durch eine Person verbalisierbar sowie formal beschreibbar und können innerhalb und außerhalb von spezifischen Anwendungskontexten erworben werden.

Hinsichtlich des Verhältnisses zwischen explizitem und implizitem Wissen interpretiert NEUWEG (1999, 317ff.; 372ff.), dem hier gefolgt wird, POLANYI anders als BENNER (2012, 44) in dem Sinne, dass eine strikte Trennung zwischen dem Erwerb und dem Gebrauch impliziten sowie expliziten Wissens nicht sinnvoll ist. Auf der einen Seite sind demnach mit der Anwendung expliziter, wissenschaftlicher Theorien implizite Anteile verbunden. Ein Beispiel wäre das i.d.R. unbewusste Wissen, welche Theorie in einem spezifischen Kontext anwendbar ist. Auf der anderen Seite argumentiert NEUWEG, dass das Vorhandensein expliziten Wissens die Interpretation einer Situation, aber auch das Abwägen geeigneter Tätigkeitsentwürfe, verändert. Ein denkbare Beispiel wäre eine angehende Pflegeperson, die zum ersten Mal in ihrem Leben eine Lagerung durchführen soll. Es sei unterstellt, dass sie zuvor in einem Buch gelesen hat, wie die Lagerung erfolgen soll. Diese explizite Vorstellung dürfte die Wahrnehmung der Situation beeinflussen, denn die besagte Pflegeperson kennt zumindest eine Beschreibung, wie die Lagerung durchzuführen ist und möglicherweise auch, woran man eine erfolgreiche Lagerung erkennt. Würde sie diese nicht kennen, würde die Situation anders wahrgenommen und vermutlich auch anders bewertet werden. Würde sie nun ihre Tätigkeitsgestaltung danach ausrichten, so wird dies auch den Erwerb impliziten Wissens beeinflussen. Somit lässt sich eine strenge Dichotomie zwischen implizitem „Praxiswissen“ und explizitem „Theoriewissen“ nicht aufrechterhalten.

Der Ansatz, der hier als „gedächtnispsychologisch“ bezeichnet wird, setzt „Wissen“ mit dem Inhalt des Gedächtnisses gleich und richtet den Fokus nicht auf das subjektive Erleben beim

Wissenserwerb und der Wissensverwendung, sondern auf die Art und Weise, wie Wissen erworben, verarbeitet und gespeichert wird. „Lernen“ wird hier mit dem Erwerb von Wissen gleichgesetzt (z.B. RENKL 2015, 4ff.; NÜCKLES & WITTWER 2014, 227ff.). Diese Sichtweise auf Wissen ist für diese Arbeit deshalb relevant, da sie insbesondere den Theorien zugrunde liegt, die Veränderungen des Wissens als Ausgangspunkt zur Kompetenzentwicklung (Kapitel 4.2.2.). SCHERMER (2014, 24ff.) stellt eine Übersicht über die Entwicklung einschlägiger Modelle auf, und stellt ein etwa seit den 1990er Jahren verstärktes Interesse der Forschenden an unbewusst vorhandenen Gedächtnisinhalten (=Wissen) fest. ANDERSON (2013, 157) unterscheidet vor diesem Hintergrund explizite sowie implizite Gedächtnisinhalte: „Für einen Wissensbestand, den wir bewusst erinnern können, verwenden wir den Begriff **expliziter Gedächtnisinhalt**. Der Begriff **impliziter Gedächtnisinhalt** beschreibt dagegen einen Wissensbestand, den wir zwar nicht bewusst erinnern können, der sich aber dennoch in einer verbesserten Leistung bei bestimmten Aufgaben niederschlägt.“ Laut RENKL (2015, 4) wird ferner unter Rückgriff auf die häufig zitierten „ACT“ bzw. „ACT-R“-Theorie von ANDERSON (siehe dazu auch ANDERSON & LEBIERE 1998, 19ff.) zwischen nicht-verbalisierbarem und somit implizitem prozeduralen sowie verbalisierbarem und somit explizitem deklarativen Wissen unterschieden. Wie später ausführlich in Kapitel 4.2.2 beschrieben wird, besteht eine Grundannahme der gedächtnispsychologischen Sichtweise auf Wissen darin, dass deklaratives Wissen durch Übung in prozedurales Wissen umgewandelt („kompiliert“) werden kann. Somit wird nicht davon ausgegangen, dass es sich bei deklarativem und prozeduralem Wissen um zwei wesensfremde Wissensarten handelt, sondern vielmehr handelt es sich um Wissen, das sich in unterschiedlichen Stadien der Verarbeitung befindet. Diese Unterscheidung ist jedoch auch mit Schwierigkeiten verbunden, da es durchaus fraglich ist, ob alle deklarativen Gedächtnisinhalte auch prozeduralisierbar sind. Man denke hier an das Abrufen einer Telefonnummer aus dem Gedächtnis, das wohl selten vollkommen unbewusst erfolgen dürfte, auch wenn man diese Nummer häufig benötigt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Unterscheidung zwischen explizitem bzw. implizitem Wissen aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven erfolgen kann, von denen aufgrund der später diskutierten Modellvorstellungen zum Kompetenzerwerb einerseits die phänomenologische und andererseits die gedächtnispsychologische Sicht relevant ist. Dabei handelt es sich nicht um konkurrierende Vorstellungen, vielmehr besitzen die jeweils zentralen Theorien andere Erkenntnisschwerpunkte: Während aus phänomenologischer Sicht das Erleben bei Gebrauch und Erwerb von Wissen im Mittelpunkt steht, untersuchen gedächtnispsychologische Ansätze, wie Wissen gespeichert, verarbeitet und abgerufen wird. Aus beiden

theoretischen Perspektiven heraus werden unbewusste und bewusste Anteile des Wissens unterschieden. Eine Bestimmung des Begriffs „generalisierbaren Regelwissens“, die zu Beginn des Kapitels aus phänomenologischer Sicht vorgenommen wurde, erscheint dementsprechend auch aus gedächtnispsychologischer Sicht heraus stimmig zu sein.

#### **4.2 Berufsunspezifische Erklärungsansätze für Kompetenzentwicklung**

In diesem Kapitel werden zunächst Erklärungsansätze für die Entwicklung von Kompetenz betrachtet, die den Anspruch haben, hinsichtlich ihres Anwendungsbereichs nicht auf einen bestimmten Beruf beschränkt zu sein. Dabei handelt es sich um das Stufenmodell nach DREYFUS und DREYFUS, das in Kapitel 4.2.1 vorgestellt wird und um einen Zugang, der Wissensveränderungen als Ausgangspunkt für Kompetenz sieht (Kapitel 4.2.2). Diesen beiden Ansätzen ist gemein, dass sie der „Expertiseforschung“ zugerechnet werden können, die beforscht, unter welchen Umständen sich Personen zu Experten in einem bestimmten Bereich entwickeln, was bedeutet, dass sie dauerhaft und nicht zufällig herausragende Leistungen darin erbringen können (GRUBER & ZIEGLER 1996, 7ff.). Im Anschluss daran wird das Lösen von Problemen als Ansatz der Kompetenzentwicklung in Kapitel 4.2.3 skizziert, den man im weiteren Sinne als tätigkeits- bzw. handlungstheoretisch bezeichnen könnte.

##### **4.2.1 Stufenmodell nach Dreyfus und Dreyfus**

In diesem Kapitel wird zunächst das Stufenmodell von DREYFUS und DREYFUS (1980) beschrieben, da dessen Rezeption durch BENNER (Kapitel 4.3.1) wohl der gegenwärtig verbreitetste Ansatz in der pflegebezogenen Expertisedebatte ist. Daher erscheint es erforderlich, zunächst das zugrundeliegende Modell zu skizzieren. Eine Besonderheit ist das Vorgehen der Autoren, die ihren Fokus nicht darauf legen, welche strukturellen Besonderheiten die psychischen Dispositionen von kompetenten Personen aufweisen. Stattdessen versuchen sie nachzuzeichnen, wie lernenden Subjekte ihre Kompetenzentwicklung erleben.

DREYFUS und DREYFUS (1980) nehmen an, dass grundlegende Fähigkeiten durch abstrakte Beschreibungen erworben werden, während eine darauf aufbauende Fähigkeitsentwicklung die Auseinandersetzung mit realistischen Aufgaben erfordert: „...we argue that skill in its minimal form is produced by following abstract formal rules, but that only experience with concrete cases can account for higher levels of performance.“ (ebd., 5) Um diese Entwicklung empirisch nachzuzeichnen, wurden Interviews mit Piloten der US-Luftstreitkräfte unterschiedlicher Erfahrungsgrade geführt und ein Stufenmodell zur Beschreibung unterschiedlicher Stadien der Fähigkeitsentwicklung formuliert (ebd., 7ff):

*Novice:* Auf dieser Stufe des Fähigkeitserwerbs wurden bereits formale Regeln erlernt, wie Aufgaben in einem bestimmten Bereich auszuführen sind. In Bezug auf den Erwerb einer Fremdsprache befindet sich eine Person auf dieser Stufe, wenn sie Regeln über die korrekte Aussprache von Wörtern kennt. Sie kann diese allein auf dieser Grundlage aber noch nicht gezielt auf reale Situationen übertragen, da ihr die Erfahrung der Anwendung in konkreten Kontexten fehlt. Analog dazu kennen Pilot/innen auf dieser Stufe bereits Regeln, wie ihre Instrumente zu bedienen sind, sie können aber alleine auf dieser Grundlage noch nicht fliegen.

*Competence:* Hier wurden formale Regeln bereits zur Bewältigung realer Aufgaben angewendet. Daher kann auf dieser Stufe auf „guidelines“ bzw. „Leitlinien“ der Tätigkeitsausführung zurückgegriffen werden. Personen dieser Erfahrungsstufe richten ihre Aufmerksamkeit aber noch stark auf die Ausführung einzelner Aufgaben bzw. auf einzelne Aufgabenbestandteile und auf einzelne situationale Aspekte. Pilot/innen auf dieser Stufe können beispielsweise Warnmeldungen ihrer Instrumente erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen einleiten.

*Proficiency:* Auf dieser Stufe wurden bereits viele Aufgaben in einer großen Bandbreite von Situationen bewältigt. Die Aufmerksamkeit wird nicht länger auf einzelne Aufgabenbestandteile gelegt, sondern liegt auf dem Gesamtziel der Aufgabe und auf der Gesamtsituation, in der diese eingebettet ist, wobei wichtige Einzelaspekte zielführend priorisiert werden. Möglich wird dies durch den Erwerb von „principles“ im Sinne eines grundlegenden Prinzips der Tätigkeitsausführung, das verhindert, dass Aufmerksamkeit auf irrelevante Aspekte gelenkt wird. Zum Beispiel kann ein/e Pilot/in auf dieser Stufe eine sichere Landung durchführen und dabei den korrekten Anflugwinkel halten, ohne sich dabei auf unwichtige Aspekte der Situation zu konzentrieren.

*Expertise:* Auf dieser Stufe wird auf kein regelhaftes Element wie Regeln, Leitlinien oder Prinzipien mehr zurückgegriffen. Die Aufgaben werden „intuitiv“ auf Grundlage des erworbenen Erfahrungsschatzes bewältigen. In den Interviews von DREYFUS und DREYFUS (ebd., 12) wurde von Personen dieser Erfahrungsstufe beschrieben, dass sie sich nicht bewusst waren, ein Flugzeug zu fliegen, sondern eher das „Gefühl“ hatten, ein Flugzeug zu fliegen.

*Mastery:* Zwar ist laut DREYFUS und DREYFUS (ebd., 14) die Fähigkeitsentwicklung bereits auf der Stufe „Expert“ abgeschlossen, jedoch gibt es einzelne Momente, in denen eine noch höhere Leistung möglich ist. Dies geschieht, wenn Personen auf der Stufe „Expert“ völlig von ihrer Aufgabe eingenommen („absorbed“) sind: „...this masterful performance only takes place when the expert, who no longer needs principles, can cease to pay conscious attention to his



performance and can let all the mental energy previously used in monitoring his performance go into producing almost instantaneously the appropriate perspective and its associated action” (ebd.).

Das Modell von DREYFUS und DREYFUS stellt Begriffe bereit, mit denen typische Entwicklungsstufen von Kompetenz relativ präzise und nachvollziehbar beschrieben werden können. Weiterhin können Konsequenzen für die Gestaltung von Lernaufgaben für Personen unterschiedlicher Erfahrungsstufen abgeleitet werden (ebd., 16), wobei aufgrund des phänomenologisch-subjektzentrierten Zugangs unklar bleibt, wie eingeschätzt werden kann, auf welcher Erfahrungsstufe sie sich befinden. Zur Beschreibung professioneller Handlungskompetenz erscheint das Modell wenig aussagekräftig zu sein, da sich kompetente Personen eher durch „intuitive“ Tätigkeitsgestaltung und weniger durch Tätigkeitsgestaltung unter Berücksichtigung generalisierten Regelwissens auszeichnen – der „Idealzustand“ der Expertise bzw. der Mastery ist unvereinbar mit der Leitvorstellung einer professionellen Handlungskompetenz im Sinne dieser Arbeit. So merkt NEUWEG (1999, 314) zu dem Modell mit Blick auf die ärztliche Profession an: „Wenngleich man die für viele Professionen erforderliche explizite Aneignung von Theoriewissen mit einiger Gewalt auch der Stufe 1 (Anmerkung JK: Er meint die Stufe ‚Novice‘) des Modells zuordnen könnte, so vermisst (sic!) man doch ihre dortige systematische Verankerung. Nicht nur oberflächenstrukturelle ‚Merkmale‘ und daran gebunden ‚Regeln‘ sind es, die etwa einem Mediziner zu vermitteln sind, sondern auch tiefenstrukturelle Zusammenhänge, Theorien also im engeren Sinne des Wortes.“ Ferner kritisiert NEUWEG (ebd., 314ff.), dass das Modell offen lässt, ob alle Stufen durchlaufen werden müssen, um „Mastery“ zu erreichen. Ferner kann, so NEUWEG (ebd.), ausgeprägte Erfahrung auch dazu führen, dass Tätigkeiten nicht mehr reflektiert und verbessert werden (können), weil sie zunehmend unbewusst ablaufen: „Unklar bleibt, wie sichergestellt ist, daß (sic!) implizites Wissen der Stufe 5 nicht in impliziter Blindheit ... mündet.“ (ebd., 316).

Als Konsequenz wird das Modell von DREYFUS und DREYFUS als ungeeignet eingeschätzt, um die Entstehung professioneller Handlungskompetenz im Sinne der vorliegenden Arbeit angemessen zu beschreiben.

#### **4.2.2 Wissen als Ausgangspunkt von Kompetenzentwicklung**

Im letzten Kapitel wurde das Stufenmodell von DREYFUS und DREYFUS dargestellt und dabei festgestellt, dass dessen Aussagekraft zur Beschreibung der Entwicklung professioneller Handlungskompetenz gering ist. Gegenstand dieses Kapitels ist der theoretische Ansatz strukturelle

Wissensunterschiede im gedächtnispsychologischen Sinne (siehe Kapitel 4.1) als Ausgangspunkt für Kompetenzentwicklung zu betrachten.

Eine große Anzahl empirischer Befunde kommt übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das Wissen von Experten besondere Eigenschaften aufweist. Mit Experten sind hier Personen gemeint, die in einem bestimmten Bereich dauerhaft und nicht zufällig herausragende Leistungen erbringen können (GRUBER & ZIEGLER 1996, 7ff.). Eine Eigenheit von Expertenwissen besteht in seiner Repräsentation und hinsichtlich dessen, wie es aus dem Gedächtnis abgerufen wird (FELTOVICH, PRIETULA & ERICSSON 2006, 47ff.). Recht intensiv untersucht wurden solche Wissensqualitäten in der Domäne „Schach“. So zeigte sich etwa in einem Experiment von GRUBER, dass die Bestandteile von Expertenwissen einen höheren, problemspezifischen Vernetzungsgrad im Sinne einer „hierarchischen Organisation von Wissen“ aufwiesen. Dies führte einerseits zu einer höheren Resistenz gegenüber „Distraktoren“ (situationale Reize, die ein Individuum bei der Ausführung einer Tätigkeit ablenken können) und andererseits zu einem qualitativ besseren und schnelleren Zugriff auf relevante komplexe Wissensbestandteile (GRUBER 1991, 253ff.). Einen zentralen Erklärungsansatz für den Nutzen eines solchen höheren Elaborationsgrades von Wissen bietet die sogenannte „Chunking-Theorie“, die davon ausgeht, dass Gedächtnisinhalte in bestimmten *Chunks*, also in einzelnen, voneinander abgrenzbaren Gedächtniseinheiten organisiert sind und auch als solche abgerufen werden. Wenn beispielsweise beim Schachspielen einzelne, relevante Chunks nun komplexere Wissensinhalte beinhalten, können sie schneller und leichter abgerufen werden, etwa wenn bestimmte, bekannte Spielsituationen im Schach erkannt und auf bekannte Kombinationen von Zügen als Reaktion zurückgegriffen wird (FELTOVICH, PRIETULA & ERICSSON 2006, 49ff.).

Schachexperten scheinen außerdem in der Lage zu sein, bestimmte, ihnen bekannte Abläufe „automatisch“ durchführen zu können, also ohne über einzelne Züge nachzudenken (ebd, 53f.). Eine Erklärung für eine derartige Automatisierung von Wissensbestandteilen liefert ANDERSON mit einem Modell zum Erlernen von Fertigkeiten: ANDERSON (2007, 333f) geht davon aus, dass sich der Erwerb von Fertigkeiten in drei Stufen unterteilen lässt, wobei er dabei im Wesentlichen den Erwerb deklarativen (expliziten) und prozeduralen (impliziten) Wissens beschreibt. Demnach wird zunächst in einer ersten, *kognitiven Phase* deklaratives Wissen im Sinne des „Einprägens von Fakten“ erworben, etwa das Wissen, wie beim Autofahren die Gangschaltung bedient werden muss. In einer zweiten, *assoziativen Phase* werden Fehler bei der Ausübung der Tätigkeit nach und nach erkannt und eliminiert. So wird beispielsweise erlernt, Kupplung und Gaspedal so zu koordinieren, dass der Motor nicht abstirbt. Zudem werden einzelne

Elemente der Ausübung der Fertigkeit miteinander verbunden, womit Abläufe schneller ausgeführt werden können. Am Ende der assoziativen Phase existiert eine „...erfolgreiche Prozedur zur Ausübung der Fertigkeit...“, die jedoch noch auf einer gleichzeitigen Existenz prozeduraler und deklarativer Wissensbestandteile beruht, wobei das prozedurale Wissen entscheidend für die Ausübung der Fertigkeit ist. In einer dritten, *autonomen Phase* wird die Prozedur immer stärker automatisiert und daher schneller (ANDERSON 2007, 333f.). Ein wesentlicher Effekt von der Beschäftigung mit einer bestimmten Fertigkeit ist demnach also eine Zunahme prozeduralen Wissens, das auf einem ursprünglichen Erwerb deklarativen Wissens aufbaut (ebd, 229).

FRANKE (2005, 125ff) fasst auf der Grundlage einschlägiger Literatur Merkmale „hochentwickelter Wissenssysteme“ zusammen, die er kompetenten Personen zuschreibt und anhand derer Leistungsunterschiede zu wenig kompetenten Personen erklärt werden können:

- **Chunkbildung:** Kompetenten Personen bilden und operieren mit komplexeren Chunks.
- **Elaborierte Struktureinheiten:** Sie werden auch als „Scripts“ bezeichnet und enthalten Wissen über häufige Handlungs- und/oder Ereignisfolgen. Eine Modellvorstellung zu ihrer Entstehung besteht darin, dass zunächst ein bestimmtes Ereignis oder eine Ereignisfolge als „Episode“ im Gedächtnis gespeichert wird (episodische Repräsentation). Bei mehrmaliger Wiederholung ähnlicher Ereignisses bzw. der Ereignisfolge werden zunehmend deren Gemeinsamkeiten identifiziert und in einer abstrakteren Kategorie zusammengefasst (kategorische Repräsentation). Den höchsten Elaborations- und Abstraktionsgrad besitzen Scripts, die in Form vieler hypothetischer „Wenn-Dann“-Aussagen im Gedächtnis hinterlegt sind (hypothetische Repräsentation).
- **Prozeduralisierung:** Kompetente Personen verfügen durch die bereits angesprochene Wissenskompilation über höhere Anteile prozeduralen Wissens, das mit fortschreitender Kompetenzentwicklung einen stärkeren Generalisierungsgrad sowie situationsspezifische Besonderheiten aufweist, also in mehreren Situationen angewendet werden kann. Die Voraussetzung hierfür, so die Modellvorstellung, entsteht im Laufe der Wissenskompilation, wenn das prozedurale Wissen bei häufiger Anwendung an spezifische Anforderungen von Aufgaben und an die Situationen, in denen letztere eingebettet sind, angepasst wird.
- **Prozedurale Variantenvielfalt:** Kompetente Personen verfügen über mehrere prozedurale Wissensbestandteile zur Bewältigung unterschiedlicher Anforderungen.
- **Wissenskapsulation:** Deklaratives Wissen liegt in fallbezogenen Schemata vor, die den Zugriff darauf erleichtern. Als Beispiel wird hier das Wissen über das Erstellen einer

bestimmten medizinischen Diagnose anhand spezifischer Kriterien durch kompetentes ärztliches Personal angeführt: Das deklarative Wissen verschwindet dabei nicht, aber der explizite Zugriff darauf wird erleichtert.

- **Personalisierung:** Das Wissen besitzt eine hohe subjektive Bedeutsamkeit für die kompetente Person.
- **Konvergenz:** Hier geht FRANKE (ebd., 138ff.) auf eine „Kluft“ zwischen Wissen und Handeln und auf empirische Schwierigkeiten bei der Betrachtung isolierter Wissensmerkmale ein, was hier so interpretiert wird, dass das Zusammenspiel der einzelnen Wissensbestandteile zu den jeweiligen Anforderungen an eine Person eine weitere, wenn auch empirisch schwer zugängliche, Voraussetzung kompetenten Handelns darstellt.

GRUBER (1999, 216f.), der Wissensunterschiede zwischen Personen als zentralen Erklärungsansatz für deren Leistungsunterschiede in konkreten Anforderungssituationen betrachtet, sieht Erfahrung in einem Bereich als Ausgangspunkt für die spezifische Kompetenzentwicklung darin an. Erfahrung meint hier jedoch mehr als die reine Zeitspanne, mit der sich eine Person mit bestimmten Themen beschäftigt, denn er stellt folgende Hypothesen zum Kompetenzerwerb durch Erfahrung auf:

- Erfahrung ist ein Merkmal von Individuen, das mit einem „besonders guten Gedächtnis“ für das Speichern und Abrufen spezifischer Informationen zusammenhängt.
- Erfahrung hängt mit dem Besitz umfangreichen Wissens in einem bestimmten Bereich zusammen.
- Erfahrung hängt primär mit Wissen zusammen, das durch eigene, situativ eingebettete Erlebnisse erworben wird.
- Erfahrung entsteht nur dann, wenn Ereignisse bzw. Erlebnisse als subjektiv relevant eingeschätzt werden.
- Erfahrung kann nur dann gelehrt werden, wenn es den Lernenden ermöglicht wird, Ereignisse selbst zu erleben, und wenn ihnen die individuelle Relevanz der eingebetteten Lerngegenstände deutlich wird.

Der eben vorgestellte Ansatz, Kompetenzunterschiede über verschiedene Merkmale der Quantität und der Qualität des Wissens von Personen zu erklären, kann aufgrund zahlreicher Studien als gut empirisch abgesichert bezeichnet werden. Ein entscheidender Vorteil gegenüber dem

Stufenmodell von DREYFUS und DREYFUS liegt darin, konstitutive Merkmale von Kompetenz jenseits des subjektiven Erlebens der betroffenen Personen empirisch mess- und beschreibbar zu machen. Mit der subjektiven Bedeutsamkeit des individuellen Erlebens situativ eingebetteter Ereignisse, die GRUBER anführt, wird darüber hinaus auch eine Erklärung für das Phänomen bereitgestellt, dass auch Personen, die z.B. im Rahmen ihres Berufs über eine lange Zeitspanne Tätigkeiten in einem bestimmten Bereich ausgeführt haben, über eine geringere Kompetenz verfügen können, als Personen, die dies über eine kürzere Zeitspanne hinweg getan haben. Eine Erklärung zur Entstehung professioneller Handlungskompetenz aus wissensbasierter Perspektive ließe sich aus Sicht dieser Arbeit folgendermaßen herleiten: Wenn unterstellt wird, dass die wiederholte Anwendung deklarativen Wissens zu dessen Umstrukturierung, insbesondere seiner Prozeduralisierung beiträgt, dann ist es auch möglich, dass „Falsches“ im Sinne von Wissen über unwirksame Maßnahmen prozeduralisiert und somit dem Bewusstsein entzogen wird – etwa bei einer Pflegeperson, die über einen längeren Zeitraum hinweg wiederholt einen Verbandswechsel falsch vornimmt, da in ihrem Gedächtnis eine Ausführungsweise hinterlegt ist, die sich als hinderlich für eine rasche Wundheilung erwiesen hat: Das Ergebnis dürfte eine Kompetenzminderung sein, da sie als Folge des Erwerbs dieser „falschen“ Routine in geringerem Maße in der Lage sein dürfte, weitere Verbandswechsel anforderungsgerecht durchzuführen. Analog dazu ließe sich argumentieren, dass eine Steigerung professioneller Handlungskompetenz stattfindet, wenn die Art der Wissensanwendung und die Bewertung ihres Erfolgs auf der Grundlage einer expliziten Vorstellung auf Basis generalisierten Regelwissens erfolgt, die im Gedächtnis hinterlegt ist.

Allerdings ist es auf Grundlage des eben vorgestellten theoretischen Ansatzes nicht trivial zu entscheiden, welche Aufgaben in der betrieblichen Praxis dazu geeignet sind, professionelle Handlungskompetenz unter Berücksichtigung des subjektiven Vorwissens der jeweiligen Adressaten zu fördern. Ein Ansatz könnten kognitive Taxonomien sein (siehe z.B. MARZANO & KENDALL 2008; ANDERSON ET AL. 2013), auf deren Grundlage das betriebliche Bildungspersonal spezifische Aufgaben mit einer bestimmten Komplexität auswählen könnte. Als vergleichsweise schwer realisierbar erscheint es jedoch, adäquate Einschätzungen über das Vorwissen der anzuleitenden Pflegepersonen auf eine leicht umsetzbare Weise am Arbeitsplatz vornehmen zu können. Gerade vor dem Hintergrund empirischer Ergebnisse, die eine heterogene Aufgabenzuweisung durch Auszubildende aufgrund ihrer subjektiven Einschätzung der Lernenden nahelegen (z.B. NOß 2001, 133), wird dies hier als besonders relevant gesehen. Eine weitere Schwierigkeit bei der Verwendung der oben vorgeschlagenen Taxonomien zur Abbildung von Aufgabenkomplexität aus wissensbasierter Sicht wäre, dass der Einfluss emotionaler Aspekte nicht

berücksichtigt wird, die jedoch vor allem in Dienstleistungsberufen und ganz besonders in der Pflege eine erhebliche Rolle spielen dürften.

#### **4.2.3 Das Lösen von Problemen als Ausgangspunkt von Kompetenzentwicklung**

Ein weiterer Ansatz geht von der Annahme aus, dass sich Kompetenzentwicklung nicht automatisch im Zuge einer längeren Beschäftigung mit einem Bereich einstellt, sondern diese davon abhängt, welche konkreten Aufgaben im Zuge dessen bewältigt werden. Dieser Ansatz besitzt den Vorteil, dass die Rolle der Aufgabenkomplexität und auch der Einfluss einzelner komplexitätsförderlicher Merkmale, wie insbesondere emotionale Aspekte, besser abgebildet werden können als aus Sicht der oben dargestellten wissensbasierten Ansätze. Zur besseren Verständlichkeit des Ansatzes wird seine Darstellung hier in zwei Teilschritten aufgeteilt:

Zunächst wird die Idee der Kompetenzentwicklung durch das Ausführen von Tätigkeiten dargestellt (Kapitel 4.2.3.1). Darauf aufbauend wird auf das Lösen von Problemen als Ausgangspunkt beim Erwerb von Kompetenzen eingegangen (Kapitel 4.2.3.2). Eine zusammenfassende Bewertung zur Erklärung der Entstehung professioneller Handlungskompetenz bildet den Abschluss dieser Darstellung (Kapitel 4.2.3.2).

##### ***4.2.3.1 Kompetenzentwicklung durch das Ausführen von Tätigkeiten***

Dieses Kapitel beschäftigt sich damit, inwiefern die Entwicklung von professioneller Handlungskompetenz durch die Tätigkeiten erklärt werden kann, die durch eine Person ausgeführt werden. Dazu wird zunächst darauf eingegangen, unter welchen Umständen es zur Ausführung einer Tätigkeit kommt. Im Anschluss daran wird eine Verbindung zur Entwicklung professioneller Handlungskompetenz hergestellt.

Ein Modell zur Erklärung, wann eine Tätigkeit bzw. eine Handlung ausgeführt wird, das bis heute häufig in der einschlägigen Literatur angeführt und erweitert wird, ist die „TOTE-Einheit“ von MILLER, GALANTER & PRIBRAM (1960, 26ff.). Demnach kann Verhalten<sup>6</sup> von Menschen anhand eines vierstufigen Regelkreises beschrieben werden:

1. **Test:** Weicht der wahrgenommene Ist-Zustand von einem Soll-Zustand ab?
2. **Operate:** Falls ja, erfolgt Verhalten zur Überwindung dieser Diskrepanz.
3. **Test:** Ist Soll-Ist-Diskrepanz überwunden? Falls ja erfolgt „Exit“, falls nein, erfolgt „Operate“.
4. **Exit:** Regelkreis ist beendet: Es erfolgt kein weiteres Verhalten mehr.

---

<sup>6</sup> Die Autoren beziehen sich bei der Darstellung ihres Modells auf menschliche Reflexe und beschränken sich somit nicht auf Handlungen oder Tätigkeiten im Sinne dieser Arbeit.

HACKER und SACHSE (2014, 152f.) kritisieren am Modell der TOTE-Einheit, dass darin unklar bleibt, auf was sich der Soll-Ist-Abgleich in den beiden Test-Schritten bezieht und schlagen vor, statt TOTE-Einheiten „VVR-Einheiten“ (Vor-(weg-)nahme-Veränderungs-Rückkopplungseinheiten) zu verwenden, um Tätigkeiten, insbesondere Arbeitstätigkeiten, zu beschreiben. Nach dieser Modellvorstellung besteht der erste Schritt darin, übernommene Aufgaben und ihre Erfüllungsbedingungen mit der aktuell erlebten Situation zu vergleichen. Wird eine Diskrepanz festgestellt, so werden Zielzustände antizipiert und deren Realisierbarkeit durch mögliche Tätigkeitsentwürfe erwogen. Letztere werden bei positivem Ergebnis ausgeführt und das Resultat der Tätigkeit mit den antizipierten Zielzuständen abgeglichen. Ist die Soll-Ist Diskrepanz noch nicht überwunden ist, erfolgt eine Rückkopplung in Form eines erneuten Abgleichs zwischen Tätigkeitsentwürfen und antizipierten Zielzuständen.

Wie bereits in Kapitel 2.1.2 beschrieben, sind Tätigkeiten zwar zielgerichtet, aber nicht sämtliche Tätigkeitsbestandteile sind der ausführenden Person bewusst. Handlungen hingegen sind bewusste und zielgerichtete Bestandteile von Tätigkeiten. Nach der Tätigkeitsregulationstheorie findet die Planung und Ausführung von Tätigkeiten bzw. ihrer einzelnen Bestandteile, je nach Grad der Bewusstseinsbeteiligung, auf drei „Ebenen der Tätigkeitsregulation“ statt (ebd., 165ff.; HACKER 2009, 31ff.). Nach dieser Modellvorstellung sind sie hierarchisch angelegt, was bedeutet, dass die intellektuelle Regulationsebene die wissensbasierte Regulationsebene und die wissensbasierte Regulationsebene die sensumotorische Regulationsebene steuert. Die drei Ebenen der Tätigkeitsregulation sind im Einzelnen:

- Intellektuelle Regulationsebene: Bewusstseinspflichtige Tätigkeitsbestandteile. Prozesse auf dieser Ebene sind langsam aber flexibel und binden viel Aufmerksamkeit. HACKER und SACHSE (ebd., 166) umschreiben die Verarbeitung auf dieser Ebene auch als „deliberate“, also als subjektiv anstrengend.
- Wissensbasierte Regulationsebene: Bewusstseinsfähige aber nicht -pflichtige Bestandteile. Prozesse auf dieser Ebene sind langsamer als auf der automatischen Regulationsebene, aber schneller als auf der intellektuellen Regulationsebene.
- Automatische Regulationsebene: Nicht bewusstseinsfähige Tätigkeitsbestandteile. Prozesse auf dieser Ebene sind schnell, binden keine oder kaum Aufmerksamkeit, sind aber starr, können also nicht an veränderte Erfordernisse angepasst werden.

Dabei kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der bewussten Tätigkeitsregulation umso höher ist, je schwieriger die Realisierung der angestrebten Tätigkeitsziele ist. Dies trifft insbesondere dann zu, wenn (MÜLLER, KRUMMENACHER & SCHUBERT 2015, 156):

- der Kontext für die Handlungen neuartig ist,
- die Ausführung der Tätigkeit mit Schwierigkeiten verbunden ist,
- es als wichtig eingeschätzt wird, Fehler zu bei Zielerreichung zu vermeiden,
- unerwünschte Automatismen unterdrückt werden sollen oder
- die Ausführung mehrerer Tätigkeiten gleichzeitig erfolgen soll.

Durch die Bewertung, inwiefern eine Tätigkeit zur Erfüllung der antizipierten Ziele beigetragen hat oder nicht, erwirbt die ausführende Person eine Einschätzung, inwiefern sie erfolgreich war, oder nicht (SEMBILL 1992, 109), woraus sich Lerneffekte ergeben, die teilweise auch „Intake“ genannt werden (siehe z.B. WUTTKE & WOLF 2007, 102). Auch AEBLI (2003, 182ff.) geht davon aus, dass Handlungen, die von einem Individuum - in der Regel mehrmals - ausgeführt und als erfolgreich eingeschätzt werden, zum Erlernen und Verinnerlichen von „Handlungsschemata“ im Sinne eines Repertoires bewährter Handlungsabläufe führen, die es dann später nutzen kann. Dies gilt grundsätzlich sowohl für in der Realität ausgeführte Handlungsabläufe, als auch für allein in Gedanken vollzogene Handlungsabläufe (ebd., 193), wobei AEBLI mit Blick auf rein gedankliche Handlungen einschränkend ausführt: „Die effektive Handlung vollzieht sich am konkret vorliegenden Gegenstand. Die Handlungsvorstellung entbehrt dieser Stütze. Der Schüler muß (sic!) sich also nicht nur seine Handlung vorstellen, sondern auch den Gegenstand, an dem sie sich vollzieht. Das ist eine zusätzliche Leistung. Die Beobachtung des Resultats warnt den Schüler häufig, wenn er eine konkrete Handlung falsch ausführt ... Drum müssen Gedankenexperimente immer wieder durch tatsächlich ausgeführte Versuche kontrolliert werden.“ (ebd., 194).

Auch HACKER und SACHSE (2013, 475ff.) gehen von Lerneffekten aus, die mit der Ausführung von Arbeitstätigkeiten einhergehen, die letztlich auf eine Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung von Situationen abzielen und somit aus Sicht der vorliegenden Arbeit eine Kompetenzsteigerung darstellen:

- Sensibilisierung von „Sinnessystemen“: Die Fähigkeit, die Aspekte einer Situation wahrzunehmen, die für die Ausführung der Tätigkeit bedeutsam sind, wird verbessert. Als Beispiel führen die Autoren berufserfahrene Fachkräfte der Textilindustrie an, die nach langer Übung eine feinere Differenzierung einzelner Farbtöne vornehmen können.
- Reorganisation von Handlungsprogrammen: Durch eine Automatisierung einzelner, wiederkehrender Tätigkeitsbestandteile und das Anlegen bewährter „Programme“ für



schematische Abläufe, steht künftig mehr Aufmerksamkeit für komplexe Tätigkeitsbestandteile zur Verfügung, die in spezifischen Situationen neu entworfen werden müssen.

- Verbesserte intellektuelle Analyse und Tätigkeitsreorganisation: Der Tätigkeitsablauf wird zunehmend vor der Ausführung durchdacht und mit eigenen Erfahrungen abgeglichen. Dadurch wird die Tätigkeitsausführung zunehmend so gestaltet, dass Fehlerquellen und Möglichkeiten zur Fehlerbehebung antizipiert werden können. So weisen empirische Befunde bei Industriearbeiter/innen darauf hin, dass diese Fehler vermeiden und Leerläufe während der Arbeitstätigkeit mit zunehmender Erfahrung besser nutzen.
- Veränderungen sprachmotorischer Tätigkeitskomponenten bei Sprech Tätigkeiten, z.B. beim Erlernen einer Fremdsprache, auf die aufgrund des abweichenden Erkenntnisinteresses der vorliegenden Arbeit an dieser Stelle nicht weiter eingegangen wird.

Laut HACKER und SACHSE (ebd., 483f.) kann eine zunehmende Wiederholung von Arbeitstätigkeiten jedoch auch die Wahrscheinlichkeit einer erfolglosen Tätigkeitsausführung erhöhen. Dies ist der Fall, wenn die Tätigkeit so umgesetzt wird, dass sie nicht den normativen Vorstellungen einer „guten“ Ausführung entspricht. Das ist dem Umstand geschuldet, dass die Möglichkeiten einer Adaption der Tätigkeitsausführung bei häufiger Wiederholung geringer werden. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Bildung unerwünschter Routinen, die dem Bewusstsein der ausführenden Person nicht mehr zugänglich sind. So kann sich diese schlechter an bestehende oder neue Anforderungen anpassen.

Einem Aufbau starrer und ungünstiger Routinen können hingegen, so wird hier angenommen, „vollständige Tätigkeiten“ entgegenwirken. Wesentliches Merkmal diesbezüglich ist einerseits, dass die Tätigkeit Organisations-, Vorbereitungs-, Ausführungs- und Kontrollelemente beinhaltet (zyklische/sequentielle Vollständigkeit) und dass sämtliche Regulationsebenen angesprochen werden (hierarchische Vollständigkeit) (HACKER & SACHSE 2014, 176). Mit Blick auf die Krankenpflege kann der Aspekt der sequenziellen Vollständigkeit als vollständiges Ausführen des Pflegeprozesses beschrieben werden, der sich auch als Ausbildungsziel im Krankenpflegegesetz wiederfindet (§3 Abs. 2 Nr. 1a KrPflG). Als plausible Begründung, dass vollständige Tätigkeiten das Risiko des Erwerbs unerwünschter Routinen reduzieren erscheint einerseits, dass ein Teilaspekt darin besteht, den Erfolg der eigenen Tätigkeiten selbst zu planen und zu kontrollieren, was es wahrscheinlicher macht, unerwünschte Folgen der eigenen Tätigkeitsausführung festzustellen und Ursachen dafür suchen zu können. Andererseits scheint es naheliegend zu sein, dass die Integration bewusstseinspflichtiger und bewusstseinsfähiger Elemente in die Tätigkeitsgestaltung verhindern, dass man sich nicht mehr auf diese konzentriert.

#### **4.2.3.2 Kompetenzentwicklung durch das Lösen von Problemen**

Hilfreich für die Auswahl vollständiger Arbeitstätigkeiten durch das betriebliche Bildungspersonal als Grundlage für die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz scheint der Ansatz zu sein, Kompetenzentwicklung durch das Lösen von Problemen zu erklären, da sich daraus konkretere Hinweise zur Aufgabenzuteilung im Arbeitskontext ableiten lassen. Er ist eng verwandt mit den tätigkeitstheoretischen Überlegungen des letzten Kapitels, was sich in einer teilweise schwierigen Abgrenzung zwischen Tätigkeitsausführung und Problemlösen zeigt, auf die in diesem Kapitel eingegangen wird.

Ein Problem liegt laut DÖRNER (1987, 10) dann vor, wenn ein Individuum „...sich in einem inneren oder äußeren Zustand befindet, den es aus irgendwelchen Gründen nicht für wünschenswert hält, aber im Moment nicht über die Mittel verfügt, um den unerwünschten Zustand in den wünschenswerten Zielzustand zu überführen.“ Es lassen sich mit DÖRNER drei Merkmale von Problemen festhalten (ebd.):

- unerwünschter Anfangszustand;
- erwünschter Endzustand; dies wird hier so aufgefasst, dass das Individuum einen Zustand erreichen möchte, der sich vom Anfangszustand unterscheidet. Der erwünschte Endzustand muss noch nicht vollständig definiert sein, was später noch an den Problemkategorisierungen verdeutlicht wird;
- Barriere, die die Transformation des unerwünschten Anfangszustands in den erwünschten Endzustand verhindert.

Die „Barriere“ kann demnach als konstituierendes Element von Problemen gelten und grenzt diese von „reinen“ Handlungen ab. Diesbezüglich scheint auch ein gewisser Konsens innerhalb der Literatur erkennbar zu sein. So führt beispielsweise FUNKE (2003, 20f.) eine Reihe abweichender Problemdefinitionen auf, stellt dabei aber fest, dass er als „gemeinsamen Nenner“ die Suche nach einem Weg zu einem bestimmten Ziel sieht.

Handelnde Individuen können stets auf Probleme stoßen. Das liegt laut FUNKE (2003, 18) daran, dass Handeln definitionsgemäß mit Zielen verbunden ist, was aber nicht bedeutet, dass alle Ziele erreicht werden können. AEBLI (2003, 297). sieht drei Gründe für das Entstehen von Problemen:

- Das Bild der Wirklichkeit von Individuen oder ihre Handlungspläne weisen Lücken auf.
- Aussagen von Individuen über die Wirklichkeit oder ihre Handlungsabsichten widersprechen sich gegenseitig.

- Die Sicht von Individuen auf die Wirklichkeit, ihre Handlungen oder ihre Handlungspläne sind „unnötig kompliziert“.

DÖRNER (1987, 11ff.) unterscheidet Probleme einerseits danach, wie eindeutig die Kriterien dafür sind, dass der Ist-Zustand hinreichend in den angestrebten Soll-Zustand transformiert wurde und andererseits danach, wie bekannt die erforderlichen Handlungen zur Erreichung dieses Ziels sind: Ist eindeutig definiert, was erreicht werden soll und ist bekannt, mit welchen Mitteln dies möglich ist, liegt die Schwierigkeit in der erfolgreichen Kombination der Handlungen – es besteht eine *Interpolationsbarriere*. Ist dagegen der angestrebte Soll-Zustand bekannt, zugleich aber auch die dafür erforderlichen Handlungen, liegt die Schwierigkeit darin, diese zu entwickeln – es besteht eine *Synthesebarriere*. Sind hingegen die Kriterien des Zielzustands unbekannt, liegt eine *dialektische Barriere* vor. Als Beispiel nennt er die Rekonstruktion eines lückenhaften historischen Dokuments. Zur Lösung dieses Problems muss zunächst ein Entwurf angefertigt werden, der dann auf Widersprüche überprüft und gegebenenfalls modifiziert wird.

Tabelle 2: Barrieretypen zur Charakterisierung von Problemen nach DÖRNER (in Anlehnung an DÖRNER 1987, 14)

		<b>Klarheit der Zielkriterien</b>	
		<b>Hoch</b>	<b>Gering</b>
<b>Bekanntheitsgrad der Mittel</b>	<b>Hoch</b>	Interpolationsbarriere	Dialektische Barriere
	<b>Gering</b>	Synthesebarriere	Dialektische Barriere und Synthesebarriere

SEMBILL (1992, 102) thematisiert das Verhältnis zwischen Handeln und Problemlösen, wobei Handlungen in der vorliegenden Arbeit als bewusste und zielgerichtete Teile von Tätigkeiten verstanden werden (vgl. Kapitel 3.1.1). Demnach kann Handeln zum Problemlösen werden, wenn der Zielerreichungsprozess gestört wird und als Konsequenz das handelnde Individuum nicht mehr oder noch nicht weiß, wie es den angestrebten Zielzustand erreichen kann. Daraus lässt sich folgern, dass auch Bestandteile von Problemlöseprozessen zu Handlungen bzw. Tätigkeiten werden können, wenn diese dem Individuum bekannt sind. Als Beispiel sei hier eine Pflegeperson angeführt, die einen verletzten Arm verbinden möchte. Für den Fall, dass sich im Lauf der Tätigkeitsausführung z.B. aufgrund besonderer Gegebenheiten der Wunde herausstellt, dass die Vorgehensweise zur Wundversorgung, welche die Pflegeperson kennt, nicht angewendet werden kann, müsste diese ein Problem lösen. Würde sie nun aber durch Nachdenken („Probearbeiten“) feststellen, dass eine kleine Abwandlung ihres bisherigen Vorgehens

hinreichend ist, um die Situation zu bewältigen, wird der Problemlöseprozess zur Handlung. Somit ist die begriffliche Abgrenzung zwischen Handeln und Problemlösen bzw. zwischen Tätigkeitsausführung und Problemlösen bei der empirischen Erfassung von Problemen schwierig, wenn auch eine begriffliche Abgrenzung aus einer theoretischen Perspektive möglich ist.

ERICSSON (2003, 31ff.) argumentiert, dass sich das Erreichen von herausragenden Fähigkeiten durch eine Person in einem Gebiet dadurch erklären lässt, inwiefern sie spezifische komplexe Probleme gelöst hat. Dabei verweist er darauf, dass sich die Aufgaben, die subjektiv ein Problem darstellen und auch deren Komplexität sich mit zunehmender Erfahrung ändern. Diese Überlegung scheint kompatibel mit den tätigkeitstheoretischen Überlegungen des letzten Kapitels zu sein: Wenn ein Individuum eine Aufgabe löst und das Vorgehen hierzu unbekannt ist, ist davon auszugehen, dass die neuartigen, unbekanntesten Tätigkeitsbestandteile auf der intellektuellen Ebene reguliert werden. Gleichzeitig liegt es nahe, dass auch begrifflich-perzeptive und sensumotorische Regulationsprozesse stattfinden, außer das Problem wäre komplett neuartig, was wiederum eine erfolgreiche Problemlösung unwahrscheinlich erscheinen ließe. Somit wäre mit einer hohen Wahrscheinlichkeit die hierarchische Vollständigkeit der Aufgabe gegeben. Käme dann noch die sequentielle Vollständigkeit hinzu, würde es sich um eine vollständige Tätigkeit im Sinne von HACKER handeln.

Als lehr-lerntheoretische Konsequenz seiner Überlegungen leitet ERICSSON (2006, 699f.) das Konzept der „Deliberate Practice“ ab. Demnach entwickeln Personen herausragende Fähigkeiten auf einem Gebiet, wenn sie sich selbst über einen längeren Zeitraum hinweg damit auf einem Niveau beschäftigen, das eine erhebliche Konzentration erfordert. Es geht also darum nicht auf einem bestimmten Stand zu verweilen, sondern sich mit steigenden Leistungen stets neue Aufgaben zu suchen, die gerade noch bewältigt werden können und somit Problemlöseprozesse erfordern. Die damit verbundene Anstrengung ist in der Regel mit einer geringeren Freude der Lernenden verbunden. Ferner sind Rückmeldungen, z.B. von Lehrpersonen, über die Güte der Leistung der Lernenden bei der Lösung der komplexen Aufgaben zentral (ERICSSON, KRAMPE & TESCH-RÖMER 1993, 368). Auch in der großangelegten Meta-Meta-Studie von HATTIE konnte gezeigt werden, dass Feedback ein bedeutsamer Einflussfaktor hinsichtlich des Lernerfolgs von Schüler/innen ist, der empirisch je nach Art des Feedbacks entweder zu negativen oder zu positiven Effekten führt (HATTIE & TIMPERLEY 2007, 81), worauf in Kapitel 5 noch näher eingegangen wird. COUGLAN ET AL. (2014, 449) fassen zusammen: „First, ... the amount of time invested in domain-specific deliberate practice activities is positively, even monotonically, correlated to the attained performance level. Second, the individual requires resources,

including good teachers and suitable facilities, in order to optimize practice. Third, individuals who engage in deliberate practice are predicted to rate it as more relevant to improving performance, more effortful, and less enjoyable when compared to other activities.” Somit kann gesagt werden, dass neben der absoluten Beschäftigungsdauer die Komplexität der problemhaltigen Aufgaben in Relation zu den Vorkenntnissen der Lernenden entscheidend für deren Kompetenzerwerb ist. Mit Blick auf die Pflege konnte REUSCHENBACH (2008, 301f.) empirisch nachweisen, dass sich erfahrene und weniger erfahrene Pflegende hinsichtlich der Aufgaben unterscheiden, die sie als problemhaltig empfinden. Dies wird mit einschlägigen Vorerfahrungen mit diesen Problemen bzw. dem Erwerb einschlägiger Routinen begründet.

#### ***4.2.3.3 Zwischenfazit: Kompetenzentwicklung durch das Lösen von Problemen***

Der Ansatz, die Entstehung, Verbesserung und Verschlechterung von Handlungskompetenz über das Lösen von Problemen zu erklären, besitzt gegenüber den zuvor beschriebenen Theorien zur Kompetenzentstehung eine Reihe von Vorteilen: Einerseits kann, wie in Kapitel 5 noch deutlich wird, die Rolle emotionaler Aspekte integriert werden. Andererseits kann erklärt werden, wieso manche Personen mit steigender Berufserfahrung in einem bestimmten Bereich kompetenter werden und andere auf einem Niveau verharren bzw. sich verschlechtern. Ursachen können eine geringe Bandbreite bzw. eine geringe Komplexität auszuführender Tätigkeiten sein. Vor allem ist jedoch entscheidend, auf welcher Grundlage evaluiert wird, ob die Aufgabenbewältigung erfolgreich war, oder nicht. Geschieht dies auf Grundlage generalisierbaren Regelwissens, so kann davon ausgegangen werden, dass professionell gehandelt wird, ergo sich professionelle Handlungskompetenz entwickeln kann.

Dies ermöglicht auch die Ableitung von Hinweisen für das betriebliche Bildungspersonal zur Förderung professioneller Handlungskompetenz am Arbeitsplatz, insbesondere:

- Zuteilung von Aufgaben, die neuartig und hinreichend komplex sind, damit die Wahrscheinlichkeit erhöht wird, dass diese problemhaltig sind bzw. im Sinne der Handlungsregulationstheorie sämtliche Regulationsebenen adressiert werden.
- Sicherstellen, dass die lernende Person den Erfolg ihrer Aufgabenbewältigung auf der Grundlage wissenschaftlicher Aussagen evaluieren kann, die verbalisierbar und somit explizit sind.

Allerdings steht eine empirische Überprüfung hinsichtlich der Wirksamkeit des Problemlösens zur Steigerung (professioneller) Handlungskompetenz für den spezifischen Bereich der Pflege noch aus (DARMANN-FINCK 2008, 59f.).

### **4.3 Pflegebezogene Erklärungsansätze für Kompetenzentwicklung**

In Kapitel 4.2 wurden Ansätze zur Kompetenzentwicklung vorgestellt, die nicht auf spezifische berufliche Kontexte bezogen sind. Dabei wurde der Ansatz, das Lösen von Problemen als Grundlage für die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz zu betrachten, als besonders aussagekräftig für die Zielsetzung dieser Arbeit sowie ihrer Adressatengruppe eingeschätzt. Einschränkend wurde jedoch auf fehlende empirische Befunde in Hinblick auf den spezifischen Bereich der Pflege hingewiesen. Als Konsequenz werden in diesem Kapitel theoretische Ansätze zur Kompetenzentwicklung betrachtet, die speziell auf den Bereich der Pflege zugeschnitten sind. Dazu werden die Modelle von BENNER (Kapitel 4.3.1) sowie von OLBRICH (Kapitel 4.3.2) unter dem Gesichtspunkt betrachtet, inwiefern sich damit die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz erklären lässt. Darüber hinaus werden in Kapitel 4.3.3 weitere empirische Befunde zur Kompetenzentwicklung in der Pflege zusammengefasst. Ein Zwischenfazit (Kapitel 4.3.4) bildet den Abschluss des Kapitels.

#### **4.3.1 Stufen zur Pflegekompetenz (Benner)**

Um die Entwicklung pflegebezogener Kompetenzen zu beschreiben wird in der deutschsprachigen Literatur häufig das Modell „Stufen zur Pflegekompetenz“ angeführt (FICHTMÜLLER & WALTER 2007, 171). Bei diesem Ansatz (BENNER 2012) handelt es sich um eine Übertragung des Stufenmodells von DREYFUS und DREYFUS (vgl. Kapitel 4.2.1) auf die Pflege. Dabei nimmt die Autorin Bezüge zur phänomenologisch geprägten Theorie impliziten Wissens sensu POLANYI (vgl. Kapitel 3.1) vor und untermauert ihr Modell empirisch durch eine Interviewstudie sowie durch teilnehmende Beobachtungen bei Pflegenden unterschiedlicher Erfahrungsstufen. Zwar wurde das Modell von POLANYI bereits in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich seiner Aussagekraft unter Bezugnahme auf NEUWEG kritisiert (vgl. Kapitel 4.2.2). Allerdings existieren abgesehen von der Arbeit BENNERS bislang kaum empirisch untermauerte Studien aus dem Pflegebereich, die typische Entwicklungsprozesse mit wachsender Berufserfahrung untersuchen. Aus Sicht des problemorientierten Ansatzes zur Erklärung der Entstehung professioneller Handlungskompetenz kann man die Berufserfahrung nicht ignorieren. Denn wachsende Berufserfahrung ist grundsätzlich mit einer höheren Anzahl von potenziell problemhaltigen Arbeitsaufgaben und somit einer größeren Anzahl von Entwicklungsgelegenheiten bezüglich professioneller Handlungskompetenz verbunden.

Grundannahme bei BENNER (2012, 44) ist, dass sich das berufsbezogene Wissen von Pflegenden („klinisches Wissen“) in „theoretisches Wissen“ sowie in „praktisches Wissen“ unterteilen lässt. Dabei kann das praktische Wissen mit implizitem Wissen und das theoretische Wissen mit explizitem Wissen im Sinne von POLANYI (vgl. Kapitel 4.1) gleichgesetzt werden.

Praktisches Wissen ist demzufolge nicht systematisch beschreibbar und wird allein durch Erfahrung erworben. Dabei wird die Autorin hier so verstanden, dass sie die Möglichkeit vorsieht, praktisches Wissen durch theoriegeleitetes Handeln zu erwerben, was konform zu NEUWEGs (1999, 317ff.) lehr-lerntheoretischer Rezeption von POLANYI ist: „In einer angewandten Fachrichtung entwickelt sich das vorliegende Wissen somit zum einen durch die Erweiterung des praktischen Wissens (Know-how) durch theoriegeleitete wissenschaftliche Untersuchungen und zum anderen durch die systematische Erfassung des bereits bestehenden Know-hows, das direkt in der praktischen Ausübung dieser Fachrichtung erworben wird“ (BENNER 2012, 46). Kern von BENNERS Theorie ist eine Beschreibung unterschiedlicher Erfahrungsstufen, die mit unterschiedlichen Stadien der Kompetenzentwicklung einhergehen (ebd., 63ff.):

### **Stufe 1: Neuling (zu Beginn/im Verlauf der Ausbildung):**

Neulinge verfügen noch über keine praktischen Erfahrungen, sondern lediglich über kontextfreies Regelwissen. Genau diese Kontextfreiheit des Regelwissens steht nach der Vorstellung BENNERS einer erfolgreichen Bewältigung von Arbeitsaufgaben entgegen, da sie dadurch nicht wissen, welche Tätigkeiten zu priorisieren sind. Dementsprechend können sie auch die Gesamtheit der Arbeitssituation, in der sie sich befinden, noch nicht erfassen. Entscheidend für die Einordnung auf die Stufe „Neuling“ oder anderer Kompetenzstufen ist nicht die gesamte Berufserfahrung, sondern die Berufserfahrung in dem spezifischen Kontext, in welchem die Pflegeperson tätig ist. So ist auch eine erfahrene Intensivpflegeperson wieder Neuling, wenn sie in einem ihr unbekanntem Kontext tätig wird – z.B. in der Kinderkrankenpflege.

### **Stufe 2: Fortgeschrittene Anfänger/in (nach Abschluss der Ausbildung):**

Fortgeschrittene Anfänger/innen haben bereits so viele Situationen in einem spezifischen Kontext bewältigt, dass sie sich „wiederkehrenden bedeutungsvollen situativen Bestandteilen“ bewusst sind. Sie weisen aber noch Defizite hinsichtlich der Priorisierung von Aufgaben bzw. Aufgabenbestandteilen auf. Als lehr-lerntheoretische Konsequenz schlägt BENNER vor, Pflegenden dieser Erfahrungsstufe konkrete Hinweise durch erfahrenere Pflegenden hinsichtlich der situativspezifischen Umsetzbarkeit einzelner Tätigkeitselemente zu geben.

### **Stufe 3: Kompetente Pflegende (2-3 Jahre Berufserfahrung in einem Kontext):**

Kompetente Pflegende können im Gegensatz zu fortgeschrittenen Anfängern ihre Tätigkeiten so gestalten, dass sie auf längerfristige Ziele ausgerichtet sind. Sie haben das Gefühl, den Anforderungen ihrer Arbeitsplätze gewachsen zu sein, arbeiten aber noch nicht so schnell, wie Pflegende höherer Erfahrungsstufen. Als lehr-lerntheoretische Konsequenz schlägt BENNER

vor, hypothetische Entscheidungssituationen gedanklich durchzuspielen, um Planungs- und Koordinationsaufgaben zu üben.

#### **Stufe 4: Erfahrene Pflegende (3-5 Jahre Berufserfahrung in einem Kontext):**

Situationen werden „intuitiv“ aufgrund früherer Erfahrungen erfasst und Handlungen an Maximen ausgerichtet. Abweichungen zwischen „Erwartbarem und Normalem“ werden „unmittelbar“ erkannt. Als lehr-lerntheoretische Konsequenz schlägt BENNER die Bearbeitung von Fallbeispielen auf der Basis selbst durchlebter Situationen vor, denn: „Ihnen (Anmerkung JK: den erfahrenen Pflegenden) kontextfreie Grundsätze und Regeln vorzusetzen würde sie nur frustrieren und eine Herausforderung für sie darstellen, Beispiele für Situationen anzuführen, die im Widerspruch zu diesen Grundannahmen und Regeln stehen. Wer auf dieser Stufe angelangt ist, sieht die **Theorie**, auf die seine **Fähigkeiten und Handlungsweisen** ursprünglich einmal **aufbauten, nun häufig als unnützes Beiwerk** an.“ (ebd., 49, Markierung JK).

#### **Stufe 5: Pflegeexpertin/Pflegeexperte (mehr als 5 Jahre Berufserfahrung in einem Kontext):**

Auf dieser Stufe erfolgt sowohl die Erfassung der Situation als auch die Gestaltung der Tätigkeiten darin rein intuitiv und somit unabhängig von analytischen Prinzipien wie Regeln, Richtlinien oder Maximen. Typisch dafür ist eine Unfähigkeit, das vorhandene Wissen systematisch zu verbalisieren. Als lehr-lerntheoretische Konsequenz schlägt BENNER vor, kritische Situationen von Pflegeexpertinnen und -experten systematisch beschreiben zu lassen, um daraus Wissen für weniger erfahrene Pflegende zu gewinnen. Dabei geht die Autorin nicht auf die zuvor thematisierten Schwierigkeiten auf dieser Erfahrungsstufe ein, systematische Beschreibungen für Tätigkeitsbegründungen vorzunehmen.

Der Verdienst BENNERS besteht aus Sicht dieser Arbeit darin, typische Entwicklungsprozesse durch Erfahrung an pflegerischen Arbeitsplätzen auf empirischer Grundlage zu rekonstruieren. Sie liefert somit Anhaltspunkte für typische Entwicklungsprozesse mit wachsender Berufserfahrung. Ferner werden zeitliche Grenzen identifiziert, in denen laut den zugrundeliegenden Interviews „Entwicklungssprünge“ identifiziert werden.

Allerdings ist die Entwicklung, die das Stufenmodell BENNERS beschreibt, nicht mit einer Entwicklung zur professionellen Handlungskompetenz im Sinne dieser Arbeit gleichzusetzen, was bereits als Kritikpunkt am Stufenmodell nach DREYFUS nach DREYFUS angeführt wurde. Dementsprechend lässt sich auch die Kritik an diesem Modell auf die Studie BENNERS übertragen,



die bereits angeführt wurde (vgl. Kapitel 4.2.1; siehe auch FICHTMÜLLER & WALTER 2007, 171). So kritisieren auch FICHTMÜLLER und WALTER (2007, 171), dass nicht hinreichend geklärt wird, wie das praktische Wissen auf fortgeschrittenen „Kompetenzstufen“ nicht in „impliziter Blindheit“ mündet, da bei Benner bewusster, kontextbezogener Reflexion nur wenig Bedeutung beigemessen wird. Darüber hinaus wird BENNER theoretisch widersprüchlich, wenn es um die Konsequenzen ihres Stufenmodells geht: Auf der einen Seite weist sie darauf hin, dass besonders Erfahrene Pflegepersonen die Begründungen ihres Handelns schwer verbalisieren können, was sie mit dem Unterschied zwischen theoretischem und praktischem Wissen begründet. Gleichzeitig fordert sie jedoch, dass diese kritische Situationen systematisch beschreiben, um Lerngrundlagen für weniger erfahrene Pflegende zu gewinnen. Als Konsequenz wird das Modell BENNERS nicht als geeignete Theorie angesehen, um Ansatzpunkte zur Förderung professioneller Handlungskompetenz zu gewinnen. Dennoch lassen sich typische Entwicklungsprozesse im Zuge wachsender Berufserfahrung ableiten. Dies liefert einen Mehrwert hinsichtlich der Durchführung empirischer Studien zur Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung auf Pflegende.

#### **4.3.2 Kompetenzentwicklung in Lern- und Handlungsdimensionen (Olbrich)**

OLBRICH (2010) hat als eine der wenigen deutschen Pflegeforscherinnen ein Modell zur Kompetenzentwicklung in der Pflege vorgelegt, das hier näher skizziert werden soll. Ihre Erkenntnisse stammen aus offenen Interviews mit Pflegenden im Sinne der Grounded Theory sowie aus theoretischen Vorstellungen und empirischen Befunden aus der Literatur. OLBRICH (ebd., 176ff.) unterscheidet verschiedene Arten zu lernen, die sie als „Ebenen des Lernens“ beschreibt. Schwierig bei der Lektüre ist die teilweise ungewöhnliche Verwendung von Fachbegriffen. Diese wird im Folgenden so wiedergegeben, dass sie der Originalquelle möglichst entspricht.

1. **Deklaratives Lernen:** Es wird kontextfreies, vollständig explizites „Faktenwissen“ erworben.
2. **Prozedurales Lernen:** Wissen wird angewendet und dadurch „Praxiswissen“ erworben. Dies geschieht im Gegensatz zur Vorstellung BENNERS aber nicht als rein implizites Lernen, sondern es werden auch Erklärungen mit Bezug zum Anwendungsfall miteinbezogen: „Die Durchführung von Pflegemaßnahmen wird **erklärt und geübt**. Schüler haben dann Wissen und mechanistisches Können, um z.B. einem Patienten Essen einzugeben oder ihn zu waschen.“ (ebd., 177, Markierung JK).
3. **Konditionales Lernen:** Wissen wird in spezifischen Kontexten unter Berücksichtigung situationaler Gegebenheiten angewendet. Dabei liegt der Schwerpunkt im Erwerb von

Entscheidungsgrundlagen, welche Wissensbestandteile wie in spezifischen Rahmenbindungen optimal zur Bewältigung der darin eingebetteten Aufgaben eingesetzt werden können. Dies muss laut OLBRICH nicht in realen Arbeitskontexten geschehen, sondern ist auch in simulierten Situationen bzw. im Rahmen von Fallstudienarbeit möglich.

4. **Reflektives Lernen:** Hier geht es um die Vermittlung von Kriterien, anhand derer die Wirkung und die Richtigkeit des eigenen Handelns bzw. der Tätigkeitsgestaltung bewertet werden kann. Eine Definition im engeren Sinne findet jedoch nicht statt. Stattdessen ist der Abschnitt normativ gehalten, ohne dies näher zu begründen: „Die Hochschule muss den Studierenden auch dabei helfen, verstandes- und gefühlsmäßig die notwendigen Voraussetzungen zu entwickeln, damit sie verantwortungsbewusste und zufriedene Bürger werden“ (ebd., 178f.). Dabei ist die Verwendung des Begriffs „zufrieden“ als Zieldimension in pädagogischen Arbeiten sehr ungewöhnlich, die Autorin geht jedoch nicht näher darauf ein.
5. **Identitätsförderndes Lernen:** Hier geht es um die Herausbildung der Identität durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt in Relation zu sich selbst. Diese Lernart erinnert stark an die entwicklungspsychologischen Vorstellungen zur Identitätsentwicklung im Jugendalter (siehe z.B. ERIKSON 1979, 106ff.; für eine Übersicht siehe OERTER & DREHER 2008, 271ff.). Allerdings werden in dem entsprechenden Abschnitt keine Quellen von OLBRICH (ebd., 179f.) genannt und auch der Identitätsbegriff nicht näher definiert, womit der theoretische Hintergrund unklar bleibt, auf den diese Überlegungen aufbauen.

OLBRICH (ebd., 180f.) führt ferner aus, dass die einzelnen Ebenen des Lernens miteinander zusammenhängen, aber eine Typisierung der Komplexität entlang der Ebenen erfolgen kann: Deklaratives Lernen wird am einfachsten, identitätsförderliches Lernen am komplexesten eingestuft. Die Lernarten befähigen im Ergebnis zu verschiedenen Handlungsebenen (ebd., 181ff.), wobei gerade hier die Verwendung der Fachbegriffe eigenwillig ist.

1. **Deklaratives Handeln:** Dessen Voraussetzungen werden im Rahmen deklarativer und prozeduraler Lernprozesse erworben. Die Tätigkeitsgestaltung richtet sich an starren Regeln und Routinen aus – es findet keine Abwägung statt, ob diese spezifischen situationalen Kontexten genügt.
2. **Situativ-konditionales Handeln:** Dessen Voraussetzungen werden im Rahmen konditionaler Lernprozesse erworben. Dabei stehen Abwägungsprozesse im Vordergrund, welche Tätigkeitsgestaltung für die Aufgabenerfüllung in spezifischen Kontexten am

besten geeignet ist. OLBRICH (ebd., 183) thematisiert in diesem Zusammenhang mittels eines Beispiels auch das Zusammenspiel zwischen explizit-theoretischen Annahmen und implizit-praktischer Umsetzung: „Im Pflegeberuf, auch in anderen sozialen Berufen, wird die Handlung sowohl vom Fachwissen als auch von der Seite der Menschen und den auch außerhalb dieser Situation gelegenen Faktoren bestimmt. Zum Beispiel ist die Körperpflege eines Patienten notwendig, denn so erfordert es das Fachwissen und das Wissen um die Hygiene (Anmerkung JK: Eine begriffliche Abgrenzung zwischen ‚Fachwissen‘ und ‚Wissen um die Hygiene‘ findet an der Stelle nicht statt). Der Patient wehrt sich jedoch vehement von der Krankenschwester gewaschen zu werden. Welches Wissen kommt nun zur Anwendung?“

3. **Reflektives Handeln:** Dabei geht es um das Bewerten des eigenen Handelns anhand ethischer Maßstäbe. Hier ist zu ergänzen, dass OLBRICH nicht näher definiert, was sie unter ethischen Maßstäben versteht.
4. **Aktiv-ethisches Handeln,** das laut Olbrich die Voraussetzung für identitätsförderndes Lernen darstellt. Indem die Pflegeperson eine stabile Identität entwickelt hat, ist sie in der Lage, ihre Tätigkeitsgestaltung auch dann im Sinne der Gepflegten durchzuführen, wenn sie gegenwärtigen Normen widersprechen. Hier führt OLBRICH jedoch nicht explizit aus, wie Pflegende feststellen können, wann ihre Tätigkeitsziele im Sinne der Gepflegten sind, denn diese würden gerade bei einer Missachtung gängiger Normen eine Begründung erfordern. Dadurch wird auch die Abgrenzung zum reflektiven Handeln nicht restlos geklärt, da auch dort eine Bewertung des eigenen Handelns aufgrund ethischer Maßstäbe im Mittelpunkt steht.

Die Modellvorstellung zur Kompetenzentwicklung von OLBRICH ist ein möglicher Ansatz, um die Entstehung professioneller Handlungskompetenz bei Pflegenden im Sinne der vorliegenden Arbeit zu erklären. Voraussetzung dafür wäre jedoch, dass sie so interpretiert wird, dass eine Ausrichtung von Pflege an „ethischen Prinzipien“, auf die wiederholt verwiesen wird, eine Ausrichtung an wissenschaftlichen Aussagen im Sinne eines generalisierbaren Regelwissens beinhaltet. Ob dies jedoch von OLBRICH auch so intendiert ist, bleibt aufgrund der eigenwilligen Verwendung von Fachtermini, die meist nicht voneinander abgegrenzt werden, unklar.

Ungeklärt bleibt darüber hinaus, wie OLBRICH aus ihrem Interviewmaterial die hierarchische Struktur ihrer Kategorien, etwa des Pflegehandelns, herleitet (FICHTMÜLLER & WALTER 2007, 174). So ist etwa die Verortung der Identitätsfindung bzw. des aktiv-ethischen Handelns auf der höchsten Stufe der Kompetenzentwicklung im beruflichen Kontext der Pflege unklar, da

nicht begründet wird, wie das Verhältnis zu den anderen Arten zu Handeln zu sehen ist. Ferner gibt es häufig zitierte Vorstellungen zur Identitätsbildung aus der Entwicklungspsychologie (z.B. ERIKSON 1979, 106ff.), die dies als typischen Entwicklungsprozess in der Jugendphase, also als einen im weiteren Sinne berufsunabhängigen Prozess, skizzieren, wobei hier der Aspekt der Rollenfindung im Mittelpunkt steht. Eine theoretische Auseinandersetzung damit findet jedoch nicht statt. Darüber hinaus steht eine empirische Überprüfung der Theorie von OLBRICH noch aus.

Somit wird der Ansatz von OLBRICH aufgrund seiner teilweise unklaren Darstellung, die insbesondere auf eine eigenwillige Begriffsverwendung und eine geringe Anzahl von Bezügen zu anderen Quellen zurückzuführen ist, nicht weiter zur Erklärung der Entstehung von (professioneller) Handlungskompetenz in der Pflege verwendet.

#### **4.3.3 Weitere Befunde zur Kompetenzentwicklung an pflegerischen Arbeitsplätzen**

Neben den Modellen von BENNER und OLBRICH, die in den letzten beiden Kapiteln dargestellt wurden, existieren einige empirische Befunde zur Kompetenzentwicklung in der Pflege, die keine globalen Erklärungsansätze zur Entwicklung von Handlungskompetenz bzw. professioneller Handlungskompetenz liefern. Stattdessen konzentrieren sie sich jeweils auf bestimmte Teilaspekte, weshalb ihre Darstellung im Folgenden weniger ausführlich erfolgt:

KERSTING (2002, 88ff.) legte insgesamt 30 Krankenpflegeschüler/innen eine Fallstudie vor, die ein moralisches Entscheidungsdilemma enthielt und führte anschließend Interviews, in denen die geschilderte Situation sowie die beschriebenen Entscheidungen der beschriebenen Akteure, erfragt wurden. Aus dem Ergebnis leitet die Autorin ab, dass Personen in höheren Ausbildungsjahren Normabweichungen als Folge einer „moralischen Desensibilisierung“ nicht häufiger auflösten als in niedrigen Ausbildungsjahren. Dies wird im Kern auf die Übernahme einer bestehenden Praxis inklusive ihrer Normabweichungen zurückgeführt, die mit verschiedenen Rechtfertigungs- bzw. Verdrängungsmustern in Verbindung gebracht wird (ebd., 208). Die Ergebnisse sprechen somit dafür, dass eine quantitativ höhere Berufserfahrung nicht automatisch zu anforderungsgerechter Tätigkeitsgestaltung und somit zur Kompetenzsteigerung führt.

KIRCHHOF (2007, 115ff.) hat elf Personen, die in der Alten- und Krankenpflege sowie in angrenzenden Berufen tätig waren, mittels narrativ-biographischer Interviews befragt, um förderliche Faktoren informeller Lernprozesse an pflegerischen Arbeitsplätzen zu identifizieren. Die befragten Personen schilderten, aufbauend auf ihren individuellen Voraussetzungen, wie z.B. ihrer Vorerfahrungen, durch die aktive Teilhabe an der Berufspraxis und durch Interaktionen

mit pflegebedürftigen Personen, Kolleginnen und Kollegen sowie anderen Adressaten hinzugelern zu haben (ebd., 136ff.). KIRCHHOF (ebd., 170f.) hebt in seiner zusammenfassenden Darstellung zwar die Bedeutung informellen Lernens am Arbeitsplatz hervor – für das Erlernen der kontextspezifischen Anwendung von Theorien, verweist er gleichzeitig jedoch auf die Gefahr einer unreflektierten Übernahme bestehender Praxis: „Denn bei aller Leistungsfähigkeit informellen Lernens darf jene Gefahr nicht übersehen werden, die mit der möglicherweise unreflektierten Übernahme von Erfahrungswissen und unsystematischem, ggf. fehlerhaftem Praxishandeln einherzugehen vermag“ (ebd., 170).

BOHRER (2013, 100ff.) führte Interviews und teilnehmende Beobachtungen mit insgesamt 7 Pflegenden aus der Alten- und Krankenpflege durch, um den Prozess der Entwicklung von „Selbständigkeit“ empirisch nachzuvollziehen. Selbständigkeit wird in diesem Fall als subjektiv wahrgenommene Kombination aus Verantwortung, (Selbst-)Vertrauen sowie Unabhängigkeit verstanden, was nicht unbedingt mit „richtigem“ Handeln einhergehen muss (ebd., 317). Sie gelangt zu dem Ergebnis (ebd., 320f.), dass sich Selbständigkeit in einer Interaktion zwischen lernenden und anleitenden Person entwickelt. Auf Seiten der lernenden Personen sind besonders eigene Entscheidungs- bzw. Tätigkeitsspielräume förderlich für den Erwerb von Selbständigkeit. Dieser wird von anleitenden Personen beeinflusst, die darüber hinaus auch mitbestimmen, welche Lerngelegenheiten zur Verfügung stehen. Wie KIRCHHOF (siehe oben) verweist auch BOHRER (ebd., 322) auf Grenzen eines rein impliziten Lernens am Arbeitsplatz, ohne die Güte der eigenen Tätigkeitsgestaltung auf der Grundlage expliziten Wissens zu beurteilen: „Aufgrund des geringen Bewusstseinsgrades der Lernerfahrungen birgt das informelle Lernen die Gefahr der Blindheit gegenüber Fehlurteilen und daraus folgenden Fehlhandlungen“ (ebd.).

Eine weitere Studie, die aufgrund ihrer Aktualität sowie aufgrund ihrer Bezüge zur Handlungstheorie besonders interessant für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit erscheint, ist die Dissertation „Human Agency at Work“, die von GOLLER (2017) veröffentlicht wurde. Ziel war die Identifikation von Faktoren zur Vorhersage der Entwicklung von Expertise (im Sinne von Handlungskompetenz) von Altenpflegekräften. Dazu wurde zunächst ein theoretisches Rahmenmodell entwickelt. Daraufhin wurden Interviews mit 9 leitenden Pflegepersonen mit einer Berufserfahrung von mindestens 20 Jahren zu Faktoren geführt, die ihrer Ansicht nach für die Entwicklung von Expertise entscheidend waren und durch welche Merkmale sich besonders kompetente Pflegepersonen in der Altenpflege auszeichneten (ebd., 160ff.). Auf Basis der Befunde sowie aufgrund des theoretischen Rahmenmodells wurden danach Skalen aus

einschlägigen standardisierten Messinstrumenten ausgewählt und damit ein Fragebogen erstellt. Dieser wurde nach einer Pilotstudie und entsprechenden Anpassungen (ebd., 203ff.) an 32 Pflegeheime verschickt. Insgesamt wurden so 1882 Pflegende befragt, von denen 909 antworteten und wovon 879 Fälle in die Auswertung einbezogen wurden (ebd., 234ff.). Zur Messung der Kompetenz wurde die standardisierte NCS-Skala (Nurse Competence Scale) nach GIRBIG und BAUER (2011) für die Altenpflege adaptiert, wobei GOLLER (2017, 244) kritisch anmerkt, dass diese Skala nicht hinreichend psychometrisch überprüft wurde. Ein wesentliches Ergebnis war, dass kompetente Pflegepersonen eher selbstgewählte Tätigkeiten ausführten und überzeugter waren, diese korrekt durchführen zu können (ebd., 319ff.). Ferner zeigte sich, dass Pflegende, die aus eigenem Antrieb heraus weitere Aufgaben übernahmen („deliberate job enrichment“) sowie ergänzende Lernangebote wahrnahmen („institutionalised learning activities“) auch eine stärker ausgeprägte Expertise aufwiesen (ebd., 322ff.). Einflüsse organisationaler Rahmenbedingungen konnten empirisch hingegen lediglich dahingehend festgestellt werden, dass ein höheres Ausmaß an Autonomie die Wahrscheinlichkeit erhöhte, dass die untersuchten Personen eher zusätzliche Aufgaben bzw. Verantwortlichkeiten übernahmen (ebd., 328). Zwar ist die beschriebene Studie von GOLLER spezifisch auf die Altenpflege bezogen, was sich auch in der Auswahl der Skala zur Kompetenzerfassung zeigte, jedoch kann sie als empirische Bestätigung dafür gesehen werden, dass die ausgeführten Tätigkeiten entscheidend für die Entwicklung von Kompetenz auch im Bereich der Pflegeberufe sind. Die Rolle des Zugriffs auf arbeitsbezogene Informationen zur Expertiseentwicklung, sowie des Feedbacks wurde von GOLLER ebenfalls in der Konzeption seines theoretischen Rahmenmodells berücksichtigt (ebd., 155), jedoch konnten aufgrund psychometrischer Schwierigkeiten mit den verwendeten Skalen keine belastbaren Ergebnisse diesbezüglich gewonnen werden: „...the hypothesised relationship between work agency and other professionell actors could not be empirically investigated because of psychometric problems of the items measuring this specific agent action. It is therefore unclear wether agentic individuals also more often initiate efforts to obtain work-related information from other individuals based on Study 3.“ (ebd., 321f.), wobei mit “Study 3” die Haupterhebung gemeint ist.

Auch wenn die vier beschriebenen Studien jeweils unterschiedliche Teilaspekte der Kompetenzentwicklung fokussieren, so sprechen sie alle gegen eine automatische Entwicklung (professioneller) Handlungskompetenz allein durch die Teilnahme an pflegerischen Arbeitsprozessen: KERSTING zeichnet empirisch eine zunehmende Übernahme und Rechtfertigung gegenwärtiger Berufspraxis in der Krankenpflegeausbildung im Lauf der Ausbildungszeit nach, auch wenn diese moralisch widersprüchlich erscheint. KIRCHHOF und BOHRER thematisieren die

Gefahr einer Übernahme falscher Tätigkeitsgestaltung und betonen in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit einer Verschränkung formaler und informeller Lernprozesse. Dies unterstreicht letztlich die Bedeutung expliziten Wissens als Bewertungsgrundlage hinsichtlich der Bewertung des Erfolgs der eigenen Tätigkeitsgestaltung als Grundlage für kompetenzförderliches Lernen am Arbeitsplatz. Die Studie von GOLLER unterstreicht die zentrale Rolle von Arbeitstätigkeiten als Ursache für die Entwicklung von Handlungskompetenz an pflegerischen Arbeitsplätzen.

#### 4.4 Fazit: Generalisierbares Regelwissen als Grundlage für die Entstehung professioneller Handlungskompetenz in der stationären Krankenpflege

Sieht man die Aufgabe betrieblichen Bildungspersonals in der Förderung professioneller Handlungskompetenz (vgl. Kapitel 3), so stellt sich die Frage, wie dies umgesetzt werden kann. Dazu wurden in Kapitel 4 eine Reihe unterschiedlicher theoretischer Ansätze dargestellt und darauf geprüft, inwiefern sie die Förderung professioneller Handlungskompetenz möglichst aussagekräftig und widerspruchsfrei erklären können. Als Ergebnis wurde der Ansatz gewählt, die Entstehung professioneller Handlungskompetenz als Ergebnis des Lösens von Problemen unter Verwendung generalisierbaren Handlungswissens anzusehen (vgl. Kapitel 4.2.3). Dieser Ansatz wird schematisch aus Sicht einer Pflegeperson beim Lösen eines Problems in der folgenden Grafik dargestellt. Diese bezieht sich inhaltlich auf die Überlegungen und Quellen, die in Kapitel 4.2.3 ausführlich dargestellt sind.

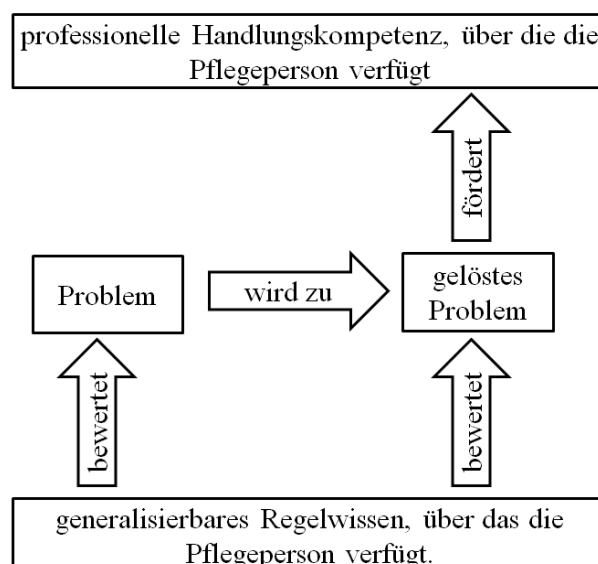


Abbildung 3: Schematische Darstellung der Entstehung professioneller Handlungskompetenz durch das Lösen eines Problems (vgl. Kapitel 4.2.3)

1. Ausgangspunkt der Darstellung ist, dass die Pflegeperson mit einer Aufgabe konfrontiert wird, die sie lösen möchte, aber deren Lösungsweg sie nicht vollständig kennt, z.B. ein für sie unbekannter Verbandswechsel.
2. Voraussetzung für die Entstehung professioneller Handlungskompetenz ist nun, dass sie aufgrund ihres generalisierbaren Regelwissens über eine verallgemeinerbare, explizite Vorstellung über eine Lösung des Problems verfügt. Darunter sind z.B. Vorstellungen zu verstehen, wie angemessene Verbände beschaffen sein müssen, etwa, dass sie nicht zu fest und nicht zu locker sind, dass bestimmte Materialien bei bestimmten Wunden zum Einsatz kommen etc.
3. Führt eine Pflegeperson eine Aufgabe aus, so wird sie das Ergebnis wiederum aufgrund ihres generalisierbaren Regelwissens bewerten, also z.B. inwiefern der Verband zu fest/zur Locker angelegt ist, etc. Auf dessen Grundlage finden nun Lerneffekte statt, die die professionelle Handlungskompetenz fördern.

Selbstverständlich handelt es sich hier um eine vereinfachte Darstellung, die sich lediglich auf den Aspekt konzentriert, wie professionelle Handlungskompetenz auf Basis generalisierbaren Regelwissens entstehen kann. Es ist natürlich auch möglich, dass das Problem nicht gelöst wird oder dass kein entsprechendes Regelwissen verfügbar ist, was aufgrund fehlender Bewertungsmöglichkeiten die Möglichkeiten zur Entwicklung professioneller Handlungskompetenz entsprechend einschränkt. Als Konsequenz für das betriebliche Bildungspersonal legt das skizzierte Modell zur Förderung professioneller Handlungskompetenz zwei miteinander verbundene Ansatzpunkte nahe, die jeweils Gegenstand der folgenden Kapitel sind:

- Das Bereitstellen subjektiv problemhaltiger, aber gleichzeitig bewältigbarer Aufgaben (siehe Kapitel 5).
- Das Bereitstellen expliziten, generalisierbaren Regelwissens, wenn Probleme gelöst werden (siehe Kapitel 6).

## **5. Komplexitätsfördernde Merkmale von Aufgaben innerhalb der stationären Krankenpflege**

Ergebnis des letzten Kapitels war, dass es als aussagekräftig für die Fragestellung dieser Arbeit angesehen wird, die Entstehung professioneller Handlungskompetenz über zwei Faktoren zu erklären (a und b):

- a) Es müssen berufliche Aufgaben bewältigt werden, die subjektiv problemhaltig sind, da ihr Lösungsweg nicht vollständig bekannt ist.



- b) Es müssen der problemlösenden Person explizite wissenschaftliche Aussagen zur Beurteilung des Tätigkeitserfolgs bekannt sein.

Daraus folgt, dass das betriebliche Bildungspersonal die Entstehung professioneller Handlungskompetenz fördern kann, indem es einerseits die Zuteilung hinreichend anspruchsvoller Arbeitsaufgaben unterstützt und darüber hinaus generalisierbares Regelwissen zur Verfügung stellt. Während sich Kapitel 6 näher mit dem Zugriff auf generalisiertes Regelwissen auseinandersetzt, beschäftigt sich dieses Kapitel mit Faktoren, die die Komplexität einer pflegerischen Aufgabe steigern und somit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass diese als Problem wahrgenommen wird. Dem betrieblichen Bildungspersonal können dadurch Hinweise auf Situationen zugänglich gemacht werden, in denen der Zugriff auf entsprechendes Regelwissen besonders kritisch für die Förderung professioneller Handlungskompetenz ist. Dazu orientiert sich der Aufbau des Kapitels an den konstitutiven Elementen pflegerischer Situationen, die in Kapitel 3.3.2 dargestellt wurden: Kapitel 5.1 geht allgemein auf komplexitätsfördernde Eigenschaften von (Arbeits-)aufgaben ein. Diese sind in engem Zusammenhang mit dem Situationszweck sowie dem Tätigkeitsmuster zu sehen, was in diesem Kapitel verdeutlicht wird. Zur Betrachtung der Komplexität der Tätigkeitsmuster scheint es gerade im pflegerischen Kontext von großer Relevanz zu sein, emotionale und motivationale Aspekte zu betrachten, die in den Kapiteln 5.3 sowie 5.4 dargestellt werden, was auch empirische Befunde zeigen, die später (siehe Kapitel 5.6) noch gezeigt werden. Komplexitätsförderliche Aspekte der Rollenstruktur bzw. der Zusammenarbeit werden in Kapitel 5.4 adressiert, die der Ausstattung in Kapitel 5.5. In Kapitel 5.6 werden empirische Vorbefunde aus dem deutschsprachigen Raum dazu gezeigt, welche Aufgaben von Pflegenden in ihrer Berufspraxis als komplex bzw. problemhaltig wahrgenommen werden. Den Abschluss des Kapitels bildet ein Zwischenfazit (Kapitel 5.7).

### **5.1 Typische Merkmale komplexer Aufgaben**

Ziel dieses Kapitels ist es, eine Übersicht über typische Merkmale komplexer Aufgaben zu geben. In der vorliegenden Arbeit wird das Lösen von Problemen bzw. problemhaltigen Aufgaben als konstitutiv für die Entstehung professioneller Handlungskompetenz gesehen. Der grundliegende Problembegriff wurde zuvor auf der Grundlage von DÖRNER definiert (vgl. 4.2.3.2). Dementsprechend wird aus Gründen theoretischer Stringenz auf ein heuristisches Modell dieser Forschungsgruppe zurückgegriffen. DÖRNER (2008, 22ff.) hat die Entstehung und Lösung von Problemen anhand einer Reihe von Computersimulationen<sup>7</sup> untersucht. Aufgrund

---

<sup>7</sup> Exemplarisch seien hier die Simulationen „Lohhausen“ sowie „Tanaland“ angeführt (DÖRNER 2008, 33ff.)

der Erkenntnisse daraus arbeitet er folgende Merkmale von Aufgaben in Handlungssituationen, die hohe Anforderungen besitzen, heraus (ebd., 58ff.):

- **Komplexität:** Dieser Begriff ist möglicherweise an der Stelle etwas unglücklich von DÖRNER gewählt, da auch die nachfolgenden Merkmale die Komplexität einzelner Aufgaben erhöhen. Damit ist gemeint, dass die Bewältigung einer Aufgabe umso anspruchsvoller ist, je mehr unterschiedliche Merkmale gleichzeitig dafür berücksichtigt werden müssen und je stärker diese Merkmale miteinander vernetzt sind. Mit „vernetzt“ ist gemeint, dass die Veränderung eines Merkmals Auswirkungen auf andere Merkmale hat.
- **Dynamik:** Die Bewältigung einer Aufgabe ist umso anspruchsvoller, je schneller und je stärker sie sich selbst bzw. die Handlungssituation, in die sie eingebettet ist, verändert. Dadurch steht weniger Zeit für die Analyse der Situation sowie zur Planung geeigneter Tätigkeitsentwürfe zur Verfügung.
- **Intransparenz:** Die Bewältigung einer Aufgabe ist umso anspruchsvoller, je mehr Merkmale relevant sind, die nicht sichtbar bzw. der tätigen Person nicht zugänglich sind, was die Unbestimmtheit der Entscheidung zur Tätigkeitsgestaltung erhöht.
- **Unkenntnis und falsche Hypothesen:** Die Bewältigung einer Aufgabe ist umso anspruchsvoller, je geringer die Kenntnis der tätigen Person darüber ist, wie die relevanten Merkmale miteinander zusammenhängen. DÖRNER (ebd., 65f.) weist ausdrücklich darauf hin, dass das entsprechende Wissen expliziter oder impliziter Natur sein kann. Weiterhin kann es auch lückenhaft oder falsch sein, was gerade erfahrenen Personen häufig nicht bewusst ist, jedoch eine anforderungsgerechte Bewältigung von Aufgaben weniger wahrscheinlich macht.

Die eben ausgeführte Übersicht von DÖRNER zu Merkmalen, die den Anspruch von Aufgaben bzw. von Entscheidungssituationen erhöhen, kann durch die Umsetzung in verschiedenen Computersimulationen als recht verbreitet betrachtet werden. Mit Blick auf die Pflege als Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist jedoch anzumerken, dass die Rolle persönlich bedeutsamer bzw. emotionaler Aspekte hinsichtlich der Komplexität von (Arbeits-)Aufgaben nicht ausdrücklich in den zugrundeliegenden Ausführungen geklärt wird. Aufgrund der Anforderung an Pflegenden, als Teil ihres professionellen Handelns individuell auf pflegebedürftige Personen und ihre Bedürfnisse einzugehen (vgl. Kapitel 3.2), erscheint dies jedoch als verkürzt für den Gegenstandsbereich der vorliegenden Arbeit. Als geeigneter wird die folgende Übersicht von SCHAUB (2001, 11) betrachtet, der als Schüler DÖRNERs die beschriebenen Gedanken seines

Doktorvaters weiterentwickelt (siehe dazu auch DÖRNER 2008, 58ff.) und ergänzt hat. Da sich wesentliche Aspekte wiederholen, werden diese im Folgenden nur kurz wiedergegeben. Demnach besitzen komplexe Probleme typischerweise folgende Eigenschaften:

- **Umfang:** Die Probleme bestehen aus vielen Merkmalen, die für die Problemlösung berücksichtigt werden müssen.
- **Vernetztheit:** Veränderungen einzelner Merkmale wirken sich auf weitere Merkmale aus.
- **Intransparenz:** Es ist unklar, welche Merkmale Teil des Problems sind und wie bzw. ob diese miteinander verbunden sind.
- **Dynamik:** Die einzelnen Merkmale verändern sich ohne Einflussnahme des Problemlösers.
- **Polytelie:** Zur Problemlösung müssen unterschiedliche (Teil-)ziele mit unterschiedlicher Priorität beachtet werden.
- **Vielfältige Eingriffsmöglichkeiten:** Es existieren unterschiedliche Eingriffsmöglichkeiten, unter denen eine ausgewählt werden muss.
- **Bedeutsamkeit:** Das Problem besitzt eine emotionale oder motivationale Relevanz für den Problemlöser.
- **Soziale Einbettung:** Das Problem ist zwischenmenschlicher Natur oder mehrere Personen sind gemeinsam an der Problemlösung beteiligt.

Zu beachten sind hier mögliche Überschneidungen einzelner Elemente. So erscheint es denkbar, dass gerade zwischenmenschliche Interaktionen eine höhere emotionale Relevanz begünstigen, was z.B. wiederum mit einer größeren Intransparenz verbunden sein mag oder Auswirkungen auf andere komplexitätsförderliche Merkmale haben kann. Insgesamt erscheinen die Merkmale aufgrund der theoretischen Stringenz und ihrer vergleichsweise guten empirischen Sicherung geeignet, um komplexitätsfördernde Merkmale von Aufgaben innerhalb pflegerischer Situationen systematisch zu beschreiben. Mitbedacht werden muss aus Sicht dieser Arbeit noch die Rolle der Berufserfahrung. So kann angenommen werden, dass die Zahl der Gelegenheiten zur Entwicklung professioneller Handlungskompetenz tendenziell mit wachsender Berufserfahrung steigt. Daraus folgt, dass berufserfahrene Pflegende eher Aufgaben mit der gleichen objektiven Komplexität im Sinne des oben dargestellten Merkmale als weniger komplex empfinden, als berufsunerfahrene Pflegende, was natürlich voraussetzt, dass diese Aufgaben in der Vergangenheit bereits erfolgreich bewältigt wurden. So konnte auch REUSCHENBACH (2008, 301f.) empirisch bestätigen, dass berufserfahrene Pflegepersonen andere Aufgaben als

problemhaltig wahrnehmen als Pflegepersonen mit gering ausgeprägter Berufserfahrung. Wie in Kapitel 4.3.1 dargestellt wurde, kommt darüber hinaus BENNER (2012) auf Grundlage ihrer qualitativen Studie zu dem Befund, dass Pflegende komplexe Aufgaben besser lösen können, wenn sie über einschlägige Vorerfahrungen verfügen.

#### **5.4 Emotionales Erleben und Aufgabenkomplexität**

In Kapitel 5.1 wurden die persönliche Bedeutsamkeit und die soziale Bedeutsamkeit als komplexitätsförderliche Faktoren herausgestellt. Für Pflegeberufe ist beides besonders relevant, da ihr Tätigkeitskern als „Interaktionsarbeit“ beschrieben werden kann, also auf den arbeitsbezogenen Umgang mit Menschen. Damit geht eine besondere Bedeutung der Beeinflussung eigener Emotionen („Emotionsregulation“) sowie der Emotionen anderer („Gefühlsarbeit“) einher (BÜSSING & GLASER 2003, 132ff.; HACKER 2009, 175ff.). KLEINGINNA und KLEINGINNA (1981, 355) haben eine Definition des Emotionsbegriffs auf Basis weiterer Definitionen herausgearbeitet. Diese ist häufig in der Literatur zu finden, was wohl auf ihren konsensuellen Charakter zurückzuführen ist: “Emotion is a complex set of interactions among subjective and objective factors, mediated by neural-hormonal systems, which can (a) give rise to affective experiences such as feelings of arousal, pleasure/displeasure; (b) generate cognitive processes such as emotionally relevant perceptual effects, appraisals, labeling processes; (c) activate widespread physiological adjustments to the arousing conditions; and (d) lead to behavior that is often, but not always, expressive, goal-directed, and adaptive.” Um die Entstehung von Emotionen zu erklären, erscheinen hier die sogenannten „Appraisal-Theorien“ als besonders aussagekräftig, da sie, wie auch der hier verwendete handlungstheoretische Zugang (vgl. Kapitel 4.2.4), auf einem Zusammenspiel zwischen Situation und Person aufbauen. Mit Blick auf diesen Zugang erscheint daher folgende Begriffsbestimmung besonders passend, die deshalb der weiteren Arbeit zugrundegelegt werden soll: „...emotions are valenced reactions to events, agents, or objects, with their particular nature being determined by the way in which the eliciting situation is construed“ (ORTONY, CLORE & COLLINS 1988, 191, kursiv im Original). Ihre Verwendung erscheint hier auch als theoretisch stringenter, da die Definition von KLEINGINNA und KLEINGINNA sich stark auf einzelne physiologische Teilaspekte von Personen bezieht. Die weiteren Ausführungen der vorliegenden Arbeit beziehen sich jedoch auf Handlungen bzw. Tätigkeiten von Personen als Gesamtheit, sind also auf einer anderen ontologischen Ebene und damit einer anderen Betrachtungsebene anzusiedeln (SEMBILL 2012, 87). Insbesondere in der Stressforschung wird häufig Bezug auf den Ansatz von LAZARUS genommen. Dessen Grundannahme besteht darin, dass situationale Einflüsse von einem Individuum hinsichtlich ihrer Bedeutung laufend bewertet werden. Diese Bewertungsschritte werden „Appraisals“ genannt. Das

Ergebnis dieser Bewertung, so die zentrale Annahme, beeinflusst das emotionale Erleben der entsprechenden Person (LAZARUS & FOLKMAN 1984, 52ff.). Es können drei Bewertungsschritte unterschieden werden (ebd., 53):

- Primary appraisal: Ist ein Reiz irrelevant, gutartig/positiv oder schädigend, gefährlich oder herausfordernd?
- Secondary appraisal: Welche Möglichkeiten existieren, auf den Reiz zu reagieren?
- Reappraisal: Tritt erst nach der Reaktion auf den Reiz oder wegen geänderten Rahmenbedingungen auf: Wie wird der Reiz nun bewertet?

Eine weitere gebräuchliche Theorie stammt von SCHERER, der darin sowohl die Prüfschritte als auch resultierende Emotionen näher konkretisiert (BROSCH & SCHERER 2009, 446ff.; ASENDORPF, WALLBOTT & SCHERER 1985, 163ff.). Wie auch der Ansatz von LAZARUS baut diese auf fortwährende Bewertungen (Appraisals) von Reizen durch Individuen auf. Die Appraisals werden darin als „SEC“ (Stimulus Evaluation Checks) bezeichnet, die folgende, sequenziell von a) bis e) ablaufende Prüfschritte umfassen (ASENDORPF, WALLBOTT & SCHERER 1985, 200):

- a) Ist der Reiz neuartig?
- b) Ist der Reiz angenehm?
- c) Inwiefern ist der Reiz für Ziele der bewertenden Person bedeutsam?
- d) Inwiefern ist der Reiz für die bewertende Person kontrollier- bzw. bewältigbar?
- e) Inwiefern ist der Reiz konform mit den normativen Vorstellungen der Person und mit den normativen Vorstellungen, die sie von ihrer Umgebung erwartet?

Diese Bewertungen laufen laut BROSCH und SCHERER (2009, 450f.) auf unterschiedlichen Bewusstseinssebenen ab, die an die Regulationsebenen im Sinne der HACKERSchen Handlungsregulationstheorie (vgl. Kapitel 4.2.3.1) erinnern (SEMBILL 1992, 133f.; RAUSCH 2011, 57):

- Konzeptuelle Ebene (z.B. Abgleich mit bewussten Ziele und Pläne – erinnert an die bewusstseinspflichtige intellektuelle Regulationsebene).
- Schematische Ebene (z.B. „Erlernte Präferenzen/Aversionen – erinnert an die bewusstseinsfähige „wissensbasierte Regulationsebene“).
- Sensomotorische Ebene (z.B. „Angeborene Präferenzen/Aversionen – erinnert an die nicht bewusstseinsfähige „automatische Regulationsebene“).

Auf Grundlage dieser Bewertungen entstehen laut ASENDORPF, WALLBOTT und SCHERER (1985, 201) verschiedene spezifische Emotionen, wobei unter „offen“ zu verstehen ist, dass hier jeweils verschiedene Bewertungsergebnisse möglich sind:

**Tabelle 3: Emotionen als Ergebnisse der SECs (in Anlehnung an ASENDORPF, WALLBOTT & SCHERER (1985, 201))**

Bewertung	Furcht	Ärger	Freude	Scham	Ekel	Traurigkeit
Neuigkeit	unerwartet	offen	leicht unerwartet	offen	offen	offen
Angenehmheit	offen	offen	angenehm	offen	sehr unangenehm	unangenehm
Relevanz	sehr relevant	sehr relevant	relevant	relevant	irrelevant	relevant
Nutzen	hindernd	hindernd	fördernd	offen	irrelevant	hindernd
vermutetes ursächliches Motiv	böswillig oder der Zufall	offen	offen/gutwillig oder Zufall	selbst/egoistisch oder böswillig	offen	offen
Kontrolle	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig	niedrig
Macht	niedrig	hoch	hoch	niedrig	niedrig	niedrig
Normvereinbarkeit	offen	niedrig	hoch	niedrig	niedrig	irrelevant
Selbstvereinbarkeit	offen	offen	hoch	sehr inkonsistent	irrelevant	irrelevant

RAUSCH (2011, 67ff.) integriert in seinem Modell zur Beschreibung des Erlebens von Auszubildenden an betrieblichen Arbeitsplätzen unter anderem die Handlungsregulationstheorie und das eben beschriebene SEC-Modell sensu SCHERER. Er geht davon aus, dass Emotionen, die aufgrund der Bewertungsprozesse entstehen, je nach Ergebnis der Bewertung die Bewusstseins-ebenen wechseln können. So erscheint es demnach denkbar, dass ein leichtes Unwohlsein, das unbewusst oder bewusstseinsfähig ist, bei einer Verschlechterung zu einer massiven Übelkeit bewusstseinspflichtig wird, da es bewusster Tätigkeiten bedarf, um ihr zu begegnen (ebd., 59).

Gerade in Dienstleistungsberufen können somit auch Emotionen bewusst werden, von denen erwartet wird, dass sie nicht gezeigt werden, da sie als unerwünscht gelten, wie z.B. Ärger auf pflegebedürftige Personen – oder bestimmte Emotionen deren Ausdruck erwartet wird, wie z.B. Freude, können abwesend sein, wie es HOCHSCHILD (2012, 89ff.) am Beispiel von Flugbegleitungspersonal beschreibt. Die Vermeidung und Abschwächung unerwünschter oder das Hervorrufen sowie die Verstärkung erwünschter Emotionen wird als „Emotionsregulation“ bezeichnet (GROSS 2014, 3). GROSS (ebd., 7ff.) fasst in seinem „Process Model of Emotion Regulation“ die Möglichkeiten menschlicher Emotionsregulation zusammen:

- **Situation Selection:** Situationen, von denen erwartet wird, dass sie unerwünschte Emotionen hervorrufen, werden gemieden oder es werden solche Situationen aufgesucht,

von denen angenommen wird, dass sie erwünschte Emotionen auslösen. Beispiel: Eine andere Pflegeperson wird gebeten, die Pflege eines aggressiven Patienten zu übernehmen.

- **Situation Modification:** Situationen werden so verändert, dass sie keine unerwünschten Emotionen hervorrufen oder dass sie erwünschte Emotionen auslösen. Beispiel: Ein aggressiver Patient wird besonders zuvorkommend behandelt, um seine Aggression und somit die Quelle eigener Wut oder Angst abzuschwächen.
- **Attentional Deployment:** Die Aufmerksamkeit wird weg von Situationen gelenkt, die unerwünschte Emotionen hervorrufen oder auf Situationen konzentriert, die erwünschte Emotionen auslösen. Beispiel: Eine Pflegende konzentriert sich nicht auf die wütende Vorgesetzte, sondern denkt an ihren letzten Urlaub, um in einem Gespräch ruhig zu bleiben.
- **Cognitive Change:** Die situationalen Merkmale werden so umgedeutet, dass sie keine unerwünschten Emotionen hervorrufen oder so, dass sie erwünschte Emotionen hervorrufen. Beispiel: Die harsche Zurechtweisung einer Vorgesetzten wird als „ruppiger Charme“ umgedeutet, um in einem Gespräch nicht selbst wütend zu werden.
- **Response Modulation:** Es wird unmittelbar körperlich Einfluss auf die Auswirkungen einer unerwünschten Emotion bzw. zum Hervorrufen einer erwünschten Emotion genommen. Beispiel: Eine Pflegende geht nach der Zurechtweisung durch eine Vorgesetzte am Ende des Arbeitstages joggen, um nicht mehr selbst verärgert zu sein.

Anders als die Emotionsregulation, die sich auf die Modifikation eigener emotionaler Zustände bezieht, wird mit Blick auf die Pflege auch das Konzept der Gefühlsarbeit diskutiert. GIESENHAUER und GLASER (2006, 72) beziehen es auf die Beeinflussung von Gefühlen anderer Personen, weisen aber darauf hin, dass es auch breitere Definitionen gibt. Laut den Autoren (ebd., 79): „...zielt die Gefühlsarbeit, sowohl durch den Gefühlsausdruck des Dienstleisters, aber auch durch komplexere Vorgehensweisen (Typen von Gefühlsarbeit) darauf ab, die Gefühle des Gegenübers im Dienste der Arbeitsaufgabe zu verändern.“ Aus dieser Definition ergibt sich bereits der Zusammenhang zwischen Emotionsregulation und Gefühlsarbeit: Zur Beeinflussung von Gefühlen pflegebedürftiger Personen durch den Ausdruck eines eigenen, als geeignet eingeschätzten emotionalen Zustands, muss in bestimmten Fällen Emotionsregulation eingesetzt werden – dies ist dann der Fall, wenn der tatsächlich wahrgenommene emotionale Zustand von dem als erwünscht eingeschätzten emotionalen Zustand abweicht. Beispiel: Eine Pflegeperson ist eigentlich wütend, möchte aber beruhigend auf eine Patientin einwirken, indem sie

Gelassenheit ausstrahlt. SEEBER und WITTMANN (2017, 1041ff.) sehen die Voraussetzungen für einen entsprechenden Umgang mit eigenen Emotionen zur Beeinflussung von Emotionen von Patienten als wichtigen Teil sozialer Kompetenzen für den Bereich der Gesundheitsberufe an.

Unter Rückgriff auf das SEC-Modell von SCHERER kann also davon ausgegangen werden, dass die Art, Intensität und Bewusstseinsqualität von Emotionen das Ergebnis ständig ablaufender Bewertungsprozesse sind. Im Falle bewusster, aber als unerwünscht eingeschätzter Emotionen, z.B. Ärger, besteht die Möglichkeit, ihnen mit Emotionsregulation zu begegnen. Dies würde in diesem Fall mit Blick auf die Handlungsregulationstheorie bedeuten, dass nicht mehr nur die eigentliche Arbeitstätigkeit auszuführen wäre, sondern dass gleichzeitig neue, emotionsbezogene Tätigkeitsziele hinzukommen. Dies erhöht die Ausprägung einer Reihe komplexitätsförderlicher Merkmale, insbesondere die Anzahl gleichzeitig zu berücksichtigender Tätigkeitsziele (vgl. Kapitel 5.1).

Bezüglich des Einflusses der Berufserfahrung auf die Komplexität pflegerischer Aufgaben ist bemerkenswert, dass sich in einer Tagebuchstudie bei kaufmännischen Angestellten in einem Automobilunternehmen von RAUSCH, SCHLEY und WARWAS (2015, 459ff.) zeigte, dass berufserfahrene Personen häufiger von negativen Emotionen beim Lösen von Problemen berichteten als Personen mit geringer Berufserfahrung. Dies wird von den Autoren auf ein ausgeprägteres Wissen um unerwünschte Konsequenzen eines erfolglosen Problemlösens zurückgeführt, während die berufsunerfahrenen Personen, die sich zum Befragungszeitpunkt noch in der Ausbildung befanden, sich eher zugestanden hätten, in ihrer Rolle als Auszubildende ohne negative Konsequenzen eine Aufgabe nicht oder fehlerhaft zu lösen.

### **5.5 Motivation und Aufgabenkomplexität**

RHEINBERG (2009, 668) definiert Motivation folgendermaßen: „Der Begriff Motivation bezieht sich auf die aktivierende Ausrichtung des momentanen Lebensvollzugs auf einen positiv bewerteten Zielzustand.“ Laut KRAPP, GEYER und LEWALTER (2014, 197) lassen sich in der Literatur zur Motivation zwei paradigmatische Theoriestränge identifizieren: Kognitive Handlungstheorien und Theorien, die sich an den Leitideen dynamischer Persönlichkeitskonzeptionen orientieren. In diesem Kapitel werden aufgrund der handlungstheoretischen Anlehnung dieser Arbeit (vgl. Kapitel 4.2.3) Theorien kognitiv-handlungstheoretischer Prägung präferiert. Mit Blick auf Arbeitstätigkeiten kann diesbezüglich beispielsweise das „Rubikon-Modell“ (ACHTZIGER & GOLLWITZER 2010, 310ff.; HECKHAUSEN & HECKHAUSEN 2010, 7ff.) herangezogen werden (z.B. KLEINBECK 2009, 349ff.). Gewählt wird hier die erweiterte Version von RHEINBECK, da diese das Zusammenspiel zwischen situationalen Einflussfaktoren und



Motivation (HECKHAUSEN & HECKHAUSEN 2010, 3ff.) ausdrücklich berücksichtigt (RHEINBECK & VOLLMEYER 2012, 185ff.): Grundannahme ist, dass sich die Motivation einer Person aus einem Zusammenspiel ihrer Voraussetzungen und den Einflüssen der Situation, in der sie sich befindet, ergibt. Dabei wird unterstellt, dass jeder Mensch Motive besitzt, die als „überreichlich sprudelnder Quelle von Wünschen“ (ebd., 184) charakterisiert werden können. In der Motivationsphase wird in der konkreten Situation überprüft, inwiefern die Realisierung eines Wunsches als realistisch erscheint und welchen Nutzen die Realisierung für das Individuum besitzt. Dabei werden auch die Folgen einer Nicht-Realisation bedacht. Je eher der Wunsch realisiert werden kann und je nützlicher diese Realisierung bzw. je ungünstiger eine Nicht-Realisierung erscheint, desto eher wird aus dem Wunsch eine Handlungsabsicht, die hier „Intention“ genannt wird. Diese muss jedoch nicht unmittelbar realisiert werden, weshalb die Ausführung in eine präaktionale Phase sowie eine aktionale Phase unterteilt wird: Während in der präaktionalen Phase Planungsprozesse stattfinden, wird in der aktionalen Phase die Intention im engeren Sinne realisiert. Nach Beendigung der aktionalen Phase befindet sich die Person in der postaktionalen Phase, in der rückschauend beurteilt wird, inwiefern die Intention realisiert werden konnte und worauf dies zurückzuführen ist. Inwiefern diese Suche nach Gründen (Attribution) sich auf die Motivation auswirkt, ist der Kern der Attributionstheorie von WEINER (1994, 301ff.). Diese ist hier interessant, da der Einfluss vorherrschender Attributionen auf das Lern- und Leistungsverhalten als empirisch relativ gut gesichert gilt (KRAPP, GEYER & LEWALTER 2014, 211). WEINER (1994, 302) kommt darin zum Ergebnis, dass solche Personen, die Erfolg und Misserfolg auf sich selbst zurückführen (internale Attribution) und nicht auf äußere Faktoren (externale Attribution) eher bereit sind, schwierige, also auch problemhaltige Aufgaben auszuführen. Die Bereitschaft, auch schwierige Aufgaben auszuführen, wird in diesem Zusammenhang auch als „Leistungsmotivation“ beschrieben. Ferner sprechen empirische Befunde dafür, dass die Leistungsmotivation dann höher ist, wenn die Attribution auf veränderbare (dynamische) Ursachen, z.B. die eigene Anstrengung zurückgeführt wird, als auf unveränderbare (stabile) Ursachen, etwa eigene Fähigkeiten (ebd., 274ff.). WEINER (ebd., 282ff.) sieht auch Zusammenhänge zwischen emotionalen Reaktionen und den Kausalattributionen. Er argumentiert beispielsweise, dass eine gute Note in einer Klausur einen Studierenden dann weniger stolz macht, wenn die Ursache hierfür nicht auf die eigenen Leistungen zurückgeführt wird, sondern alleine auf die Lehrperson, weil diese den Ruf besitzt, ausschließlich gute Noten zu vergeben: Erfolg und Misserfolg führen somit zu intensiveren emotionalen Reaktionen, wenn diese internal und nicht external attribuiert werden.

Eine ausgeprägte Leistungsmotivation wirkt sich günstig auf das Lösen problemhaltiger Aufgaben aus. Dies zeigt sich einerseits in einer größeren Bereitschaft, komplexe bzw. problemhaltige Aufgaben zu bewältigen (RAUSCH & WUTTKE 2016, 175). Andererseits wird die Wahrscheinlichkeit verringert, sich durch Hindernisse von der Problemlösung abbringen zu lassen.

Hinsichtlich der Ausgangsfrage dieses Kapitels kann gesagt werden, dass nicht davon auszugehen ist, dass die Motivation die Komplexität von Aufgaben beeinflusst, sondern vielmehr die Bereitschaft und die Voraussetzungen, diese erfolgreich zu bewältigen. Dementsprechend erscheint es auch plausibel, dass Pflegende mit einer stark ausgeprägten Motivation eher komplexere Probleme lösen als Pflegende mit einer geringer ausgeprägten Motivation, was sich entsprechend auf die Entwicklungsmöglichkeiten professioneller Handlungskompetenz auswirken dürfte. Mit Blick auf die empirische Zugänglichkeit der Problemkomplexität durch retrospektive Interviews legt die Attributionstheorie nach WEINER (1994, 299f.) hier jedoch mögliche Verzerrungen des Antwortverhaltens nahe: So könnte es sein, dass gerade Personen in Befragungen nach Ursachen für Misserfolge bei der Aufgabenbewältigung die Aufgabenkomplexität bzw. komplexe Bedingungen im Sinne einer externalen Attribution verantwortlich machen.

### **5.6 Rollenstruktur/Zusammenarbeit mit anderen Personen und Aufgabenkomplexität**

Bezüglich der Einflüsse der Rollenstruktur auf die Komplexität von Aufgaben wird hier vermutet, dass die Zusammenarbeit verschiedener Personen entscheidend sein dürfte. Diesbezüglich scheinen die organisationalen Rahmenbedingungen wichtig zu sein, da diese die Regeln der Kooperation zur Bewältigung von Arbeitsaufgaben bestimmen. BÜSSING (1992, 243ff.) hat eine Studie zu organisationalen Einflüssen auf die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten Pflegender in psychiatrischen Krankenhäusern vorgelegt, die aus Sicht der vorliegenden Arbeit einen plausiblen theoretischen Rahmen zur Beschreibung kooperativer Bewältigung von Aufgaben innerhalb der Organisation „Krankenhaus“ bietet. Demnach findet die organisational eingebettete Tätigkeitsgestaltung in einem Spannungsverhältnis zwischen bestehender Ordnung und aufgabenbezogener Interaktion zwischen Individuen statt: Sind Individuen in eine Organisation eingebunden, wird ihre Tätigkeitsgestaltung von ihr beeinflusst, gleichzeitig beeinflussen sie aber auch wiederum die Gestaltung der Organisation. Dieses Spannungsverhältnis ist laut BÜSSING (ebd., 243) durch die drei Eigenschaften „Reflexivität“, „Dialektik“ sowie „Temporalität“ gekennzeichnet. Reflexivität meint, dass Individuen sich ausgehend von ihren Motiven eigene Ziele setzen und somit ihre Umwelt mitgestalten können. Mit Dialektik ist die Aufgabenbewältigung trotz widersprüchlicher Zielvorstellungen gemeint, also z.B. bestehende Praxis bei einer

Pflegetätigkeit als Gegenpol zur neuartigen Gestaltung einer Pflegetätigkeit aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, was wiederum die Organisation beeinflusst. Unter Temporalität wiederum sind „nicht sichtbare“ Veränderungen von Organisationen unabhängig von der konkreten Tätigkeitsgestaltung Einzelner zu verstehen. Diese drei Eigenschaften beziehen sich sowohl auf Beziehungen zwischen Individuum und Objekten als auch auf Beziehungen zwischen Individuen (ebd., 253ff.). Die Vermittlung zwischen Individuum und Objekt sowie anderer Elemente erinnert an die „Activity Theory“ von ENGSTRÖM (2011, 67ff.), die jedoch aufgrund einer fehlenden Abgrenzung zwischen individuellen und kollektiven Tätigkeiten (HAHNE 2010, 23) und der Nichtbeachtung emotionaler Faktoren hier nicht weiter berücksichtigt wird. Vor dem Hintergrund der Merkmale komplexer Aufgaben, die in Kapitel 5.1 vorgestellt wurden, werden aus den Ausführungen BÜSSINGS zwei Faktoren abgeleitet, die als komplexitätsförderlich bei der Bewältigung einer Aufgabe durch mehrere Personen eingeschätzt werden:

- Komplexität aufgrund kooperativer Aufgabenbewältigung durch mehrere Personen, da Personen ihre Tätigkeitsziele grundsätzlich individuell setzen, was zu Widersprüchen führen kann (siehe Reflexivität und Dialektik).
- Komplexität aufgrund mangelnder Transparenz der relevanten Tätigkeitsziele und eines unklar abgegrenzten individuellen Tätigkeitsspielraums (siehe Temporalität und Dialektik).

Bezüglich der Komplexität aufgrund kooperativer Aufgabenbewältigung erscheint hier insbesondere die Dissertation von STEMPFLE (2010) hilfreich, der das Problemlösen von Gruppen untersucht und somit Hinweise auf erfolgsförderliche bzw. -hinderliche Faktoren diesbezüglich abgeleitet hat. Er (ebd., 78) konkretisiert drei spezifische Herausforderungen für das Problemlösen von Gruppen:

- Aufgabenorientierung (das Problem wird analysiert, Lösungsvorschläge werden erarbeitet und bewertet, im Fall von Krisen wird nach Ursachen gesucht).
- Gruppenorganisation (Arbeitsteilung, Koordination der Gruppenmitglieder).
- Sozio-emotionale Regulation (Regulation unerwünschter Emotionen der Gruppenmitglieder).

Aufbauend auf diesen Annahmen untersuchte der Autor experimentell mit Hilfe eines computerbasierten Problemlöseszenarios bei insgesamt 95 Personen, welche Merkmale erfolgreiche und erfolglose Problemlösegruppen aufwiesen (ebd., 147ff.). Dabei beobachtete er, dass

erfolgreiche Gruppen mehr Zeit auf die zu lösenden Aufgaben und die einzelnen Aufgabenbestandteile verwendeten als erfolglose Gruppen, während letztere mehr Zeit auf Aspekte der Gruppenorganisation und auf gegenseitiges Aufmuntern verwendeten (ebd., 323ff.). Somit kann also gefolgert werden, dass es für Gruppen ungünstigere und günstigere Vorgehensweisen zur Bewältigung von Problemen gibt. Es liegt nahe, dass sich diese auch auf der individuellen Ebene bei der Wahrnehmung der Komplexität von Aufgaben bemerkbar machen. So muss sich eine Pflegeperson mit mehreren Tätigkeitszielen gleichzeitig auseinandersetzen, wenn sie sich neben der Lösung ihres Teils einer Aufgabe zusätzlich mit Aspekten der Gruppenorganisation bzw. mit dem Aufmuntern anderer Personen auseinandersetzen muss.

Bezüglich der Klarheit der Tätigkeitsziele sowie dem Tätigkeitsspielraum ist mit Blick auf die Pflege zunächst die Art der Pflegeorganisation zu betrachten. BÜSSING und GLASER (1996, 17) schlagen eine Einordnung anhand zweier Dimensionen vor: Inwiefern stehen die gepflegten Personen oder einzelne Pflgetätigkeiten im Vordergrund (Patientenzentrierung VS Funktionszentrierung) und welche Granularität besitzt die Organisationseinheit, auf die die jeweilige Pflegeorganisation aufbaut und auf die sich demzufolge auch der Tätigkeitsbereich der einzelnen Pflegepersonen erstreckt (individuelle Patienten VS eine gesamte Station). Die Autoren (ebd., 20) untersuchten die Auswirkungen der Einführung eines ganzheitlichen Bereichspflegekonzepts auf die Arbeitstätigkeiten und deren Erleben der Pflegepersonen durch eine Kombination aus Befragungen und Beobachtungen. Die empirischen Ergebnisse (ebd., 35) bestanden im Kern darin, dass zwar durch die geänderte Pflegeorganisation Belastungen für Pflegende abgebaut werden konnten, gleichzeitig zeigte sich jedoch, anders als vermutet, keine Veränderung hinsichtlich der kognitiven und qualifikatorischen Anforderungen der Pflgetätigkeiten. Der Erklärungsansatz der Autoren wird hier so verstanden, dass zwar formal ein Wechsel der Pflegeorganisation mit seinen normativen Auswirkungen auf den Tätigkeitsspielraum stattgefunden hat – allerdings führte diese formale Änderung auf Seiten der Pflegenden faktisch nicht zu einem Wandel in den durchgeführten Denk-, Planungs- und Entscheidungsprozessen. Etwas salopp ausgedrückt: Es wurde faktisch so gepflegt, wie zuvor auch. Eine erhebliche Hürde bei der Umsetzung organisationaler Veränderungen in der Pflege sehen die Autoren (ebd., 36) in den Schnittstellen zu anderen Berufsgruppen, insbesondere zum ärztlichen Personal, wobei sie auf Befunde einer weiteren Studie (BÜSSING, BARKHAUSEN & GLASER 1996) verweisen. Diese Studie untersucht die Qualität von Kooperation und Kommunikation zu anderen Berufsgruppen aufgrund der Selbsteinschätzungen Pflegenden. Die Autoren (ebd., 22f.) stellten dabei unter anderem Schwierigkeiten der Planungs Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal fest. Dies führten sie auf Diskontinuitäten und Unterbrechungen der Arbeit durch die

Kooperation mit dem ärztlichen Personal zurück. Als Beispiele werden das Festlegen von Visitenzeiten ohne Abstimmung mit dem pflegerischen Arbeitsablauf oder die Unterbrechung pflegerischer Tätigkeiten durch ärztliche Anordnungen außerhalb von Visitenzeiten angeführt. Aber auch in der Planungskoordination zwischen Pflegenden kommt es laut der Studie (ebd., 23) zu Schwierigkeiten, z.B. aufgrund unvollständiger Übergaben. Von Informationsdefiziten in Übergaben, unter anderem bezüglich der Medikation berichtet auch LAUTERBACH (2008, 156ff.) in seiner Dissertation.

In diesem Kapitel wurden komplexitätsfördernde Einflüsse der Rollenstruktur bzw. der Zusammenarbeit mit anderen Personen aus zwei Gesichtspunkten heraus betrachtet: auf der einen Seite die kooperative Aufgabenbewältigung sowie auf der anderen Seite inwiefern Tätigkeitsziele sowie der Umfang des eigenen Tätigkeitsspielraums für Pflegende transparent sind. Bezüglich kooperativer Aufgabenbewältigung wird aufgrund der Befunde von STEMPFLE eine Erhöhung der subjektiv wahrgenommenen Aufgabenkomplexität angenommen, wenn beim Lösungsprozess nicht die Aufgabenbewältigung an sich, sondern organisatorische sowie sozio-emotionale Aspekte im Vordergrund stehen, was sich z.B. durch eine höhere Zahl gleichzeitig zu berücksichtigender Tätigkeitsziele erklären lässt. Bezüglich der Transparenz der Tätigkeitsziele sowie des Umfangs bzw. der Abgrenzung des eigenen Tätigkeitsspielraums wird aufgrund der Befunde der Forschungsgruppe um BÜSSING vermutet, dass „spontane“ bzw. unvollständige ärztliche/pflegerische Anordnungen als komplex bzw. komplexitätssteigernd wahrgenommen werden. Dies lässt sich wiederum mit den Merkmalen komplexer Aufgaben erklären, die in Kapitel 5.1 vorgestellt wurden. So ist anzunehmen, dass solche plötzlichen, unvorhergesehenen Anweisungen die Dynamik der Aufgabe erhöhen, womit gemeint ist, dass sich einzelne Merkmale sich ohne Einflussnahme der Pflegeperson verändern. Ferner kann sich auch die Intransparenz einer Aufgabe erhöhen, was bedeutet, dass aus Sicht der Pflegenden unklar ist, welche Aspekte bei der Bewältigung der Aufgabe zu berücksichtigen sind bzw. welche Priorität diese jeweils besitzen. Ob sich die Art der Pflegeorganisation auf die Aufgabenkomplexität auswirkt, kann hier aufgrund der angeführten Befunde nicht eindeutig beantwortet werden. Diese sprechen auch dafür, eher das Handeln einzelner Pflegenden als die formale Struktur der Pflegeorganisation zu betrachten, wenn komplexitätsfördernde Merkmale pflegerischer Situationen identifiziert werden sollen.

Zum Einfluss der Berufserfahrung auf mögliche Komplexitätssteigerungen durch die Rollenstruktur bzw. die Zusammenarbeit mit anderen Personen konnten keine Vorbefunde identifiziert werden. Es könnte einerseits sein, dass eine längere Berufserfahrung dazu führt, dass man

potenzielle Ansprechpartner/innen bei Problemen eher kennt und sich typische, individuelle Schwerpunkte bei der gemeinsamen Bewältigung von Aufgaben herauskristallisiert haben. Dies hätte, so lässt sich aus den vorangegangenen Ausführungen schließen, die Wahrscheinlichkeit reduziert, dass die Komplexität von Arbeitsaufgaben durch deren kooperative Bewältigung ansteigt. Eine andere Möglichkeit ist, dass eine wachsende Berufserfahrung dazu führt, dass die Pflegeperson bevorzugter Ansprechpartner des ärztlichen und des übrigen pflegerischen Personals wird und dass es somit häufiger zur Komplexitätssteigerungen durch die Rollenstruktur sowie die Zusammenarbeit mit anderen Personen kommt.

### **5.7 Ausstattung der Situation und Aufgabenkomplexität**

In diesem Kapitel wird betrachtet, inwiefern die Ausstattung einer Pflegesituation zur Komplexität der darin eingebetteten Aufgaben beitragen kann. Schwerpunkt der arbeitspsychologischen und pflegerischen Diskussion sind in diesem Zusammenhang Auswirkungen des Vorhandenseins oder der Abwesenheit von Arbeitsmitteln, die in Anlehnung an HACKER & SACHSE (2014, 108) als Sammelbegriff für Werkzeuge und Maschinen betrachtet werden. Während im Arbeitskontext Werkzeuge die Funktionen von menschlichen Organen verstärken oder verlängern, ersetzen Maschinen diese Funktionen (ebd.). Bezüglich der Komplexität von Arbeitsaufgaben spielt dabei insbesondere eine Rolle, inwiefern Tätigkeiten oder Tätigkeitsbestandteile automatisiert werden. Grundsätzlich können folgende Arten der Automatisierung bzw. der Übernahme menschlich ausführbarer Tätigkeiten durch Maschinen bzw. deren Beeinflussung durch Werkzeuge unterschieden werden (ebd., 112):

- Maximale Automatisierung: Beim Menschen verbleiben nur nicht-automatisierbare Tätigkeitsbestandteile. Alles wird automatisiert, was technisch möglich ist.
- Kooperative Automatisierung: Es werden die Tätigkeitsbestandteile automatisiert, die eine Maschine besser, also schneller und fehlerfreier ausführen kann, also z.B. wiederkehrende Rechenoperationen.
- Ökonomische Automatisierung: Es werden die Tätigkeitsbestandteile automatisiert, die eine Maschine preiswerter ausführen kann.
- Komplementäre Automatisierung: Automatisierung dient einem Ausgleich „menschlicher Schwächen“ und einer „Unterstützung des Menschen“.

Ab wann Automatisierung eine Unterstützung darstellt und was eine Maschine „besser“ bzw. preiswerter kann, als ein Mensch, ist gerade mit Blick auf die Pflege Gegenstand kontroverser Debatten. Insbesondere REMMERS, HÜLSKEN-GIESLER und FRIESACHER haben sich aus pflegewissenschaftlicher Sicht, wie bereits in Kapitel 3.2.4 beschrieben, äußerst kritisch zu den

Auswirkungen des Technologieeinsatzes auf normative Aspekte der Pflege, insbesondere zur Berücksichtigung individueller Bedürfnisse pflegebedürftiger Menschen, positioniert, was in diesem Kapitel nicht erneut wiedergegeben werden soll, da hier die Frage der Komplexitätssteigerung Gegenstand ist. HIELSCHER, KIRCHEN-PETERS und SOWIENSKI (2015, 8ff.) sehen die EDV-gestützte Pflegedokumentation sowie die Sensortechnik im Sinne einer Überwachung von Patientinnen und Patienten als zentrale Bereiche, in denen die Automatisierung der Pflege bezüglich der stationären und ambulanten Langzeitpflege thematisiert wird. Ferner wurden für einen kooperativen Antrag für die Einrichtung eines Moduls zur Informatik in der Pflege im Rahmen des Projekts „Domänenspezifische IT-Grundausbildung für angehende Lehrkräfte in Gesundheits- und Pflegeberufen“ aktuelle Tagungsprogramme sowie Publikationen nach weiteren Einsatzfeldern von Technologie in der Pflege untersucht. Dabei konnten folgende Bereiche identifiziert werden (WITTMANN 2016, 2):

- Elektronische Patientenakten im Rahmen der EDV-gestützten Pflegedokumentation,
- Einsatz von Sensortechnik, insbesondere im häuslichen Umfeld pflegebedürftiger Personen,
- professionsbezogene Fachterminologien und Kennzahlensysteme,
- E-Health,
- gesundheitsbezogene Apps zur Planung pflegerischer Tätigkeiten sowie zur Erfassung pflegebezogener Informationen
- sowie die Einbindung von Pflegepersonen in die Planung und Entwicklung des Einsatzes von Informationssystemen.

Hier wird die Auffassung vertreten, dass sich die Anforderungen an den Einsatz der Werkzeuge und Maschinen, deren Entwicklung Gegenstand der angesprochenen Diskussion ist, in Analogie zu Anforderungen an Informationstechnologie („ICT“) in zwei miteinander korrespondierende Bereiche unterteilen lassen (WEINERT ET AL. 2011, 82; SENKBEIL, IHME & WITWER 2013, 142f.):

- Anforderungen aus dem Umgang mit der Technologie selbst, insbesondere deren Bedienung.
- Anforderungen aus dem Umgang mit den korrespondierenden Informationen.

Würde man versuchen zu ergründen, welche Anforderungen durch den Umgang eines EDV-gestützten Patientendokumentationssystems entstehen, so müssten zwei Komponenten berücksichtigt werden:

- Welche Anforderungen entstehen durch die Bedienung des Systems, z.B. durch den Umgang mit der Benutzeroberfläche?
- Welche Anforderungen entstehen durch die Gewinnung, die Aufarbeitung und die Eingabe der zu dokumentierenden Informationen?

Auf beide Komponenten können wiederum die Merkmale komplexer Aufgaben im Sinne von Kapitel 5.1 übertragen werden: Die Komplexität ist umso höher, je umfangreicher und je neuartiger die Anzahl der zu berücksichtigenden Elemente bei der Bedienung des Systems und der Inhalte der Dokumentation sind und je weniger Zeit dafür zur Verfügung steht (Dynamik).

In diesem Kapitel wurde betrachtet, inwiefern die Ausstattung einer Pflegesituation die Komplexität der darin eingebetteten Aufgaben beeinflusst, wobei die Betrachtung sich auf den Einsatz von Werkzeugen und Maschinen beschränkte, da diese den Schwerpunkt der einschlägigen wissenschaftlichen Diskussion darstellt. Als Fazit kann einerseits festgehalten werden, dass die Automatisierung von Teiltätigkeiten die Komplexität der Aufgabenausführung reduzieren kann, denn diese mindert die Anzahl der zu berücksichtigenden Elemente. Wenn jedoch die Bedienung oder der Umgang mit den korrespondierenden Inhalten selbst umfangreich, vernetzt oder neuartig für die ausführende Person ist und je weniger Zeit ihr dafür zur Verfügung steht, dann wird es komplexer, die zugrundeliegende Aufgabe zu bewältigen. Aufgrund dieser Rolle von Neuartigkeit wird angenommen, dass Personen, die bereits über Erfahrung mit dem jeweiligen Werkzeug bzw. der Maschine verfügen, sich mit geringerer Wahrscheinlichkeit einem Problem ausgesetzt sehen als berufsunerfahrene Personen, wenn sie eine entsprechende Aufgabe damit bewältigen sollen.

### **5.8 Empirische Befunde zu komplexen Aufgaben in der stationären Krankenpflege**

In den vorangegangenen Kapiteln wurden aufgrund theoretischer Annahmen sowie empirischer Vorbefunde komplexitätssteigernde Merkmale pflegerischer Aufgaben unter Berücksichtigung ihrer situationalen Rahmenbedingungen herausgearbeitet. Diese Merkmale können als heuristischer Rahmen zur Identifikation komplexitätsförderlicher und somit potenziell problemhaltiger Situationen betrachtet werden. Welche konkreten Aufgaben von Pflegenden als problemhaltig wahrgenommen werden, kann dadurch jedoch nicht geklärt werden.

BÜSSING, GLASER und HÖGE (2003, 19ff.) fassen im Rahmen einer Studie zur „Psychischen Belastung und Beanspruchung in der ambulanten und stationären Krankenpflege“ zunächst die Befunde dieser Zeit zu Belastungsfaktoren in der stationären Krankenpflege zusammen, die aus



den 1990ern und 1980ern stammen. Zum Verständnis ist es wichtig, dass BÜSSING (2003, 27) unter Belastungen „Behinderungen der Regulation des Arbeitshandelns“ versteht, was hier im Sinne einer Behinderung der Vorbereitung, Durchführung sowie Kontrolle von Arbeitstätigkeiten verstanden wird<sup>8</sup>. Als belastende Aufgaben in der Pflege identifizieren die referenzierten Studien vor allem die Pflege und Versorgung sterbender Patienten sowie den Umgang mit unkooperativen bzw. feindseligen Patienten, ethische Konflikte sowie den Umgang mit Zeitdruck und den typischen Arbeitszeiten in der Pflege. Widersprüchliche Befunde zeigen sich bei der Frage, inwiefern die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Personal als belastend empfunden wird (BÜSSING, GLASER & HÖGE 2003, 19f.). Im Rahmen ihrer eigenen Studie erhoben die Autoren (ebd., 23ff.) ferner typische Ursachen von Belastungen in der Pflege, die hier aufgrund ihres Erklärungsgehalts für die subjektiv wahrgenommene Problemhaltigkeit von Aufgaben interessant erscheinen. Erfasst wurden dazu quantitative Daten auf Grundlage eines Fragebogens und qualitative Daten durch eine Fokusgruppe. Befragt wurden insgesamt 160 Pflegenden in der stationären Krankenpflege mit dreijähriger Ausbildung in zwei Kliniken, eine, von den Berufsgruppen her recht heterogene Stichprobe von 721 Mitarbeiter/innen in der ambulanten Pflege, sowie 5 weitere ambulant tätige Pflegenden im Rahmen der Fokusgruppe, die über Erfahrungen in der ambulanten sowie der stationären Krankenpflege verfügten. Hinsichtlich der stationären Krankenpflege stellten sich als Ergebnis der Fragebogenerhebung vor allem Über- bzw. Fehlbelegungen von Stationen, Unterbrechungen der Arbeitsabläufe sowie Zeitdruck als zentrale Belastungsfaktoren heraus (ebd., 36f.). Im Rahmen der Fokusgruppen, in denen typische Belastungen innerhalb eines typischen Tagesverlaufs beschrieben werden sollten, wurde von zu langen und unstrukturierten Übergaben, zu wenig Zeit für bestimmte Tätigkeiten bzw. Zeitdruck, langen Wegen, einem hohen Lärmpegel, Schnittstellenproblemen, telefonischen Unterbrechungen sowie von schlechter Stimmung im Team berichtet. Ferner beschwerten sich die Pflegenden darüber, dass die pflegerische Meinung nicht durch das ärztliche Personal berücksichtigt werde (ebd., 47).

Mit dem Ziel, „Schlüsselprobleme“ in der gerontopsychiatrischen Pflegepraxis zu identifizieren, um auf dieser Grundlage Vorschläge zur Curriculumentwicklung zu machen, hat EVERS (2012, 130ff.) 36 Pflegenden mit unterschiedlicher Ausbildung zu alltäglichen, sowie zu kritischen Situationen befragt und darauf aufbauend fokussierte Gruppendiskussionen durchgeführt. Als relevant erscheinen hier insbesondere die Ereignisse, die in der Befragung am häufigsten genannt wurden. Diese werden aus Sicht der vorliegenden Arbeit auch als subjektiv

---

<sup>8</sup> BÜSSING stützt seine Überlegungen auf die Tätigkeitsregulationstheorie nach HACKER, auf die in der vorliegenden Arbeit bereits in den Kapiteln 3.1.1 sowie 4.2.3 Bezug genommen wurde.

komplex eingestuft, wobei EVERS dies nicht explizit so bezeichnet. Der Autor nennt hier (ebd., 132):

- Die Verweigerung pflegerischer Maßnahmen,
- Orientierungslosigkeit,
- Unruhe/Aufgeregtheit,
- Schwierigkeiten bei der Kommunikation zwischen Pflegenden und Gepflegten,
- Schwierigkeit mit Angehörigen der Gepflegten.

Bemerkenswert ist die Interpretation des Autors für Gründe der „besonderen Ungewissheit im Handeln“, die aus Sicht der vorliegenden Arbeit nachvollziehbar auf Grundlage seines Datenmaterials die Ursachen der Komplexität der geschilderten Situationen unter Berücksichtigung der Besonderheiten gerontopsychiatrischer Pflege zusammenfasst. Er (ebd., 155) führt dies insbesondere auf die „Instabilität im Verhalten und Handeln der zu pflegenden Klientel“ zurück. Dies teilt er in die Faktoren „Eingeschränkte Möglichkeiten zur Interaktion“ sowie „Voranschreitender Abbau physiologischer, kognitiver und psychischer Fähigkeiten“ ein, was er jeweils auf die pflegebedürftigen Personen bezieht. Einen weiteren Faktor stellt die „Vielfalt der zu pflegenden Klientel“ dar. Allerdings sind diese Faktoren spezifisch auf die gerontopsychiatrische Pflege bezogen und damit möglicherweise nicht auf den Bereich der stationären Krankenpflege übertragbar, auf den sich die vorliegende Arbeit bezieht.

KRELL ET AL (2015) führten im Jahr 2013 leitfadengestützte Interviews zur Identifikation herausfordernder Situationen in unterschiedlichen Settings der Pflege älterer Menschen durch. Befragt wurden 4 Pflegenden aus der stationären Krankenpflege, 4 Pflegenden aus der stationären Altenpflege sowie 2 Pflegenden aus gerontologischen Rehabilitationseinrichtungen (ebd., 7f.). Insgesamt konnten so 38 herausfordernde Situationen identifiziert werden. In absteigender Reihenfolge wurden folgende auslösende Aufgaben genannt (ebd., 11f.): Widerstand gegen die Durchführung pflegerischer Maßnahmen, Tod und Sterben, Patient „flüchtet“ aus der Pflegeeinrichtung, medizinischer Notfall, Meinungsverschiedenheit zwischen Pflegeperson und Angehörigen, komplexer Verbandswechsel, Sturz eines Patienten, unkontrollierte Lautäußerung eines Patienten, Sprachbarriere zwischen Patient und Pflegeperson, komplexe Tracheostomaversorgung. Einschränkend ist einerseits anzumerken, dass der Begriff „herausfordernde Situationen“ nicht zwangsläufig mit problemhaltigen Situationen gleichzusetzen ist, denn es erscheint als denkbar, dass auch Aufgaben als herausfordernd empfunden werden, in denen bekannt ist, wie diese zu bewältigen sind. Ferner bezog sich die Erhebung explizit auf

herausfordernde Situationen in der Pflege älterer Menschen, was die Übertragbarkeit der Befunde auf die stationäre Krankenpflege mit ihrem breiteren Altersspektrum fraglich erscheinen lässt.

### **5.9 Zwischenfazit: Komplexitätsfördernde Merkmale von Aufgaben in der stationären Krankenpflege**

In den Kapiteln 5.1 bis 5.6 wurden unterschiedliche Elemente pflegerischer Situationen betrachtet und diesbezüglich Eigenschaften herausgearbeitet, von denen angenommen wird, dass sie die Komplexität pflegerischer Aufgaben und somit die Wahrscheinlichkeit, dass diese als Problem wahrgenommen werden, erhöhen. Ferner wurden jeweils begründete Vermutungen hinsichtlich des Einflusses der Berufserfahrung auf die Auswirkung auf diese komplexitätsfördernden Merkmale aufgestellt. Grundlage dieser Vermutungen waren theoretische Überlegungen und Studien, die den Einfluss situationaler Merkmale auf die Komplexität der Aufgabenausführung berücksichtigen, wobei nicht zu allen Merkmalen Befunde vorliegen, die die Rolle der Berufserfahrung hinreichend berücksichtigen. Ferner wird hier noch nicht berücksichtigt, ob in den Situationen auf die sich die Merkmale dieses Kapitels beziehen, auch Informationen herangezogen werden oder nicht. Dies wird noch Gegenstand des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit sein.

Da später zur Diskussion der empirischen Befunde auf die Überlegungen dieses Kapitels zurückgegriffen wird, werden die Ergebnisse in den folgenden beiden Tabellen zusammengefasst.

**Tabelle 4: Zusammenfassung: Komplexitätsfördernde Merkmale pflegerischer Situationen**

<b>Merkmal der Aufgabe bzw. der Situation</b>	<b>Annahme bzgl. komplexitätsförderlicher Eigenschaften</b>	<b>Empirischer Vorbefund (vgl. Kapitel 5.6)</b>
Typische Merkmale komplexer Aufgaben (vgl. Kapitel 5.1)	Umfang, Vernetztheit, Intransparenz, Dynamik, Polytelie, vielfältige Eingriffsmöglichkeiten, Bedeutsamkeit, soziale Einbettung (SCHAUB 2001, 11; Vgl. Kapitel 5.1)	Bei den Aufgaben, die in den Studien von BÜSSING, GLASER und HÖGE (2003); EVERS (2012) sowie von KRELL ET AL (2015) identifiziert wurden, lassen sich die links genannten komplexitätsförderlichen Eigenschaften feststellen. Eine zentrale Rolle scheint die soziale Einbettung zu spielen.
Emotionales Erleben und Aufgabenkomplexität (Vgl. Kapitel 5.2)	Werden Emotionen bewusst (RAUSCH 2011, 67ff.), die als unerwünscht eingeschätzt werden, muss Emotionsregulation (GROSS 2014) betrieben werden, was ein zusätzliches, gleichzeitig	Unter anderem wurden in den Studien von BÜSSING, GLASER UND HÖGE (2003); EVERS (2012) sowie von KRELL ET AL (2015) übereinstimmend der Umgang mit unkooperativen bzw. aggressiven Patienten als komplexe Aufgabe identifiziert.

<b>Merkmal der Aufgabe bzw. der Situation</b>	<b>Annahme bzgl. komplexitätsförderlicher Eigenschaften</b>	<b>Empirischer Vorbefund (vgl. Kapitel 5.6)</b>
	zu bewältigendes Tätigkeitsziel darstellt.	Hier erscheint es naheliegend, dass neben der Patientenversorgung Emotionsregulation betrieben werden muss, was die Komplexität der Aufgabe erhöht. Analog dazu könnte dies auch bei schwieriger Kommunikation mit Angehörigen (EVERS 2012; KRELL ET AL. 2015) der Fall sein.
Motivation und Aufgabenkomplexität (Vgl. Kapitel 5.3)	Es wird angenommen, dass die Motivation keinen Einfluss auf die wahrgenommene Komplexität der Aufgabe hat, jedoch wird vermutet, dass eine höhere Motivation dazu führt, dass komplexere Aufgaben übernommen und bewältigt werden (WEINER 1994).	
Rollenstruktur/Zusammenarbeit (vgl. Kapitel 5.4)	Es wird angenommen, dass die Rollenstruktur bzw. die Zusammenarbeit sich aus zwei Gründen heraus komplexitätsförderlich auswirkt: Wenn der Fokus einer kooperativen Aufgabenbewältigung nicht auf die Aufgabenlösung an sich, sondern auf Koordination und auf Emotionsregulation gelegt wird (STEMPFLE 2010). Dies ließe sich dadurch erklären, dass mehrere Tätigkeitsziele gleichzeitig berücksichtigt werden müssen. Weiterhin könnten sich kurzfristige Anordnungen des ärztlichen oder des übrigen Personals komplexitätsförderlich auswirken (BÜSSING & GLASER 1996), was z.B. mit einer höheren Intransparenz der Tätigkeitsziele erklärt werden könnte.	Die nebenstehenden Annahmen stammen aus empirischen Befunden zum kooperativen Problemlösen, die mit Studierenden durchgeführt wurde (STEMPFLE 2010) sowie aus einer Kombination aus standardisierter Fragebogenerhebung sowie Befragung (BÜSSING & GLASER 1996).
Ausstattung der Situation (vgl. Kapitel 5.5)	Es wird angenommen, dass die Ausstattung der Situation dann komplexitätsförderlich ist, wenn diese aus Sicht der Pflegeperson neuartig ist. Dies erscheint z.B. bei Maschinen bzw. Werkzeugen (HACKER & SACHSE 2014) denkbar, wenn mit diesen noch keine Vorerfahrungen bestehen.	Hier erscheinen Schnittstellenproblematiken (BÜSSING, GLASER & HÖGE 2003) als denkbar, wenn man diese etwa auf Krankenhaussysteme bezieht. Ferner erscheint es als möglich, dass bei Tracheostomaversorgungen und auch komplexen Verbandswechseln (KRELL ET AL 2015) die Ausstattung der Situation eine Rolle gespielt hat.

Die folgende Tabelle zeigt die Überlegungen, wie sich die Berufserfahrung auf die Komplexität der Aufgaben auswirkt.

**Tabelle 5: Zusammenfassung: Auswirkung der Berufserfahrung auf die Wahrnehmung komplexitätsfördernder Merkmale pflegerischer Situationen**

<b>Merkmal der Aufgabe/der Situation</b>	<b>Annahme, wie sich wachsende Berufserfahrung auf die Komplexität der Merkmale auswirkt.</b>
Typische Merkmale komplexer Aufgaben (vgl. Kapitel 5.1)	Aufgrund der theoretischen Überlegungen aus Kapitel 4.2.3 wird angenommen, dass wachsende Berufserfahrung mit einer größeren Anzahl von Aufgaben bzw. Problemen und somit mit mehr Lerngelegenheiten verbunden ist. Dies dürfte dazu führen, dass insbesondere häufig auftretende Aufgaben als weniger komplex wahrgenommen werden. Dementsprechend, so die Vermutung empfinden berufserfahrene Personen andere Aufgaben als problemhaltig als Personen mit einer geringen Berufserfahrung. Empirisch wurde dies von REUSCHENBACH (2008, 301f.) bestätigt.
Emotionales Erleben und Aufgabenkomplexität (vgl. Kapitel 5.2)	Die empirischen Befunde von RAUSCH, SCHLEY und WARWAS (2015, 459ff.) deuten darauf hin, dass berufserfahrene Personen häufiger negative Emotionen am Arbeitsplatz erleben. Sollten diese negativen Emotionen unerwünscht sein, wird angenommen, dass häufiger Emotionsregulation betrieben werden muss, was die Komplexität von Aufgaben erhöht.
Motivation (vgl. Kapitel 5.3)	Da angenommen wird, dass sich die Motivation nicht auf die Aufgabenkomplexität an sich auswirkt, sondern auf die Wahrscheinlichkeit, diese zu lösen, wird die Auswirkung der Berufserfahrung hier nicht näher betrachtet. Es könnte jedoch sein, dass motivierte Personen eher professionelle Handlungskompetenz entwickeln, da sie eher komplexere und somit auch problemhaltige Probleme lösen. Dies bedeutet, dass sie diese Aufgaben als Ergebnis dieser Lernerfekte dann nicht mehr als so komplex empfinden.
Rollenstruktur/Zusammenarbeit (vgl. Kapitel 5.4)	Bezüglich des Einflusses der Berufserfahrung erschienen zwei widersprüchliche Vermutungen möglich: Einerseits ist denkbar, dass der komplexitätsfördernde Einfluss der Rollenstruktur/der Zusammenarbeit geringer wird, wenn die längere Berufserfahrung zu einer besseren Einschätzung der eigenen Arbeitskolleginnen/Arbeitskollegen und somit dazu führt, dass bei kollektiver Aufgabenbewältigung weniger aufwändige Koordinations- und wechselseitige Emotionsregulationsprozesse stattfinden. Andererseits ist auch denkbar, dass eine ausgeprägtere Berufserfahrung dazu führt, dass die jeweilige Pflegeperson bevorzugter Ansprechpartner bei Fragen anderer Pfleger bzw. bei ärztlichen Anordnungen wird, was wiederum dazu führt, dass die Rollenstruktur/Zusammenarbeit sich häufiger komplexitätsfördernd auswirkt.
Ausstattung der Situation (vgl. Kapitel 5.5)	Diesbezüglich wird analog zu den Überlegungen zu typischen Merkmalen komplexer Aufgaben angenommen, dass die Ausstattung der Situation dann komplexitätsfördernd wirkt, wenn diese neuartig ist. Da mit wachsender Berufserfahrung mehr Gelegenheiten einhergehen, Aufgaben in Situationen mit unterschiedlicher Ausstattung zu bewältigen, wird angenommen, dass berufserfahrene Personen seltener die Ausstattung der Situation als komplexitätsfördernd wahrnehmen.

## **6. Generalisierbares Wissen und der Informationsprozess**

Im letzten Kapitel wurden Faktoren herausgearbeitet, von denen angenommen wird, dass sie die Komplexität von Aufgaben in der stationären Krankenpflege steigern und somit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich Pflegende mit einem Problem konfrontiert sehen. Laut der Annahmen, die in Kapitel 4.2.3 ausgeführt wurden, ist eine Rückmeldung auf der Basis generalisierbaren Regelwissens Voraussetzung für die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz. Dies stellt auch die zentrale Interventionsmöglichkeit für das betriebliche Bildungspersonal dar. Ziel dieses Kapitels ist es, vor diesem Hintergrund eine modellhafte Vorstellung der Rolle von Rückmeldungen beim Problemlösen in der pflegerischen Praxis zu entwickeln und mit dem Konzept des generalisierbaren Regelwissens zu verbinden. Dazu wird zunächst der Begriff der Rückmeldung bzw. des Feedbacks<sup>9</sup> definiert und mit den Ausführungen zum Lösen von Problemen früherer Kapitel verbunden (Kapitel 6.1). Für das Verständnis des Zusammenspiels zwischen internalem und externalem Feedback ist es erforderlich, das Verhältnis zwischen „Information“ und „Wissen“ zu klären, was in Kapitel 6.2 passiert. Kapitel 6.3 thematisiert den Informationsprozess, mit dem sich beschreiben lässt, wie Wissen als Information zwischen mehreren Personen „ausgetauscht“ werden kann. In Kapitel 6.4 wird der empirische Forschungsstand zum Informationsprozess in der Pflege aufgearbeitet.

### **6.1 Feedback bzw. Rückmeldungen beim Lösen von Problemen**

In diesem Kapitel wird auf den Begriff des Feedbacks eingegangen, der hier synonym zum Begriff der Rückmeldung betrachtet wird. Diese begriffliche Gleichsetzung ist, so MÜLLER und DITTON (2014, 13), gemeinhin verbreitet. Zur Bestimmung des Feedbackbegriffs führen die Autoren unter anderem die Definition nach NARCISS an, die unter Feedback Informationen versteht, „...die Lernenden nach der Bearbeitung von Lernaufgaben ... angeboten werden, mit dem Ziel, eine korrekte Lösung dieser Aufgabe in der aktuellen oder auch in künftigen Lernsituationen zu ermöglichen“ (NARCISS 2006, 18, zitiert nach MÜLLER & DITTON 2014, 12). Diese Definition wird von MÜLLER und DITTON (ebd.) unter anderem auf verbale Mitteilungen eingegrenzt. Allerdings wäre demzufolge Feedback nur dann möglich, wenn eine weitere Person dieses geben würde. Somit würden eigene Einschätzungen über die erfolgreiche bzw. erfolglose Bewältigung einer Aufgabe außerhalb des Betrachtungsbereichs der vorliegenden Arbeit liegen, was angesichts von Lernprozessen am Arbeitsplatz, die auch allein stattfinden können, nicht sinnvoll erscheint. Stattdessen wird die oben genannte Definition von NARCISS nicht nur auf aktuelle und künftige Lernsituationen, sondern auch auf aktuelle und künftige

---

<sup>9</sup> „Feedback“ und „Rückmeldung“ werden hier parallel zueinander verwendet.

Arbeitssituationen bezogen. Dabei werden hier Lern- und Arbeitssituationen aus subjektiver Sicht auf Grundlage der Unterscheidung zwischen Lernen und Arbeiten nach KELL (2015, 6) so unterschieden: Demzufolge verfolgen Personen in Lernsituationen primär die Intention sich selbst zu verändern, während Personen in Arbeitssituationen primär ihre Umwelt verändern möchten. Ferner erscheint die Festlegung, dass Feedback erst nach der Aufgabenbewältigung stattfindet, hier nicht sinnvoll, denn gerade bei der Ausführung pflegerischer Aufgaben unter Anwesenheit betrieblichen Bildungspersonals wird es als realistisch eingeschätzt, dass Feedback bereits während oder vor der Aufgabenausführung erfolgt, z.B. um Gefährdungen von Patienten zu verhindern.

Somit wird hier Feedback in Anlehnung an die oben ausgeführten Gedanken und der referenzierten Definition von NARCISS verstanden als Informationen, die Lernenden vor, bei oder nach der Ausführung von Lern- oder Arbeitsaufgaben angeboten werden und die das Ziel haben, eine korrekte Lösung dieser Aufgabe in der aktuellen oder auch in künftigen Lern- oder Arbeitssituation zu ermöglichen.

NARCISS (2014, 45ff.) hat bestehende Modelle zu Feedback aus der Literatur aufgearbeitet und eine eigene Modellvorstellung entwickelt, die sie „Interactive Two-Feedack Loops Model“ („ITFL-Modell“) nennt. Das Modell wird hier weiter ausgeführt, da es auf der subjektiven Einschätzung von Diskrepanzen zwischen erwünschten (Soll-Zuständen) und gegebenen Zuständen (Ist-Zuständen) aufbaut und gleichzeitig die Rolle des subjektiv empfundenen Anforderungsniveaus von Aufgaben integriert. Daher erscheint es vor dem Hintergrund der hier zugrunde gelegten Vorstellung der Entwicklung professioneller Handlungskompetenz bei der Bewältigung problemhaltiger Aufgaben als kompatibel. Ferner ist auch die Rolle „internen Feedbacks“ integriert, was eine Berücksichtigung der Rolle des generalisierbaren Regelwissens ermöglicht. Es wird hier in vereinfachter Form aus der Perspektive einer Person vorgestellt, die internes oder externes Feedback erhält (NARCISS 2014, 64ff.):

- Eine Person, die über verschiedene Voraussetzungen (z.B. einen bestimmten Wissensstand) verfügt, möchte eine Lern- oder Arbeitsaufgabe ausführen und somit einen definierten Soll-Zustand herbeiführen. Wie dieser Zustand subjektiv definiert wird, hängt von den personalen Voraussetzungen der Person ab, unter die auch der Stand ihres Vorwissens zu subsumieren ist. Wenn etwa die Aufgabe in der Durchführung eines Verbandswechsels besteht, wird das Wissen der ausführenden Person entscheidend dafür sein, was sie als erfolgreichen Verbandswechsel ansieht und somit, welchen anzustrebenden Soll-Zustand sie für sich definiert.

- Es findet nun ein Soll-Ist-Abgleich statt. Es wird also eruiert, ob und wenn ja, welche Lösungsmöglichkeiten zum Erreichen des Soll-Zustands vor dem Hintergrund der eigenen Voraussetzungen denkbar erscheinen („internes Feedback“). Zudem ist es möglich, dass Feedback, also externe Informationen, zum Lösen der jeweiligen Aufgabe oder der Bewertung herangezogen wird. Dies kann entweder durch eine Schriftquelle oder eine andere Person passieren.
- Dieses Feedback wird wiederum vor dem Hintergrund der personalen Voraussetzungen bewertet und beeinflusst je nach Ergebnis dieser Bewertungsprozesse die Einschätzung des Soll- und oder des Ist-Zustands, sowie die in Betracht gezogenen Möglichkeiten den angestrebten Soll-Zustand zu erreichen.

Aus Sicht eines Feedbackgebers (ebd.), der entweder eine andere Person oder die/der Verfasser/in einer Schriftquelle sein kann, stellt sich die Situation so dar, dass diese ebenfalls über Soll-Vorstellungen in Form von erwünschten Zielvorstellungen einer Aufgabe verfügt, die von ihren personalen Voraussetzungen abhängt, z.B. ihrem Vorwissen. Darüber hinaus hat auch sie eine Ist-Vorstellung hinsichtlich der Lösungsmöglichkeiten, über die die Person verfügt, die die jeweilige Aufgabe lösen möchte. Auf dieser Grundlage entscheidet der Feedbackgeber, ob er Feedback gibt und wie dieses gestaltet wird. NARCISS (ebd.) wählt hier den etwas unglücklichen Begriff der „Regelstrecke“, die hier als normative Vorstellung über Gestaltung des Feedbacks verstanden wird. Sie (ebd., 68) nennt auch Qualitätsfaktoren von Feedback, die sie jedoch nicht empirisch untermauert. Demnach kommt es insbesondere auf die präzise Analyse der Soll- sowie der Ist-Zustände und auf die Einschätzung an, welches Feedback vor diesem Hintergrund optimal ist. Ferner spielen Gestaltung und Kommunikation des Feedbacks eine zentrale Rolle.

In der vorliegenden Arbeit wird, aufbauend auf den Überlegungen des Kapitels 4.2.3, davon ausgegangen, dass Feedback sich inhaltlich auf generalisierbares Regelwissen stützen muss, wenn professionelle Handlungskompetenz gefördert werden soll. Denn diese umfasst definitionsgemäß Voraussetzungen des Transfers generalisierbaren Regelwissens auf konkrete Situationen. Dieses generalisierbare Regelwissen wurde als Sonderform expliziten Wissens aufgefasst (vgl. Kapitel 4.1). Allerdings wird im Modell von NARCISS die Rolle expliziten und impliziten Wissens beim Geben und Nehmen von Feedback nicht berücksichtigt. Dazu wird im kommenden Kapitel zunächst auf den Informationsbegriff eingegangen und mit dem Erwerb expliziten und impliziten Wissens in Verbindung gebracht.

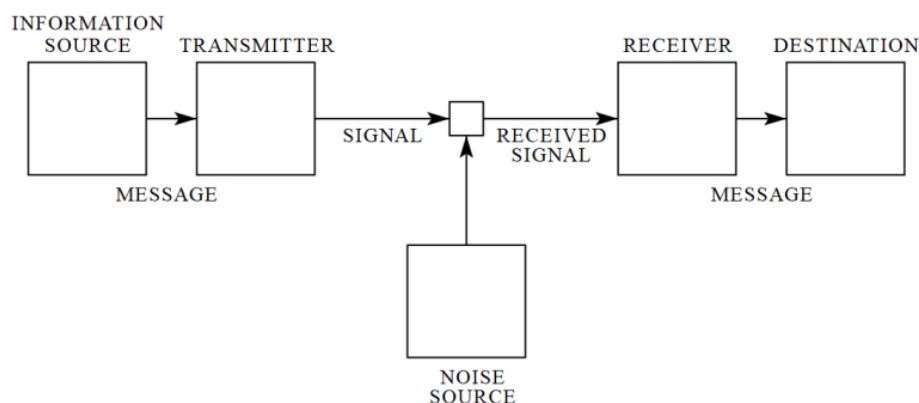


## 6.2 Informationen und der Erwerb expliziten und impliziten Wissens

In diesem Kapitel wird zunächst der Informationsbegriff bestimmt und in Verbindung mit dem Erwerb expliziten und impliziten Wissens gebracht. Grundlage ist die Annahme, dass Wissen stets personengebunden ist, es also kein Wissen außerhalb von Personen geben kann. Dies entspricht auch einem breiten Konsens in der Literatur: So wurden in Kapitel 4.1 Zugänge zum Wissensbegriff vorgestellt: Demnach kann entweder schwerpunktmäßig betrachtet werden, welche Inhalte im Gedächtnis einer Person gespeichert und auch, wie sie strukturiert sind („wissenspsychologischer Zugang“). Oder es wird eher fokussiert, wie die Verwendung von Wissen subjektiv erlebt wird („phänomenologischer Zugang“). Beide Positionen sehen damit keine Existenz personenunabhängigen Wissens vor. Darüber hinaus kann dies auch an einem Beispiel festgemacht werden: Man denke an eine Pflegeperson, die viel Erfahrung im Anlegen eines bestimmten Verbands besitzt und versucht, die erforderliche Technik mehreren Auszubildenden zu erklären. Das Verständnis der Erläuterungen und somit die Änderung des Wissens der Auszubildenden werden sich jeweils unterscheiden, z.B. weil verschiedene Begrifflichkeiten, die die erfahrende Pflegeperson nutzt, bereits bekannt oder nicht bekannt sind. Es kann also nicht gesagt werden, dass Wissen „übertragen“ werden kann – vielmehr muss in diesem Fall das vorliegende Wort interpretiert werden, was zu unterschiedlichen Änderungen der jeweiligen Wissensbasis führt. Um dieses Beispiel systematisch beschreiben zu können, genügt der Wissensbegriff nicht, es muss der Begriff der Information im Sinne eines Vehikels, das die Entstehung neuen Wissens oder Veränderungen bestehenden Wissens bewirken kann, eingeführt werden. Wenig sinnvoll wäre es vor diesem Hintergrund eine Informationsdefinition zu wählen, nach der Informationen subjektiv und personengebunden sind, denn dann gäbe es Überschneidungen mit dem, hier verwendeten, Wissensbegriff. Das bedeutet nicht, dass eine solche Sicht auf Information generell nicht sinnvoll wäre. So hält die Systemtheorie nach LUHMANN (1985, 193ff.) einen subjektiv-personengebundenen Informationsbegriff bereit, der zur Beschreibung von Kommunikationsprozessen verwendet wird: Indem ein Subjekt seine Aufmerksamkeit auf etwas richtet, wird dieses „etwas“ für das Subjekt zur Information (THYE 2013, 26), weil eine „differenzsetzende Operation“ durchgeführt wird. Damit ist gemeint, dass das Subjekt entscheidet, auf was es seine Aufmerksamkeit richtet und auf was nicht. Dadurch erfolgt eine Differenzierung, was subjektiv zur Information wird und was nicht (GRIPP-HAGELSTANGE 2000, 11). Die Systemtheorie im Sinne LUHMANNs und ihre Begrifflichkeiten werden an dieser Stelle nicht weiterverfolgt, da sie von geschlossenen Systemen ausgehen, was einen stringent begründeten empirischen Zugang zur Erfassung intersubjektiver Aspekte erschwert.

Als personenunabhängig können Informationen nach den, gerade im Bereich der Informatik gebräuchlichen, „Treppenmodellen“ beschrieben werden. Letzteres sind Modelle, die unterschiedliche Komplexitäts- bzw. Formalisierungsgrade stufenweise hierarchisch unterscheiden, wie z.B. folgende wirtschaftsinformatische Vorstellung von KRCMAR (2005, 14f.): Auf der untersten Ebene einer aufeinander aufbauenden Hierarchie sind *Zeichen* angesiedelt, wie etwa „0“, „8“ oder das Zeichen für „Komma“. Werden diese Zeichen einem „Alphabet“, zugeordnet, werden sie zu Daten (z.B. 0,8) und erreichen somit die zweite Stufe des Modells. Wenn diese schließlich in einen bestimmten „Kontext“ eingebettet werden, etwa, indem der Preis 0,8 € gebildet wird, werden Daten zu Informationen und erreichen somit die höchste Stufe des Modells. Der Formalisierungs- bzw. der damit einhergehende Komplexitätsgrad ist damit ausschlaggebend für die Unterscheidung zwischen Zeichen, Informationen und Daten, was gerade hinsichtlich formaler Beschreibungen von Informationssystemen hilfreich ist. Allerdings bleibt nach dieser Vorstellung offen, wie Informationen ausgetauscht werden können und wie sich das Verhältnis zwischen Wissen und Informationen darstellt.

Ein klassisches Modell zur Beschreibung des Informationsaustausches, das die einschlägige Debatte stark geprägt hat, ist das Sender-Empfänger Modell von SHANNON und WEAVER. Es geht von folgender Vorstellung aus (SHANNON 1948, 2f.):

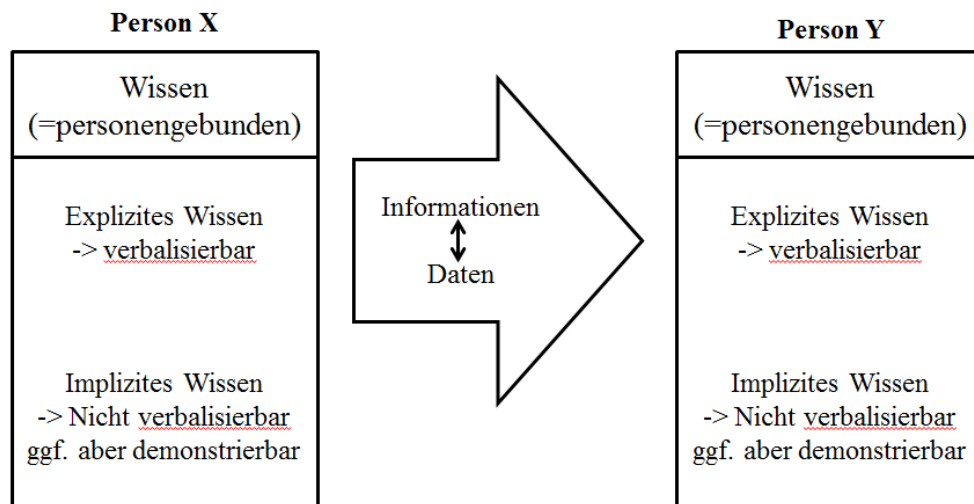


**Abbildung 4: Sender-Empfänger Modell (SHANNON 1948, 2)**

Eine Nachricht wird zunächst in ein übertragbares Signal umgewandelt und von einem Sender an einen oder mehrere Empfänger übermittelt. Dort wird es vom Empfänger wieder von Signal- in Nachrichtenform transformiert. Während der Übermittlung können Störeinflüsse auftreten, die z.B. bewirken können, dass Teile des Signals nicht oder verfälscht ankommen. Hintergrund der Entwicklung des Modells war die Beschreibung der Kommunikation über das Telefon bzw. über Telegraphen, was auch an den Beispielen für mögliche Kommunikationskanäle von SHANNON (ebd., 2) deutlich wird: „...a pair of wires, a coaxial cable, a band of radio

frequencies, a beam of light“. Dementsprechend liegt der Betrachtungsschwerpunkt auf der Beschreibung der Informationsübertragung in Signalform und möglichen Störeinflüssen. Wie jedoch eine Nachricht durch den Sender formuliert wird und diesbezügliche mögliche Zusammenhänge zum Wissen eines menschlichen Senders bleiben unberücksichtigt.

Eine Vorstellung zu Wissen und Informationen, die diesen Zusammenhang berücksichtigt, formulieren SEILER und REINMANN (2004, 18ff.), die sich in ihren Publikationen ausführlich mit dem Thema Wissensmanagement beschäftigen und daher ebenfalls die Wissensgenese bzw. -veränderung während der Kooperation zwischen Personen berücksichtigen müssen. Sie (ebd.) schlagen ein „strukturgenetisches Wissensverständnis“ vor, nach dem sich Wissen aus Systemen kognitiver Strukturen zusammensetzt. Unterschieden werden dabei zwei Arten von Wissen: „Objektiviertes Wissen“ sowie „Idiosynkratisches Wissen“. Idiosynkratisches Wissen umfasst veränderbare kognitive Strukturen, die an Individuen gebunden sind und die durch diese laufend konstruiert und adaptiert werden. Es setzt sich aus „Handlungswissen“, „intuitivem Wissen“ und „begrifflichem Wissen“ zusammen. Handlungswissen zeigt sich implizit im Handeln von Individuen, intuitives Wissen kann bildlich, unabhängig von Wahrnehmungen und Handlungen, in der Vorstellung des Individuums aufgerufen werden. Begriffliches Wissen stellt eine bewusstseinsfähige, artikulierbare Transformation von Handlungswissen sowie begrifflichem Wissen dar. Objektiviertes Wissen zeichnet sich im Gegensatz dadurch aus, dass es in Zeichen und damit Sprache übersetzt wird. Dadurch kann es ein Individuum an andere Individuen weitergeben. Objektiviertes Wissen kann nach SEILER und REINMANN in kollektives Wissen und formalisiertes Wissen unterteilt werden. Kollektives Wissen oder auch „Information“ genannt, umfasst „...Wissen, das durch gemeinsame Diskurse ausgehandelt, verdichtet, vereinheitlicht, (durch Regeln) normiert und systematisch verbalisiert wurde“. Kollektives Wissen kann zu formalisiertem Wissen werden, wenn es durch festgelegte Kriterien und Zuordnungsregeln weiter objektiviert wird. Formalisiertes Wissen wird auch mit dem Begriff der *Daten* gleichgesetzt und zeichnet sich dadurch aus, dass es einer weiteren Verarbeitung durch formale Prozeduren zugänglich gemacht werden kann (SEILER & REINMANN 2004, 18ff.). Der entscheidende Vorteil der eben skizzierten Vorstellung von Wissen für die vorliegende Arbeit wird in der Unterscheidung zwischen personengebundenem und formalisiertem „Wissen“ gesehen, wobei der Begriff des formalisiertem bzw. des kollektiven Wissens widersprüchlich mit der Annahme ist, dass kein Wissen unabhängig von Personen existieren kann. Somit wird zwar die Grundvorstellung von SEILER und REINMANN übernommen, die Begrifflichkeiten jedoch an die Annahmen und Begriffe dieser Arbeit angepasst. Ferner wurde die Unterscheidung zwischen implizitem und explizitem Wissen (vgl. Kapitel 4.1) integriert:



**Abbildung 5: Modellvorstellung zum Zusammenhang zwischen Informationen und Wissen. Eigene Darstellung in Anlehnung an SEILER & REINMANN 2004, 18ff; SHANNON 1948, 2ff.**

Die Vorstellung lässt sich folgendermaßen beschreiben: Person X verfügt über explizites und implizites Wissen (vgl. Kapitel 4.1). Person X kann nun Wissensinhalte anhand eines Regelsystems in eine übertragbare Form bringen, die von einem Empfänger, der über das gleiche Regelsystem verfügt, verstanden werden kann, wie z.B. einer gesprochenen Sprache. Somit entsteht eine Information im Sinne der Vorstellung von SEILER und REINMANN (2004, 18ff.). Voraussetzung für die Umwandlung in gesprochene Sprache ist jedoch, dass die entsprechenden Wissensinhalte verbalisierbar und somit explizit sind (vgl. Kapitel 4.1). Inwiefern die geäußerte Nachricht verstanden wird, hängt nun nicht nur davon ab, dass der Empfänger das entsprechende Regelsystem zur „Decodierung“ beherrscht, sondern maßgeblich von dessen Vorwissen: „Die eine Person übermittelt Informationen, die aus ihrer Perspektive verständlich sind, die andere Person entschlüsselt diese so, wie es für sie Sinn ergibt“ (BROMME & JUCKS 2014, 4). Aufbauend auf den Annahmen des Kapitels 4.1 besteht das Ergebnis der angesprochenen Entschlüsselungsvorgänge nicht nur aus neuem expliziten oder nur aus neuem impliziten Wissen, sondern aus einer Mischung daraus. Die expliziten Wissensanteile erstrecken sich auf verbalisierbare Inhalte, wie etwa „Ein Verband darf nicht so fest angelegt sein, dass die Blutzufuhr behindert wird, weil sonst die Heilung eingeschränkt ist.“ Aber es sind auch implizite und somit nicht-verbalisierbare Wissensinhalte denkbar, wie z.B. nicht-verbalisierbare Einschätzungen über die Person, die das Feedback gibt, etwa ein ausgeprägteres, nicht näher beschreibbares Gefühl des „Vertrautseins“. Hinsichtlich der Entwicklung professioneller Handlungskompetenz ist nun entscheidend, dass der Empfänger der Informationen auch explizites, generalisierbares Regelwissen aufgenommen hat, also Wissen über wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege.

### 6.3 Der Informationsprozess

Im letzten Kapitel wurde eine Modellvorstellung zum Zusammenhang zwischen Informationsaustausch und Wissen dargestellt. Die darin enthaltene Kernaussage war, dass Wissen nicht unmittelbar ausgetauscht werden kann, sondern in Information umgewandelt und später wieder „zurückübersetzt“ werden muss, wobei es vom Wissensstand der vermittelnden Person abhängt, wie diese übersetzt wird. Gleichzeitig hängt es vom expliziten und impliziten Wissensstand der Person ab, die die Information erhält, ob und wie letztere verstanden wird. Für das betriebliche Bildungspersonal, das die professionelle Handlungskompetenz von Pflegenden fördern möchte, ergeben sich aus dieser Annahme zwei Schwierigkeiten:

- Es könnte sein, dass eine bestimmte Aufgabe, die von einer Pflegeperson bewältigt wird, von dieser subjektiv als problemhaltig empfunden wird, nicht jedoch von der zuständigen betrieblichen Bildungsperson, die diese möglicherweise in der Vergangenheit bereits erfolgreich bewältigt hat – z.B. eine bestimmte Form des Verbandswechsels. Woher weiß nun das Bildungspersonal, dass die Pflegeperson mit einem Problem konfrontiert ist und woher weiß sie, welche Informationen die andere Person benötigt? Kann sie diese überhaupt vollständig explizieren, wenn sie durch ihre Vorerfahrungen bereits Routinen aufgebaut hat, die dem Bewusstsein nicht mehr zugänglich sind (vgl. Kapitel 4.2.3)?
- Woher weiß eine betriebliche Bildungsperson, dass eine Pflegeperson, die über eine andere Wissensbasis verfügt als sie selbst, die zu übermittelnden Inhalte verstanden hat? Denn ob etwas verstanden wurde, oder nicht, ist für das Gegenüber nicht unmittelbar beobachtbar.

Ausgehend von diesen Fragen soll das Modell aus Kapitel 6.2 erweitert werden, um einen theoretischen Rahmen für deren Beantwortung zu erarbeiten. Als hilfreich erscheint hier die von CLARK geprägte Vorstellung, dass zwei (oder natürlich auch mehrere) Personen, die Informationen zur erfolgreichen Beantwortung einer bestimmten Fragestellung, z.B. im beruflichen Kontext, austauschen möchten, eine Schnittmenge hinsichtlich dessen benötigen, was sie wissen bzw. als richtig ansehen. Diese Schnittmenge wird auch als „Common Ground“ bezeichnet (CLARK & BRENNAN 1991, 127). Um letzteren zu erreichen findet ein Wechselspiel zwischen zwei Gesprächsphasen statt: Einer „Presentation Phase“, in der eine Person X gegenüber Y eine Aussage trifft und nun annimmt, dass Y einen Hinweis darauf gibt, ob sie die Aussage verstanden hat. Diese Hinweise erfolgen dann in der zweiten Gesprächsphase, der „Acceptance Phase“ (CLARK & SCHAEFER 1989, 265) und können unterschiedlicher Natur sein (ebd., 267):

- fortwährende Aufmerksamkeit: Person Y zeigt Person X, dass sie aufmerksam zuhört – und somit den Aussagen von X folgen kann;
- Einbringen eines relevanten Beitrags durch Y, der auf der Aussage der Person X aufbaut;
- verbale/nonverbale Bestätigung: Y nickt oder macht entsprechende Äußerungen wie „ja, genau“ etc., um zu zeigen, dass sie folgen kann;
- Demonstration: Y demonstriert X, dass sie die Aussage oder Teile der Aussage verstanden hat. Zum Beispiel, indem bestimmte, zuvor beschriebene Tätigkeiten ausgeführt werden;
- Wiedergabe/Widerspiegeln: Y gibt wörtlich vollständig oder teilweise wieder, was X geäußert hat.

CLARK und BRENNAN (1991, 140ff.) argumentieren, dass es schwieriger sei, Common Ground zu erreichen, wenn Informationen nicht direkt zwischen zwei gleichzeitig anwesenden Personen ausgetauscht werden, sondern der Austausch über ein Medium erfolgt. Dies begründen sie, je nach Medium, im Kern mit einem erhöhten Aufwand bei der Formulierung, der Weitergabe und dem Verständnis von Informationen sowie mit ausgeprägteren Folgen einer fehlerhaften Information. Ein Beispiel hinsichtlich der Pflege könnte sein, dass Pflegeperson X Informationen schriftlich in der Dokumentation über einen Patienten an Pflegeperson Y übermitteln möchte. Person Y hat, wenn sie diese Anmerkungen zu einem Zeitpunkt liest, zu dem X nicht mehr anwesend ist, nicht die Möglichkeit nachzufragen, ob eine Aussage ihren Annahmen entspricht. Missverständnisse und Fehler sind als Konsequenz schwieriger zu identifizieren.

Darüber hinaus können beim Austausch von Informationen zwischen Personen über einen Gegenstand, über den sie unterschiedlich viel wissen, bzw. mit dem sie unterschiedlich ausgeprägte Erfahrungen besitzen, Schwierigkeiten hinsichtlich des Erreichens eines Common Ground auftreten. Dies kann daraus resultieren, dass erfahrene Personen über stärker vernetzte Wissensstrukturen und einen höheren Anteil an Routinen verfügen, was es schwieriger macht, verständliche Antworten zu formulieren und Informationsbedarfe zu erkennen (BROMME & JUCCS 2014, 5f.). Auch antizipierte Regeln der Höflichkeit, die Rückfragen verbieten oder eine indirekte Ausdrucksweise nahelegen, können das Erreichen des Common Ground erschweren (ebd., 7f.). Dies gilt auch für Informationsaustausch in Beziehungen mit „Machtgefälle“, z.B. zwischen weisungsabhängigen Pflegepersonen und ihren Vorgesetzten (HACKER 2009, 120f.).

Die geschilderten Schwierigkeiten beim Informationsaustausch aufgrund asymmetrischer Wissensbestände und -strukturen und eingeschränkter Möglichkeiten einen Common Ground zu erreichen, können sich in der Pflege negativ auf den Erwerb professioneller Handlungskompetenz auswirken, wenn dadurch in Problemsituationen Lösungsansätze verfolgt und eingeübt werden, die sich eigentlich bereits in der Vergangenheit als unwirksam herausgestellt haben (vgl. Kapitel 4.2.3). Für das betriebliche Bildungspersonal, das professionelle Handlungskompetenz fördern möchte, erscheinen damit Hinweise als hilfreich, in welchen Situationen bzw. zu welchen Themen Informationen benötigt und wie diese bewertet werden. Zu einer systematischen Annäherung wird im nächsten Schritt das Modell zum Informationsaustausch aus 6.1 erweitert.

Herangezogen werden dazu Modelle aus der Informationskompetenzdebatte. Informationskompetenz im Sinne dieser Arbeit „...bezieht sich auf alle Aspekte des Zugangs zu Informationen und der individuellen Informationsnutzung (Recherchieren und Organisieren), der Analyse und Bewertung zur zielgerichteten Informationsauswahl (Analysieren und Evaluieren) sowie der zweckoptimierten Informationsgestaltung (Präsentieren und Kommunizieren)“ (BALLOD 2005, 44). In der Literatur wird der Begriff der Informationskompetenz schwerpunktmäßig im bibliotheksbezogenen und informationswissenschaftlichen Zusammenhang verwendet (INGOLD 2012, 12ff). Vor diesem Hintergrund wird auch der Austausch von Informationen im Internet diskutiert (z.B. GODWIN 2012, 40ff.). In der deutschsprachigen pflegebezogenen Literatur findet sich der Begriff der Informationskompetenz oder des englischen Pendant „information literacy“ kaum. In der internationalen, englischsprachigen Literatur wird er, wie das kommende Kapitel noch zeigen wird, insbesondere im Zusammenhang mit dem Evidence-based-Nursing verwendet (vgl. Kapitel 3.2.3; siehe auch z.B. ACRL 2013, o.S.). Es geht also darum, dass Pflegenden wissenschaftliche Befunde recherchieren und die Gestaltung ihrer Arbeitstätigkeiten daran ausrichten können, weshalb der Ansatz auch als kompatibel mit dem hier zugrunde gelegten Verständnis für professionelles Handeln angesehen wird (vgl. Kapitel 3.2).

BALCERIS (2011, 71ff.) hat für seine Dissertation gängige Modelle zur Informationskompetenz dargestellt und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. Dabei kommt er zum Schluss, dass diese ähnliche Elemente enthalten, die er in ein Prozessmodell überführt (ebd., 99), das in der vorliegenden Arbeit auch als „Informationsprozess“ bezeichnet wird:

- Informationsbedarf: Es wird festgestellt, dass zusätzliche Informationen benötigt werden, und konkretisiert, um welche Informationen es sich dabei handelt.

- Informationsquellenauswahl: Es werden Informationsquellen ausgewählt und diese aufgrund verschiedener Kriterien bewertet.
- Informationszugriff: Nach Festlegung einer Suchstrategie erfolgt der Zugriff auf die benötigten Informationen.
- Informationsbeurteilung: Die gefundenen Informationen werden kritisch bewertet.
- Informationsnutzung: Informationen, die als hilfreich bewertet wurden, werden zur Erreichung des Informationsziels eingesetzt.
- Reflexion des Informationsergebnisses/des Informationsprozesses: Die Ergebnisse des Informationsprozesses werden auf deren Erfolg hin überprüft.

Diese Vorstellung des Informationsprozesses erinnert auch an die prozesshafte Umschreibung von Information Literacy für Pflegende der Association of College & Research Libraries (ACRL), einer Sektion der American Librarian Association (ALA). Dort heißt es in den Ausführungen zu „Information Literacy Competency Standards for Nursing (ACRL 2013, o. S.): „The information literate nurse determines the nature and extent of the information needed ... The information literate nurse accesses needed information effectively and efficiently ... The information literate nurse critically evaluates the procured information and its sources, and as a result, decides whether or not to modify the initial query and/or seek additional sources and whether to develop a new research process ... The information literate nurse, individually or as a member of a group, uses information effectively to accomplish a specific purpose ... The information literate nurse understands many of the economic, legal, and social issues surrounding the use of information and accesses and uses information ethically and legally.”

KUHLTHAU (1991, 363) und HOMANN (2000, 201), deren Modellvorstellungen zum Informationsprozess ebenfalls von BALCERIS (2011, 75ff.; 85ff.) dargestellt werden, verweisen darüber hinaus auf emotionale Auswirkungen des Informationsprozesses. KUHLTHAU (1991, 363; 1989, 3) geht davon aus, dass insbesondere der Beginn der Informationssuche von Unsicherheit geprägt ist, die dann sukzessive einer Erleichterung weicht, während HOMANN (2000, 201) darauf aufbauend, auf emotionale Zustände während des Problemlöseprozesses bei der Beschaffung von Informationen verweist. HEHMANN (2014, 53ff.) reproduzierte diese Vorstellung empirisch im Rahmen einer Befragung von Studierenden der Wirtschaftspädagogik beim Anfertigen von Abschlussarbeiten im Rahmen ihrer bislang unveröffentlichten Masterarbeit, die unter Betreuung des Verfassers der vorliegenden Arbeit angefertigt wurde. SAVOLAINEN (2015, o.S.) zieht zur Erklärung diesbezüglich insbesondere das Appraisal-Modell von SCHERER heran (vgl. Kapitel 5.2).

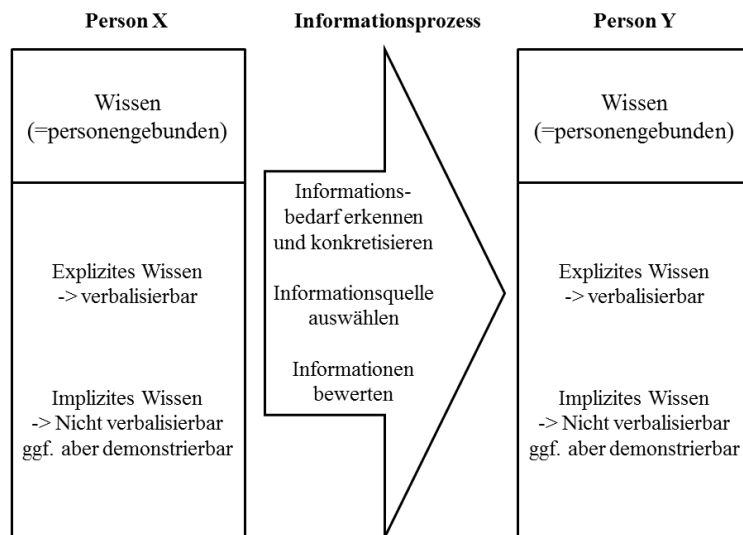


Um den Informationsprozess in das Modell zum Feedback aus Kapitel 6.2 zu integrieren, erscheint eine modellhafte Vorstellung auf der Basis der Ausführungen von BALCERIS (1999, 99ff.) gut geeignet, die in der folgenden Tabelle dargestellt wird. Die Begründungen/Annahmen werden gegebenenfalls später im empirischen Teil der Arbeit modifiziert, falls dort abweichende Befunde auftreten:

**Tabelle 6: Der Informationsprozess in der vorliegenden Arbeit (eigene Darstellung, aufbauend auf BALCERIS 1999, 99ff.)**

<b>Element des Informationsprozesses</b>	<b>Elemente des Informationsprozesses nach BALCERIS (1999, 99ff.)</b>	<b>Annahmen</b>
Erkennen eines Informationsbedarfs	Informationsbedarf	Es wird angenommen, dass es sinnvoll ist, das Auftreten eines diffusen Informationsbedarfs und dessen Konkretisierung zu trennen. Zum Beispiel kann es eine Herausforderung darstellen, zu erkennen, welche Informationen erfragt bzw. nachgelesen werden müssen.
Konkretisierung des Informationsbedarfs	Informationsbedarf	Zu klären ist hier insbesondere, in welchen Situationen zusätzliche Informationen benötigt werden und um welche Informationen es sich dabei handelt.
Auswahl einer Informationsquelle	Informationsquellenauswahl Informationszugriff	Hier wird angenommen, dass der eigentliche Zugriff auf Informationen trivial ist, sobald klar ist, welche Informationen von welcher Quelle bezogen werden müssen.  Entscheidend ist hier vor allem, welche Quellen aus welchen Gründen herangezogen werden.
Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Information	Informationsbeurteilung	Kritische Beurteilung der Informationen: Hier wird angenommen, dass diese Beurteilung darauf abzielt einzuschätzen, ob die Information vertrauenswürdig ist. Denn dies – so die Annahme – stellt die Voraussetzung dafür dar, dass die Information auch berücksichtigt wird.

In der folgenden Abbildung werden die obenstehenden Überlegungen zum Informationsprozess in das Modell aus Kapitel 6.2. zum Zusammenhang zwischen Informationen und Wissen integriert:



**Abbildung 6: Modellvorstellung zum Zusammenhang zwischen Informationen und Wissen mit integriertem Informationsprozess. Eigene Darstellung in Anlehnung an BALCERIS 1999, 99ff.; SEILER & REINMANN 2004, 18ff.; SHANNON 1948, 2ff.**

BAUER (2008, 50ff.) entwickelte im Rahmen seiner Dissertation ein Instrument zur Erfassung des Lernens durch Fehler in der Krankenpflege. Damit wurden dann insgesamt 284 Pflegende in bayerischen Kliniken befragt (ebd., 75ff.). Kernergebnis war, dass die Einschätzung, ob die eigene Tätigkeit fehlerhaft war, Auslöser für eigene und gemeinsame Lernprozesse mit anderen Pflegenden in der Form waren, dass Fehlerursachen und Verbesserungsstrategien diskutiert wurden (ebd., 93ff.). Er (ebd., 104) fasst zusammen: „The findings of the individual interpretation of the error situation support the assumption that the estimation of an error situation as a chance for learning fosters exchange with other nurses about potential causes and strategies to avoid similar errors in the future. In contrast perceiving advantages from hiding an error seems to be an inhibiting factor.“ Dieser Befund unterstreicht, wenn auch spezifisch auf Fehler bezogen, die Relevanz der Bewertung eigener Tätigkeiten für Lernprozesse in der Krankenpflege. Dies wiederum hebt die Bedeutung von Feedback und des Informationsaustauschs für das Lernen an pflegerischen Arbeitsplätzen hervor.

Auch GOLLER (2017, 155; vgl. Kapitel 4.3.3) bezieht, wie auch die vorliegende Arbeit, die Rolle arbeitsbezogener Informationen sowie des Feedbacks in sein theoretisches Modell zur systematischen Beschreibung von Einflussfaktoren der Kompetenzentwicklung von Altenpflegepersonen ein. Allerdings wird hier kein Informationsprozessmodell integriert, zudem konnten aufgrund psychometrischer Probleme bei den verwendeten Skalen in der darauf aufbauenden empirischen Erhebung keine Einflüsse des Hinzuziehens arbeitsbezogener Informationen sowie des Feedbacks auf die Kompetenzentwicklung untersucht werden (ebd., 321f.).

## **6.4 Empirischer Forschungsstand zum Informationsprozess in der Krankenpflege**

In den Kapiteln 6.1 bis 6.3 wurde eine modellhafte Vorstellung der Rolle von Rückmeldungen beim Problemlösen in der pflegerischen Praxis entwickelt. Darin wurden drei Schritte des Informationsprozesses identifiziert: Informationsbedarf erkennen und konkretisieren, Informationsquelle auswählen und die nachgefragten Informationen bewerten. Wenn dem betrieblichen Bildungspersonal bekannt ist, wie diese Schritte von Pflegenden in deren Praxis realisiert werden, so die Annahme der vorliegenden Arbeit, erleichtert dies dem Bildungspersonal, den Pflegenden gezielt Informationen zum Aufbau generalisierbaren Regelwissens und somit indirekt zur Förderung professioneller Handlungskompetenz bereitzustellen. Zu diesem Zweck wird in diesem Kapitel der vorhandene empirische Forschungsstand anhand einer systematischen Datenbankrecherche aufgearbeitet. Die Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich in Kapitel 6.4.1. Im Anschluss werden die Befunde zu Inhalten dargestellt, die Pflegende erfragen bzw. nachlesen (Kapitel 6.4.2), sprich, zur Konkretisierung des Informationsbedarfs. In Kapitel 6.4.3 werden die Befunde zu verwendeten Quellen, also zur Quellenauswahl, dargestellt. In Kapitel 6.4.4 geht es schließlich um Befunde zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen, was teilweise in der Literatur mit der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Quellen gleichgesetzt wird.

### **6.4.1 Vorgehen bei der Aufarbeitung des empirischen Forschungsstands zum Informationsprozess in der Krankenpflege**

Bei der Aufarbeitung des empirischen Forschungsstands wurde dem Vorschlag der Universität Kassel zum Vorgehen systematischen Literaturrecherchen gefolgt (LÄZER ET AL. 2010, 5ff.), da der Anspruch erhoben wurde, den internationalen empirischen Forschungsstand zur Information Literacy in der Pflege bestmöglich zu berücksichtigen. Darin werden mehrere, aufeinander folgende Schritte empfohlen: Definition der Fragestellung, Auswahl der Suchbegriffe, Auswahl der Datenbanken, Eingrenzung der Suche, Erarbeitung der Suchstrategie, Sichtung der gefundenen Literatur, Beschaffung der gefundenen Literatur.

Aufbauend auf dem Modell des letzten Kapitels wurden folgende Fragestellungen formuliert, da sie als zentral für das betriebliche Bildungspersonal in der stationären Krankenpflege angesehen werden:

*Welche Inhalte werden von Pflegenden erfragt?*

Wenn das betriebliche Bildungspersonal weiß, nach welchen Informationen Pflegende häufig fragen, kann es sich darauf vorbereiten, indem es die entsprechenden Erkenntnisse recherchiert.

*Welche Informationsquellen werden von Pflegenden bei Problemen herangezogen?*

Wenn das betriebliche Bildungspersonal weiß, auf welche Informationsquellen im Sinne von Personen oder Schriftquellen häufig zurückgegriffen wird, erhält es Hinweise, wie es die Informationen sinnvoll zur Verfügung stellen kann, also z.B. indem es Informationen an die entsprechenden Personen gibt oder den Zugang zu den Schriftquellen ermöglicht.

*Wie und auf welcher Grundlage wird ihre Vertrauenswürdigkeit beurteilt?*

Wenn das betriebliche Bildungspersonal weiß, welche Faktoren entscheidend dafür sind, ob Informationen als vertrauenswürdig beurteilt werden, kann es diese bei der Bereitstellung der Informationen berücksichtigen.

Im nächsten Schritt wurde eine Auswahl von Datenbanken getroffen. Die Wahl fiel auf die psychologische Datenbank „PsycArticles“, die Datenbank „Pubmed“, die Artikel über die gesamte Bandbreite des Gesundheitswesens enthält und es wurde die pflegebezogene Datenbank „CINAHL“ verwendet. Ferner wurde die pädagogische Datenbank „ERIC“ benutzt.

Als Suchanfrage wurde zunächst „information literacy“ und „nurse“ in Kombination miteinander verwendet, um gezielt Befunde zum typischen Vorgehen der Pflegepersonen bei der Auswahl, Beschaffung und Bewertung von Informationen zu erhalten. Weiterhin wurden zur Erhöhung der Trefferzahl nach der Konsultation des Thesaurus der psychologischen Datenbank „PsycARTICLES“ die Suchbegriffe „information competency“ und „nurse“ sowie „information seeking“ und „nurse“ verwendet.

Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Artikel mit Peer Review beschränkt, die nach 2000 erschienen sind. Daraus ergaben sich folgende Trefferzahlen (Stand 21.10.2016):

**Tabelle 7: Erstes Ergebnis der systematischen Literaturrecherche**

	<b>PsycARTICLES</b>	<b>Pubmed</b>	<b>CINAHL</b>	<b>ERIC</b>
„information literacy“ AND „nurse“	0	56	232	14
„information competency“ AND „nurse“	0	0	71	8
„information seeking“ AND „nurse“	1	65	403	28

Im nächsten Schritt wurden zunächst die gefundenen Artikel auf Grundlage der Abstracts überprüft, ob sie Antworten zu den obengenannten Fragen zum Informationsprozess bei Pflegenden liefern konnten. Zudem wurden redundante Treffer unterschiedlicher Datenbanken bereinigt. Die engere Auswahl der Artikel wurde dann über die Universitätsbibliothek abgerufen und erneut auf Relevanz und Qualität beurteilt. Auf dieser Grundlage wurden folgende 18 Studien ausgewählt, deren Inhalte in den folgenden drei Kapiteln zusammengefasst sind. Zu beachten ist dabei, dass teilweise die Ergebnisse einzelner Studien zur Beantwortung mehrerer Fragen beitragen und daher in den kommenden drei Kapiteln mehrfach referenziert werden.

**Tabelle 8: Empirische Vorbefunde zum Informationsprozess in der Pflege**

<b>Verfasser</b>	<b>Erscheinungsjahr</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>Methode</b>	<b>Datenherkunft</b>
FAROKHZADIAN, KHAJOUEI & AHMADIAN	2015	195 Pflegepersonen	quantitativer Fragebogen	Iran
KLEIN-FEDYSHIN	2015	188 Palliativpflegepersonen verschiedener Einrichtungen	quantitativer Fragebogen	USA
WAHOUSH & BANFIELD	2014	62 Pflegestudierende; 18 „Registered Nurses“, also ausgebildete Pflegepersonen	quantitative Fragebogenerhebung + Interviews	Kanada
WENG ET AL.	2013	6160 Angehörige verschiedener Gesundheitsberufe, davon 4206 Pflegepersonen	quantitativer Fragebogen	Taiwan
O'LEARY & MHAOLRUNAIGH	2012	1356 Pflegepersonen (quantitative Befragung)	Interviews + quantitativer Fragebogen	Irland
GILMOUR ET AL.	2011	293 Pflegepersonen aus Kliniken	quantitativer Fragebogen	Neuseeland
VERHOEFEN ET AL.	2010	20 Pflegenden	Fallstudien mit Suchaufträgen + Think Aloud Methode	Niederlande
BORYCKI ET AL	2009	35 Pflegenden zu Beginn ihrer Berufslaufbahn	Simulation + Beobachtung in Laborbedingungen	Kanada
MCKNIGHT	2006	6 Pflegepersonen in der Intensivpflege	teilnehmende Beobachtung + Interviews am Arbeitsplatz	USA
MCCAUGHAN, D. et al.	2005	33 Pflegepersonen, die sich aus „Nurse Practitioner“ sowie aus	Interviews, Beobachtung + Dokumentenanalyse	Vereinigtes Königreich

Verfasser	Erscheinungsjahr	Stichprobe	Methode	Datenherkunft
		„Practice Nurses“ zusammensetzen		
DEE & STANLEY	2005	25 Pflegestudierende; 25 ausgebildete Pflegepersonen	Fragebogenerhebung + Beobachtung + Interviews	USA
COGDILL	2003	134 Pflegepersonen (Fragebögen) + 20 Pflegende (Interviews)	Fragebogenerhebung + Interviews	USA
THORSTEINSSON	2013	540 Pflegepersonen	Fragebogenerhebung	Island
MAJID ET AL	2011	1486 Pflegepersonen	Fragebogenerhebung	Singapur
GILMOUR, SCOTT & HUNTINGTON	2007	132 Pflegepersonen	Fragebogen (quantitativ + qualitativ)	Neuseeland
KELLEY, DOCHERTY & BRANDON	2014	15 Pflegende einer Intensivstation für Kinder mit unterschiedlicher Berufserfahrung	offene Telefoninterviews	USA
CADER	2013	20 Teilnehmer/innen eines Pflegestudiengangs (Phase I), 13 Pflegende einer Intensivstation (Phase II)	semistrukturierte Interviews + Gruppendiskussion (Phase I); offene Interviews nachdem Teilnehmende Webseiten betrachtet haben.	Vereinigtes Königreich
MARSHALL, WEST & AITKEN	2013	12 Pflegende auf Intensivstationen	Think Aloud Methode; Beobachtungen (nicht-teilnehmend)	Australien

Bemerkenswert an dieser Stelle ist, dass keine Studie aus Deutschland gefunden wurde, die den oben beschriebenen Anforderungen genügt. Ferner lässt sich feststellen, dass verschiedene methodische Herangehensweisen gewählt wurden (siehe zur Methodendiskussion auch Kapitel 8.2). Die Ergebnisse konnten in Befunde zu den erfragten Inhalten, in Befunde zu den verwendeten Informationen, sowie zu Kriterien hinsichtlich der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit unterteilt werden und sind analog dazu in den folgenden drei Kapiteln dargestellt.

#### 6.4.2 Befunde zu den erfragten Inhalten der Pflegenden

Insgesamt lieferten 5 der 18 betrachteten Studien Erkenntnisse zu den nachgefragten Informationen. Bei der Sichtung der Artikel kam der Verdacht auf, dass der Inhalt der nachgefragten Informationen vom Kontext abhängig ist, in den die zugrundeliegende Situation eingebettet war.

So wurde beispielsweise vermutet, dass Pflegende in pädiatrischen Einrichtungen andere Informationen benötigen könnten als Pflegende in internistischen Stationen mit einem deutlich älteren Durchschnittsalter auf Seiten der Patienten.

KLEIN-FEDYSHIN (2015, o.S.) befragte mit standardisierten Fragebögen 609 Palliativpflegepersonen verschiedener Einrichtungen in 4 US-Bundesstaaten. Der Rücklauf betrug 188 verwertbare Bögen (31%). Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit, mit der jeweils angegeben wurde, spezifische Informationen zu erfragen.

**Tabelle 9: Häufigkeit erfragter Informationen von Palliativpflegepersonen in 4 US-Bundesstaaten (KLEIN-FEDYSHIN 2015, o.S)**

Reason	Non Profit/For Profit Hospice	Home Hospice	Long Term Care or Nursing Home	Hospital
Need drug Information	91.5%/89.5%	100%	88.9%	91.8%
Need disease Information	96.3%/94.7%	96.2%	94.4%	96.3%
Information for clinical procedure	84.1%/73.7%	69.2%	72.2%	81.5%
Need patient/family information	67.1%/73.7%	65.4%	77.8%	85.2%
Check for new, current health/disease recommendations	62.2%/57.9%	57.7%	61.1%	68.5%
Need evidence or guideline	51.2%/63.2%	46.2%	77.8%	68.5%
Information for quality improvement or patient safety	42.7%/26.3%	30.8%	55.6%	44.4%
Information to write a clinical policy or document	32.9%/47.4%	26.9%	55.6%	46.3%
To utilize research findings in my work setting	26.8%/21.1%	15.4%	38.9%	53.7%
Never need work-related information	1.2%	0%	5.6%	0%

Am häufigsten genannt wurden Informationen zur Medikation sowie zu Erkrankungen. Interessant ist, dass dies gleichermaßen auf alle befragten Einrichtungsarten zutraf.

Die us-amerikanischen Forschenden KELLEY, DOCHERTY und BRANDON (2014, o.S.) kontaktierten 52 Pflegende pädiatrischer Intensivstationen, von denen 15 sich zur Teilnahme an ihrer Studie bereit erklärten, was einer Rücklaufquote von 29 % entspricht. Bei der Stichprobensammensetzung wurde darauf geachtet, Personen mit unterschiedlicher Berufserfahrung zu berücksichtigen. Als Datenerhebungsmethode wurden semistrukturierte Interviews gewählt, die teilweise von Angesicht zu Angesicht und teilweise über das Telefon geführt wurden. Gegenstand der Studie war die Frage, was es für die Personen bedeutete, den Patienten zu kennen. In diesem Kontext wurde auch erfragt, welche Informationen jeweils als erforderlich eingeschätzt wurden. Diesbezüglich wurden zwei Arten von Informationen beschrieben:

- Medizinische Informationen („Clinical Information“), zum Beispiel Vorerkrankungen, Körpergewicht, Medikation etc.).
- Persönliche Informationen (Fähigkeiten bzw. Vorwissen, Präferenzen).

GILMOUR ET AL (2011, 1349ff.) verschickten einen standardisierten Fragebogen an eine Zufallsstichprobe 540 neuseeländischer Pfleger, von denen 293 antworteten (Rücklaufquote 58,7%). Dabei wurden unter anderem Gründe für die Recherche nach Informationen erfragt, wobei sich dies in der Studie teilweise mit den recherchierten Inhalten selbst überschneidet. Am häufigsten wurden die folgenden Gründe/Inhalte angegeben, wobei diesbezüglich die Anzahl der Nennungen in dem Artikel nicht berichtet wird (ebd.):

- besondere Symptome/Zustände von Patienten („specific conditions“);
- medizinische Informationen („clinical information“);
- Informationen zur Verbesserung der pflegerischen Praxis („to improve practice“);
- schnelle Bestätigung/Hinweise für die eigene Tätigkeit („for a quick reference“);
- Patientenberatung („patient education resources“);
- zur Evidenzbasierung des eigenen Handelns („for evidence-based information“).

BORYCKI ET AL (2009, 913ff.) untersuchten 35 kanadische Pfleger kurz nach Abschluss ihrer Ausbildung („Novice Nurses“) mit Hilfe eines experimentellen Designs. Darin wählte eine Pfleger mit Masterabschluss die Unterlagen von Patienten aus, die als typischer Fall eingeschätzt wurde. Die untersuchten Personen wurden dann gebeten, die Pflege in zwei simulierten Umgebungen zu planen sowie zu bewerten. Letztere wurden so gestaltet, dass sie einer nordamerikanischen Krankenhausstation möglichst entsprachen, wobei in einer Umgebung alle Informationen papierbasiert waren und in einer weiteren Umgebung ein Teil der Patientenunterlagen in elektronischer Form zur Verfügung gestellt wurde. Die Überlegungen während des Vorgehens sollte dabei laut beschrieben werden („Think Aloud Methodik“). Gleichzeitig fand eine systematische Beobachtung statt. In beiden Settings wurde von den Versuchspersonen nach folgenden Informationen gesucht (ebd., 915ff.):

- Informationen in der Patientendokumentation hinsichtlich der Patienteneigenschaften („patient attributes“), der Behandlungen sowie der auszuführenden Pflegeleistungen;
- Namen von Personen, die Teil des Behandlungsprozesses waren, insbesondere des behandelnden ärztlichen Personals;
- Rückmeldungen zur Bewertung des eigenen Vorgehens oder der angegebenen Informationen („Appraisal Information“), wie beispielsweise Fehlermeldungen bei der Bedienung des elektronischen Patientendokumentationssystems;
- Situationale/Organisationale Informationen, zum Beispiel über das (übergeordnete) Ziel der auszuführenden Tätigkeiten.



COGDILL (2003, 203ff.) führte bei insgesamt 134 US-amerikanischen „Nurse Practitioners“ eine Fragebogenerhebung sowie bei 20 weiteren Nurse Practitioners Interviews durch. Nurse Practitioners sind speziell ausgebildete Pflegende, die z.B. in den USA beschäftigt sind, in deren Tätigkeitsbereich insbesondere ausgewählte ärztliche Tätigkeiten, inklusive der Verordnung bestimmter Medikamente fallen (ebd.). Erfasst wurden unter anderem, welche Informationen von den Nurse Practitioners in ihrer Tätigkeit als erforderlich angesehen wurden („Information needs“).

**Tabelle 10: Häufigkeit spezifischer Informationsbedarfe in Anlehnung an COGDILL (2003, 206)**

<b>Information zu...</b>	<b>Häufigkeit pro Woche (M)</b>	<b>Häufigkeit pro Woche (SD)</b>
Medikation („drug therapy“)	8.6	8.4
Diagnose („diagnosis“)	5.8	5.8
Andere Therapie („other therapie“)	5.4	5.4
Hinweise („referral“)	3.1	3.9
Ätiologie („etiology“)	3.0	3.9
Psychosozial („psychosocial“)	2.6	3.4
Disposition („disposition“)	2.4	2.7
Epidemiologie („epidemiology“)	2.1	3.2

N=134; Fragebogenerhebung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die betrachteten Studien zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangen, die sich teilweise überschneiden. Eine Übereinstimmung besteht darin, dass Pflegende medizinische Informationen, wie zur Medikation oder zu Krankheiten und ihrer Symptome erfragten. Daneben wurden von den Pflegenden in den Studien von GILMOUR ET AL (2011, 1349ff.), KLEIN-FEDYSHIN (2015, o.S.) und BORYCKI ET AL (2009, 913ff.) auch Informationen zur Evidenzbasierung bzw. zu Planung, Durchführung, Evaluation und Verbesserung pflegerischer Tätigkeiten eingeholt. Laut KLEIN-FEDYSHIN (2015, o.S.) und KELLEY, DOCHERTY und BRANDON (2014, o.S.) wurden zudem Fähigkeiten bzw. Gewohnheiten der Patienten erfragt. Die Übertragbarkeit der Befunde auf Pflegende deutscher Krankenhäuser wird kritisch betrachtet. Die Ergebnisse stammen aus Ländern des englischsprachigen Raums, in denen teilweise andere Tätigkeiten in den Zuständigkeitsbereich der Pflege fallen. Dies betrifft in besonderem Maße die Nurse Practitioners in der Studie von COGDILL (2003, 203ff.), deren Tätigkeitsfeld stark von ärztlichen Aufgaben geprägt ist, was auch die Informationsbedarfe beeinflussen könnte. Analog dazu könnten spezifischen Aufgaben in der Palliativpflege die Informationsbedarfe in der Studie von KLEIN-FEDYSHIN (2015, o.S.) bzw. spezifische Aufgaben der neonatologischen Intensivpflege Einfluss auf Informationsbedarfe gehabt haben.

### 6.4.3 Befunde zu den verwendeten Quellen

In zwölf der 18 einbezogenen Artikel fanden sich Aussagen zu den verwendeten Quellen bzw. den befragten Personen. Anders als bei den Inhalten wird davon ausgegangen, dass diese in den unterschiedlichen Kontexten, in denen die Studien durchgeführt wurden, grundsätzlich vergleichbar sind – so dürften z.B. auch in unterschiedlichen Krankenhausabteilungen pflegerisches und ärztliches Personal mit einer vergleichbaren Ausbildung beschäftigt sein. Somit erscheint es hier aus Gründen der Übersichtlichkeit zielführend, auf eine tabellarische Darstellung der Befunde zurückzugreifen, ohne die jeweiligen Studien ausführlich zu beschreiben. Wenn Aussagen über die Häufigkeit getroffen wurden, wurde die am häufigsten genannte Quelle in der folgenden Auflistung kursiv gekennzeichnet. Die Herkunftsländer der jeweiligen Daten wurden den Namen der Verfasser in Klammern hinzugefügt.

Tabelle 11: Übersicht der Befunde zu den verwendeten Informationsquellen

Studie	menschliche Quellen	Printquellen	elektronische Quellen	sonstige Quellen
KLEIN-FEDYSHIN 2015 (USA)	<i>Andere Pflegende („colleagues“),</i>	Journals (Print)	Internetsuche, Internetseiten über Pflege, elektronische Datenbanken („Pubmed“)	
FAROKHZADIAN, KHAJOUEI & AHMADIAN 2015 (Iran)	<i>Andere Pflegende („ward colleagues“),</i> ärztliches Personal, Anleitende („nursing supervisor“), befreundete Pflegerische anderer Kliniken, leitende Pflegerische („nursing management staff“), forschende Pflegerische („nursing Research committee/Evidence-based Nursing Group)	Handouts/Richtlinien („pamphlets/handouts produced by healthcare companies, hospitals“), Nachschlagwerke, Bücher, Zeitungen, Journals	Suchmaschinen, Intranet, elektronische Pflegestandards/Anweisungen, E-Books, elektronische Bibliotheken, Online-Journals, elektronische Datenbanken, Blogs bzgl. Evidence-based Nursing	
WAHOUSH & BANFIELD 2014 (Kanada)	<i>Andere Pflegerische,</i> ärztliches Personal, Pflegeexpert/innen, Angehörige anderer Disziplinen, Andere Expert/innen	Anweisungen/Standards, Bücher/Journals, Factheets/Handouts, lokal verfügbares (Weiter)bildungsmaterial	<i>Intranet,</i> Internet, Elektronische Datenbanken, Apps, E-Books, Klinik- oder Universitätsbibliothek	Konferenzen, Anleitung/Training am Arbeitsplatz, Kurse

Studie	menschliche Quellen	Printquellen	elektronische Quellen	sonstige Quellen
KELLEY, DO-CHERTY & BRANDON 2014 (USA)	Patienten/Angehörige, Kolleginnen/Kollegen („other members of the health care team“)	Patientenakte, Pflegebericht (teilweise elektronisch)		
THORSTEINSSON 2013 (Island)	<i>Kolleginnen/Kollegen</i>	Handbücher/Anweisungen	Internet/Suchmaschinen, elektronische Datenbanken, Journals/Forschungsberichte	Klinikbibliothek
WENG ET AL. 2013 (Taiwan)	Kolleginnen/Kollegen, wobei nicht ganz klar ist, ob hier auch das ärztliche Personal gemeint ist.	Printjournals, Bücher	<i>Webportale</i> , elektronische Datenbanken, elektronische Journals	Weiterbildung
O’LEARY & MHAOLRUNAIGH 2012 (Irland)	<i>Andere Pflegende</i> , leitende Pflegende, Pflegeexpert/innen, Pflegestudierende, Anleitende („practice development team“) Angehörige anderer Berufsgruppen	Pflegestandards, Bücher, Pflegezeitschriften, Pflege magazine	Internetsuchmaschinen, elektronische Datenbanken	(Weiter)bildungsmaßnahmen („study days/training events“)
MAJID ET AL 2011 (Singapur)	„ <i>Nursing Supervisors</i> “, Kolleginnen/Kollegen, ärztliches Personal, weitere Angehörige von Gesundheitsberufen („professional friends working elsewhere“), Forschende („nursing research committee or evidence-based nursing group“)	Medizinische Nachschlagwerke, Broschüren, Bücher, Journals, selten: Zeitungen	Medizinische Webseiten, Elektronische Ressourcen inklusive Standards, die von den jeweiligen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt werden, selten: sonstige Internetseiten, pflegebezogene E-Books, elektronische Datenbanken und Bibliotheken, Blogs mit Bezug zu Evidence-based Nursing	
MCKNIGHT 2006 (Vereinigtes Königreich)	Patienten, andere Pflegende, Angehörige, ärztliches Personal, Angehörige anderer Gesundheitsberufe,	Patientendokumentation (teilweise elektronisch)	Diverse Computer („many different computer systems“), Ausdrucke, Überwachungsmonitore	Tafeln/Pinnwände

Studie	menschliche Quellen	Printquellen	elektronische Quellen	sonstige Quellen
	Stationsassistent („unit secretary“), Apotheker/innen			
MCCAUGHAN, D. et al. 2005 (Vereinigtes Kö- nigreich)	Pflegerische/ärzt- liche Kollegin- nen/Kollegen, Personal von Fir- men, wie z.B. Pharmavertre- ter/innen	Nachschlagwerke	Telefonhotlines, Internetquellen, Datenbanken	<i>Persönliche Er- fahrung (wird in dieser Studie als „Quelle“ bezeich- net)</i>
DEE & STANLEY 2005	Vorgesetzte, An- leitende (“clinical supervisors”), an- dere Pflegende, ärztliches Perso- nal, sonstige An- sprechpartner. In- teressanterweise wurde auf menschliche Quellen und Bü- cher von einem höheren Anteil ausgebildeter Pflegepersonen täglich zugegrif- fen als von Seiten der Pflegestudie- renden.	Printzeitschriften, Bücher, Nach- schlagwerke	Internetquellen, PDAs, E-Books, Datenbanken (öf- ter bei Anfängern)	
COGDILL 2003	Ärztliches Perso- nal, andere Nurse Practitioners, wei- teres ärztliches Personal, Apothe- ker/innen	Nachschlagwerke für Medikamente, Bücher	Zeitschriftenarti- kel	

In den Befunden findet sich eine Vielzahl verwendeter Quellen, die jedoch teilweise unterschiedlich bezeichnet werden. Übereinstimmend sind die Ergebnisse dahingehend, dass menschliche „Quellen“, also andere Personen, konsultiert werden, um Informationen zu erhalten und dass Printquellen herangezogen werden. Auch elektronische Quellen werden fast ausnahmslos genannt. Diese Unterscheidung in Print- und elektronische Quellen wurde in den untersuchten Artikeln häufig gemacht, erscheint hier jedoch als obsolet, da auch Printquellen häufig online und somit elektronisch verfügbar sind – man denke hier an Online-Zeitschriften oder Online-Publikationen. Bezüglich der personalen Quellen fiel auf, dass hier in fast allen Publikationen andere Pflegende bzw. ärztliches Personal erwähnt wurde. Bei den Printmedien wurden in den Publikationen mit einer gewissen Übereinstimmung von Büchern, von

Pflegestandards und von Nachschlagwerken berichtet. Bei den Internetquellen wurden diese teilweise einfach als Internetquellen bezeichnet und nicht weiter ausdifferenziert. Ferner wurde von Internetsuchmaschinen sowie von elektronischen Datenbanken berichtet.

#### **6.4.4 Befunde zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit**

Vier der 18 einbezogenen Artikel berichten von Anhaltspunkten, anhand derer Pflegende die Vertrauenswürdigkeit der erhaltenen Informationen einschätzen. Teilweise bezogen sich die Ergebnisse auch auf die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit befragter Quellen, worauf am Ende dieses Kapitels noch eingegangen wird. Bei der Aufarbeitung sind Unterschiede hinsichtlich der Art der untersuchten Informationsquellen zu beachten. So wurden teilweise lediglich Aussagen über Informationen getroffen, die online verfügbar waren. Daher werden die Befunde sowie die zugrunde liegenden Studien ausführlicher als die Befunde des letzten Kapitels dargestellt.

CADER (2013, 66ff.) versuchte in seiner Studie der Frage nachzugehen, wie Pflegende Informationen aus dem Word Wide Web bewerten. Dazu untersuchte er zwei Gruppen von Befragten: 20 Pflegestudierende (Gruppe I) sowie 13 „Nurse Practitioners“ von vier unterschiedlichen Intensivstationen. Mit beiden Gruppen fanden in einer ersten Phase Interviews zu ihrem Internetnutzungsverhalten sowie zu ihren Ansichten hinsichtlich der Qualität von Informationen aus dem Internet statt. In einer zweiten Studie wurden die Befragten zunächst gebeten, verschiedene Informationen auf Internetseiten zu betrachten. Im Anschluss daran wurden sie mit offenen Interviews zu ihrer Einschätzung bezüglich der Vertrauenswürdigkeit der Informationen befragt. Dabei wurden folgende Bewertungsschritte identifiziert:

- Benutzerfreundlichkeit: Bewertung der Navigation, der Steuerung sowie der Funktionalität;
- Optische Erscheinung: Bewertung der Lesbarkeit und der Struktur;
- Autorität: Bewertung des Hintergrunds der Autoren sowie der angeführten Quellen;
- Beziehung zur pflegerischen Praxis: Bewertung der Aktualität der Informationen, der Praxisrelevanz, des kulturellen Hintergrunds der Information sowie von Sicherheitsaspekten;
- Art der Evidenz: Bewertung, wie die Informationen methodisch gewonnen und überprüft wurden; Bewertung der Vielfalt der Informationen;
- Abgleich mit anderen Informationen: Vergleich mit anderen Online- oder Printmaterialien, Besprechung mit Kolleg/innen.

Der Fokus der Studie von MARSHALL, WEST und AITKEN (2013, 1424ff.) lag darauf herauszufinden, welche Kriterien ausschlaggebend für die Auswahl von Kolleginnen und Kollegen waren, die in unsicheren Situationen um Informationen gebeten wurden. Exemplarisch wurden dazu Situationen betrachtet, in denen Patienten in zwei australischen Intensivstationen über eine Magensonde ernährt werden sollten. Untersucht wurden 6 Pflegenden pro Station (insgesamt 12) durch Think-aloud-Protokolle und Beobachtungen während der Patientenversorgung. Im Anschluss daran wurden Interviews durchgeführt. Als Ergebnis wurden folgende Eigenschaften von Ansprechpartner/innen herausgearbeitet, die als vertrauenswürdig eingeschätzt wurden:

- Umfang der Berufserfahrung: Die befragten Personen verfügten über eine umfangreichere oder über die gleiche einschlägige Berufserfahrung wie die Informationssuchenden.
- Hierarchische Position/spezifische Qualifikation: Die befragten Personen besaßen eine höhere hierarchische Position als die Informationssuchenden oder hatten eine Stellung inne, die sie als Spezialisten auswies. Gerade bezüglich der „Spezialistenrolle“ gab es unterschiedliche Auffassungen. Beispielsweise wurde teilweise berichtet, dass jüngem ärztlichem Personal oder forschenden Pflegenden mit geringer einschlägiger Berufserfahrung nicht automatisch vertraut wurde. In der zugrundeliegenden Studie wird vermutet, dass für die betreffenden Personen die Kombination aus spezifischer Qualifikation und einschlägiger Berufserfahrung entscheidend für die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit war.
- Zugänglichkeit: Die Informationssuchenden gaben an, eher Personen zu befragen, bei denen sie davon ausgingen, dass sie nicht negativ auf Fragen reagieren bzw. sich über die Fragen lustig machen würden. Von Berufsanfänger/innen wurde diesbezüglich die Schwierigkeit geschildert, Personen befragen zu müssen, die sie diesbezüglich nicht einschätzen konnten.

Die Studie kommt insgesamt zu dem Ergebnis, dass bei der Auswahl von Personen, die in unsicheren Situationen befragt werden, eher die Bewertung der Personen als die Bewertung der Informationen entscheidend ist.

Die niederländische Forschungsgruppe um VERHOEFEN ET AL. (2010, 114ff.) untersuchte, wie Pflegende die Vertrauenswürdigkeit von Standards („clinical guidelines“) aus dem Internet bewerteten. Dazu wurden 20 Pflegende gebeten, im Internet nach Standards zum Umgang mit

Keimen zu suchen, die Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika (MRSA<sup>10</sup>) aufweisen und ihre Überlegungen zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen laut zu schildern („Think-aloud“). Auf dieser Grundlage wurden folgende Bewertungskriterien identifiziert:

- Genauigkeit: Die Informationen auf der betrachteten Webseite wiesen Bezüge zur Pflegepraxis der suchenden Person auf; die Informationen entsprachen dem Vorwissen der suchenden Person; die Webseiten nahmen Bezug auf aktuelle Daten und es waren Hinweise zu möglichen Abweichungen verschiedener Kontexte zur dargestellten Datenlage vorhanden.
- Vollständigkeit: Die Informationen auf der Webseite waren vollständig und gingen über grundlegende Aspekte hinaus.
- Lesbarkeit: Die Informationen auf der Webseite waren klar und nachvollziehbar, adäquat in Fachsprache formuliert und bauten auf eindeutigen Vorannahmen auf.
- Quellenverweise: Die Herkunft der Informationen auf der Webseite wurde durch Quellenverweise belegt.
- Mitteilung wesentlicher Umstände („disclosure“): Die Herkunft der Informationen wirkte vertraut, die Informationen bezogen sich auf die pflegerische Praxis.
- Relevanz: Die Informationen auf der Webseite betrafen Fragen der täglichen pflegerischen Praxis und halfen dabei, praktische Entscheidungen zu treffen; die Informationen besaßen Elemente, über die die Pflegeperson bislang nicht nachgedacht hat. Die Webseite gingen auf die persönliche Relevanz sowie auf persönliche Risiken für die Pflegenden ein.
- Design: Die Webseite, von der die Informationen stammten, war einfach, klar und professionell gestaltet sowie in weichen Farben gehalten.
- Usability: Die Webseite, von der die Informationen stammten, erlaubt es, auf einfache Weise nach Informationen zu suchen. Es gibt eine klare Navigationsstruktur; die Webseite enthält viele anklickbare Elemente und enthält einen getrennten öffentlichen sowie einen privaten Zugang.
- Auffindbarkeit: Die Webseite, von der die Informationen stammten, war schnell mit gebräuchlichen Internetsuchmaschinen auffindbar.

Die neuseeländischen Forscher GILMOUR, SCOTT und HUNTINGTON (2008, 19ff.) untersuchten, wie Pflegenden Informationen zum Thema Gesundheit im Internet recherchierten und diese

---

<sup>10</sup> MRSA = Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, also bestimmte Bakterien, die Resistenzen gegen eine große Bandbreite von Antibiotika aufweisen.

bewerteten. Dazu wurde eine Fragebogenerhebung, die quantitative und qualitative Elemente enthielt, mit insgesamt 123 Pflegepersonen durchgeführt, was einer Rücklaufquote von 55.1% entspricht. Dabei wurden von den Befragten Seiten mit den folgenden Merkmalen bevorzugt:

- Einfache Handhabung: Benutzerfreundlichkeit, einfache Suche nach Informationen;
- relevante Informationen: neue, evidenzbasierte Informationen, Bezug zur pflegerischen Praxis, kostenlose webgestützte Kurse von führenden Pflegenden, Berücksichtigung aktueller Gesetzesvorgaben und strategischer bzw. politischer Aspekte;
- Umfang der Informationen: Abdeckung umfassender Themen, umfasst eine große Bandbreite vom Erkrankungen, enthält Basisinformationen sowie Forschungsergebnisse zu einer großen Bandbreite von Erkrankungen;
- Qualität und Glaubwürdigkeit: Peer-Review Verfahren, aktuelles, evidenzbasiertes Material, systematische, aktuelle Literaturreviews aus Journals/Forschungsberichten, die regelmäßig aktualisiert wurden;
- Verweise auf andere Seiten oder Ressourcen: Hinweise auf weitere relevante Seiten oder Artikel, Zugriff auf Suchmaschinen und auf Volltexte von Online-Zeitschriften.
- Wert für Patienten: Respektvolle Inhalte für Patienten mit psychischen Erkrankungen, die Informationen wurden als hilfreich für Patienten, aber auch für Mitarbeitende eingeschätzt.

Bei den angeführten Studien ist einschränkend anzumerken, dass sich diese jeweils auf spezifische Settings in Kliniken beziehen. Somit ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Bereiche, insbesondere innerhalb des deutschsprachigen Gesundheitswesens, ohne eine weitere Überprüfung fraglich. Ferner ist teilweise eine Vermengung zwischen Begründungen zur Quellenauswahl und zur Einschätzung der Glaubwürdigkeit der Informationen festzustellen. Deutlich wird dies beispielsweise bei den identifizierten Eigenschaften favorisierter Internetseiten zur Informationssuche in der Studie von GILMOUR, SCOTT und HUNTINGTON (2008, 19ff.), in der hinsichtlich der Qualität und Glaubwürdigkeit auch konkrete Inhalte von Internetseiten genannt werden, ohne dass begründet wird, auf was deren Mehrwert zurückgeführt wird. Daher war es auch nicht möglich, Merkmale zur Bewertung von Informationen hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit und Begründungen der Quellenauswahl getrennt anzuführen. Unter Rückgriff auf das zugrunde gelegte Informationsprozessmodell (vgl. Kapitel 6.3) wird dies jedoch als sinnvoll eingeschätzt. So erscheint es denkbar, dass bestimmte Personen nicht befragt werden, weil ihre Informationen als vertrauenswürdig eingeschätzt werden, sondern weil sie beispielsweise in der Nähe sind oder weil hierarchische Gegebenheiten dies erforderlich machen.



## **6.5 Zwischenfazit: Generalisierbares Wissen und der Informationsprozess**

Im letzten Kapitel wurde der Zusammenhang zwischen Informationen und Wissen herausgearbeitet, um systematisch die Förderung generalisierbaren Regelwissens durch Feedback seitens des betrieblichen Bildungspersonals beschreiben zu können. Dazu wurde eine modellhafte Vorstellung zum Feedback nach NARCISS mit Elementen und Begrifflichkeiten aus der idiosynkratischen Wissensvorstellung nach SEILER und REINMANN ergänzt. Das daraus entstandene Modell wurde dann mit einem Informationsprozessmodell in Anlehnung an BALCERIS verbunden. Um dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise zu geben, wie Pflegenden optimal Informationen zur Bewältigung problemhaltiger Aufgaben zur Verfügung gestellt werden können, wurde der empirische Forschungsstand zum Informationsprozess in der Krankenpflege aufgearbeitet. Dabei wurde betrachtet, welche Informationen Pflegende in der Praxis nachfragen, auf welche Quellen sie dazu zurückgreifen und wie sie die Informationen bewerten. Dieser Forschungsstand kann jedoch als defizitär für das betriebliche Bildungspersonal in deutschen Kliniken eingeschätzt werden, was an zwei Aspekten liegt:

- Während der Aufarbeitung der Studienlage wurden keine Befunde aus dem deutschsprachigen Raum zu Aspekten des Informationsprozesses in der Krankenpflege in Journals mit einem Peer-Review gefunden. Die Übertragbarkeit der internationalen Befunde auf deutsche Kliniken erscheint aufgrund anderer Tätigkeitsbereiche Pflegender als nicht gesichert. Beispielsweise wurden verhältnismäßig viele Befunde zu „Nurse Practitioners“ aus dem englischsprachigen Raum gefunden, die sehr arznei-nahe Aufgaben durchführen und zu denen es (noch?) kein pflegerisches Äquivalent in Deutschland gibt.
- Ein weiteres Defizit wird dahingehend gesehen, dass die Rolle der Berufserfahrung nicht vollständig mitgedacht wird. Zwar werden teilweise Auszubildende und ausgebildete Pflegepersonen in die Studien einbezogen – ob jedoch etwa Pflegende mit maximal fünf Jahren Berufserfahrung andere Informationen nachfragen als Pflegende mit maximal zwei Jahren Berufserfahrung nach Abschluss ihrer Ausbildung, kann aufgrund der referenzierten Vorstudien nicht zufriedenstellend bewertet werden.

## **7. Zusammenfassung des theoretischen Teils**

Als Konsequenz aus der wissenschaftstheoretischen Verortung dieser Dissertation (siehe Kapitel 2) wurden in Kapitel 3 die normativen Grundlagen der vorliegenden Arbeit konkretisiert. In diesem Zusammenhang wurde die Förderung professioneller Handlungskompetenz als konsensfähige Zielsetzung des betrieblichen Bildungspersonals in der Krankenpflege und somit

auch der vorliegenden Arbeit herausgearbeitet. Ergebnis des 4. Kapitels war, dass in der weiteren Argumentation das Lösen von Problemen unter Verwendung generalisierten Regelwissens als Ausgangspunkt für die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz betrachtet wird. Unter „generalisiertem Regelwissen“ wird hier Wissen über wissenschaftliche Aussagen zur Wirksamkeit von Pflege verstanden. Dies legt nahe, dass es für das betriebliche Bildungspersonal zentral ist, Informationen über entsprechende Aussagen so zur Verfügung zu stellen, dass Pflegende diese zur Bewältigung problemhaltiger Situationen nutzen können. Dazu erscheint es hilfreich, herauszuarbeiten, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden. Dies stellt dementsprechend auch das Ziel der vorliegenden Dissertation dar. Dabei wurde vermutet, dass die Berufserfahrung einen Einfluss auf die subjektive Entstehung von Problemen und deren Bewältigung ausübt.

Die Aufarbeitung des einschlägigen Forschungsstands findet sich in den Kapiteln 5 und 6. In Kapitel 5 wurde auf Basis theoretischer Überlegungen sowie empirischer Vorbefunde herausgearbeitet, was die Komplexität pflegerischer Situationen erhöht und somit die Wahrscheinlichkeit vergrößert, dass diese Situationen von Pflegenden als problemhaltig erlebt werden. Als Forschungsdefizit wurde diesbezüglich festgestellt, dass bislang keine Studien zu solchen problemhaltigen Situationen vorliegen, bei denen Informationen zur Lösung herangezogen werden. Stattdessen konzentrieren sich die vorhandenen Befunde allgemein auf problemauslösende bzw. komplexitätsförderliche Faktoren pflegerischer Situationen. Zudem wird die Rolle der Berufserfahrung in den Vorbefunden nicht hinreichend berücksichtigt. In Kapitel 6 wurde der empirische Forschungsstand zu benötigten Informationen, der Auswahl von Informationsquellen sowie zur Bewertung ihrer Vertrauenswürdigkeit durch eine systematische Literaturrecherche aufgearbeitet. Auch hier wird die Rolle der Berufserfahrung nicht hinreichend berücksichtigt. Ferner stammen die herangezogenen Befunde nicht aus dem deutschsprachigen Raum. Dies lässt deren Übertragbarkeit auf den deutschsprachigen Raum zweifelhaft erscheinen, was unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen Pflegender in anderen Ländern geschuldet ist.

Somit bleibt an dieser Stelle resümierend festzuhalten, dass auf Grundlage der bestehenden Literatur die Frage, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden, nicht umfassend beantwortet wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer eigenen empirischen Untersuchung, die Gegenstand der kommenden Kapitel ist.

## **8. Vorüberlegungen zum empirischen Teil der Arbeit**

In Kapitel 7 wurden wesentliche Erkenntnisse des theoretischen Teils zusammengefasst und auf Lücken des empirischen Forschungsstands zur Frage, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden, verwiesen. Insbesondere wurde die Rolle der Berufserfahrung nicht berücksichtigt, zudem bezogen sich die Erkenntnisse des vorliegenden Forschungsstands größtenteils auf spezifische Kontexte, häufig aus dem angloamerikanischen Raum. Als Konsequenz wird im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine eigene empirische Untersuchung durchgeführt. Dazu wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt. Die Gründe hierfür werden im 8. Kapitel dargelegt. Dazu erfolgt in Kapitel 8.1 eine Rekapitulation der Zielstellung der durchzuführenden Untersuchung. Danach wird in Kapitel 8.2 auf die Debatte in der pflegebezogenen Literatur zu der Frage eingegangen, ob qualitative oder quantitative Methoden pauschal zu bevorzugen sind. Denn würde beispielsweise der Standpunkt eingenommen werden, eine qualitative Herangehensweise wäre generell geeigneter zur Beantwortung pflegebezogener Fragestellungen, würde dies die Frage der Methodenwahl entscheidend beeinflussen. Schließlich erfolgt in Kapitel 8.3 die Darlegung des hier ausgewählten Designs.

### **8.1 Zielstellung des empirischen Vorgehens**

Die Zielstellung der vorliegenden Arbeit besteht darin, dem betrieblichen Bildungspersonal in der Krankenpflege Hinweise zur Förderung professioneller Handlungskompetenz zu geben. Dies stellt dementsprechend auch das Ziel des empirischen Teils dar. Dazu stand einerseits die Frage im Vordergrund, in welchen Situationen sich Pflegende mit problemhaltigen Aufgaben konfrontiert sehen und Informationen zu deren Bewältigung heranziehen (siehe dazu das Situationsmodell aus Kapitel 3.3.2 sowie die Vorbefunde in Kapitel 5) und andererseits die Identifikation von Informationsbedarfen, die Auswahl von Informationsquellen sowie die Bewertung von Informationen (siehe Informationsprozessmodell und Vorbefunde in Kapitel 6). Vor diesem Hintergrund lassen sich folgende Teilfragen (im Folgenden mit „TF“ abgekürzt) formulieren:

*TF1: Problemstellung: In welchen Situationen sehen sich Pflegende häufig mit Problemen konfrontiert?*

Begründung: Dies kann dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise darauf geben, in welchen Situationen Informationen zur Verfügung gestellt werden müssen, um die professionelle Handlungskompetenz der Pflegenden zu fördern.

*TF2: Informationsbedarf: Welche Informationen sind aus Sicht der Pflegenden häufig zur Bewältigung dieser Aufgaben erforderlich?*

Begründung: Dies kann dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise darauf geben, welche spezifischen Informationen bereitgestellt werden müssen, um die professionelle Handlungskompetenz der Pflegenden zu fördern.

*TF3: Quellenauswahl: Welche Personen werden von den Pflegenden häufig befragt bzw. welche Quellen werden gelesen, wenn Informationen nachgefragt werden?*

Begründung: Dies kann dem betrieblichen Bildungspersonal einerseits Hinweise darauf geben, welche Fragen schwerpunktmäßig an es gerichtet werden, um sich entsprechend vorzubereiten und somit die professionelle Handlungskompetenz der Pflegenden zu fördern. Andererseits können daraus auch Hinweise abgeleitet werden, über welche anderen Quellen/Personen Informationen zur Verfügung gestellt werden können.

*TF4: Informationsbewertung: Welche Faktoren werden von Pflegenden häufig herangezogen, um zu bewerten, ob die erfragten/gelesenen Informationen als vertrauenswürdig eingeschätzt werden?*

Begründung: Dies gibt dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise darauf, in welcher Form die Informationen bereitgestellt werden müssen, damit diese auch berücksichtigt werden. Denn werden diese nicht als vertrauenswürdig bewertet, können sie nicht zur Förderung professioneller Handlungskompetenz beitragen.

Ferner war über diese Teilfragen hinweg die Rolle der Berufserfahrung zu betrachten, da deren Relevanz aufgrund der Annahmen des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit vermutet wurde. In den bisher vorliegenden Studien wurde dieser Aspekt jedoch nicht hinreichend berücksichtigt.

## **8.2 Paradigmatische Vorüberlegungen zum Forschungsdesign**

Zur Auswahl eines geeigneten Forschungsdesigns zur Beantwortung der Teilfragen der empirischen Untersuchung wurde zunächst primär pflegebezogene Methodenliteratur zu Rate gezogen, um Spezifika des Forschungsgegenstands beim methodischen Zugang berücksichtigen zu können und die Anschlussfähigkeit der vorliegenden Arbeit an andere Studien des Bereichs zu gewährleisten. Darin ließen sich drei paradigmatische Positionen zur Methodenwahl identifizieren, die im Folgenden idealtypisch skizziert werden:

- Eine Strömung präferiert grundsätzlich unabhängig von der Forschungsfrage qualitative Methoden zur Beantwortung pflegebezogener Forschungsfragen. Deren Vertreter nehmen an, die noch junge Disziplin „Pflegerwissenschaft“ müsse sich durch die Wahl ihrer Forschungsmethoden bewusst gegenüber anderen Disziplinen abgrenzen. Dies betrifft insbesondere die Medizin, aber auch die Psychologie, denen unterstellt wird „...im naturwissenschaftlichen Paradigma befangen...“ (CORBIN & HILDENBRAND 2014, 131) zu sein. Daher werden quantitative Methoden abgelehnt und qualitative Methoden präferiert, insbesondere die Grounded Theory, die von CORBIN und HILDEBRAND (2014, 119) als „bedeutendste Forschungsrichtung der Pflegerwissenschaft“ bezeichnet wird. Grounded Theory ist ein qualitativer Zugang, der eine Bildung von Theorien aus empirisch gewonnenen Daten selbst heraus anstrebt (STRÜBING 2014, 9). Ziel ist es, aus diesen Daten deren immanente Struktur herauszuarbeiten, ohne diese durch Komplexitätsreduktion von ihrer ursprünglichen, empirischen Gestalt zu weit zu entfremden. Dass die Datenauswertung dadurch entscheidend durch die subjektive Perspektive der Forschenden beeinflusst wird, wird nicht als problematisch, sondern als gegebener Teil des Forschungsprozesses gesehen: „...a researcher(s) or designated coresearcher(s) collects and interprets data, making the researcher as much a part of the research process as participants and the data they provide“ (CORBIN & STRAUSS 2015, 3). Es gibt abweichende Positionen in der einschlägigen Literatur, die sich insbesondere in der Frage unterscheiden, inwiefern die Erhebungen bzw. Auswertungen an theoretischen Vorbefunden auszurichten sind und welche Rolle das Vorwissen der Forschenden innerhalb des Forschungsprozesses besitzt. Dazu wird häufig auf die Kontroverse zwischen GLASER und STRAUSS, den Begründern der Grounded-Theory, verwiesen (siehe ausführlich STRÜBING 2007, 157ff.).
- Im Gegensatz dazu präferieren Anhänger des Evidence-Based-Nursing (vgl. Kapitel 3.2.3) die Verwendung von Forschungsmethoden zur Identifikation von Wirkzusammenhängen zwischen einzelnen Bestandteilen empirisch gewonnener Datenmengen. Dazu werden randomisierte kontrollierte Studien („RCTs“) gegenüber anderen Zugängen bevorzugt (BEHRENS 2014, 157ff.). Eine quantifizierende Abstraktion des beobachteten Gegenstands ist, anders als bei der Grounded Theory, erwünscht, um Kausalitäten festzustellen, die als nicht unmittelbar beobachtbar angesehen werden.
- Eine dritte, eher in Publikationen aus dem englischsprachigen Raum zu findende Position besteht in einer Ablehnung der Diskussion, ob nun grundsätzlich qualitative oder quantitative Zugänge zur Erforschung pflegebezogener Fragestellungen besser geeignet

sein. So schreibt beispielsweise TOPPING (2015, 159): „Both approaches (Anmerkung JK: qualitative und quantitative Zugänge) are appropriate for nursing research; the choice of methodology and methods depends on the nature of the research question.“ Es geht also darum, die Entscheidung, ob ein qualitatives oder quantitatives Vorgehen besser oder schlechter geeignet ist, allein von der konkreten Forschungsfrage abhängig zu machen.

Die Position, entweder qualitative oder quantitative Designs generell zur Beantwortung pflegebezogener Fragestellungen zu bevorzugen, schien über keine breite Zustimmung in der pflegebezogenen Forschung zu verfügen. Vielmehr konnte diese als „Nebeneinander“ unterschiedlicher Zugänge charakterisiert werden: So befragten REUSCHENBACH ET AL. (2012, 197ff.) online mittels eines Fragebogens 127 Personen, die sich als Pflegewissenschaftler/innen bezeichneten, welche Methoden diese selbst verwendeten, lehrten und zu welchen sie Fortbildungen wünschten. Darin zeigte sich eine große Bandbreite hinsichtlich des Gebrauchs verschiedener qualitativer und quantitativer Methoden, die sich von der Häufigkeit ihrer Verwendung her kaum unterschieden. Auch die Vorträge der Tagung zur Methodik in pflegewissenschaftlichen Fragestellungen „Forschungswelten 2016: Methodenvielfalt – Auf der Suche nach dem angemessenen Gegenstand“, die 2016 an der Katholischen Stiftungsfachhochschule (KSFH) München stattfand, spiegelten diese methodische Heterogenität wieder (KATHOLISCHE STIFTUNGSFACHHOCHSCHULE MÜNCHEN 2016). Dies bedeutet jedoch nicht, dass es keine Diskussionen zwischen qualitativ und quantitativ geprägten Vertretern der Pflegewissenschaft über die Angemessenheit methodischer Zugänge gibt. Vielmehr erinnert der Diskurs an den heute noch teilweise andauernden Paradigmen- und Methodendiskurs in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik (siehe z.B. LEMPERT 2009, 2f.).

In dieser Arbeit wird eine Präferenz für eine bestimmte Forschungsmethodik unabhängig von der Fragestellung aufgrund wissenschaftstheoretischer Vorannahmen (vgl. Kapitel 2) abgelehnt. Dies ist der Überlegung geschuldet, dass methodische Vorgehensweisen Reihungen von Soll-Aussagen und somit normativer Natur sind. Sie sind somit unwiderlegbar, können jedoch hinsichtlich ihres jeweiligen Aussagegehalts zur Beantwortung konkreter Fragen miteinander verglichen werden. Der gegenwärtige Methodenpluralismus in pflegebezogenen Arbeiten sprach darüber hinaus gegen eine Anschlussfähigkeit pauschal präferierter methodischer Vorgehensweisen. Als Ergebnis wird TOPPING (2015) zugestimmt, dass es sinnvoll ist, die Wahl des Forschungsdesigns allein vom Ziel der jeweiligen Untersuchung abhängig zu machen.

### 8.3 Wahl eines Mixed-Method Ansatzes für den empirischen Teil der Arbeit

Als Konsequenz der Überlegungen der letzten beiden Kapitel war die Methodenwahl so zu treffen, dass die Teilforschungsfragen (TF 1-4), die in Kapitel 8.1 dargestellt wurden, möglichst gut beantwortet werden konnten. Dabei war die Rolle der Berufserfahrung sowie des vorhandenen Forschungsstands zu berücksichtigen.

Eine Gemeinsamkeit der Fragestellungen war, dass sie auf die Identifikation von Häufigkeitsaussagen mit Bezug zu mehreren Pflegenden abzielten. Deutlich wird dies beispielsweise bei TF1: *In welchen Situationen sehen sich Pflegende häufig mit Problemen konfrontiert?*

Dementsprechend wurde ein quantitativer Zugang gewählt, um entsprechende Aussagen generieren zu können. Zuvor galt es dementsprechend, einen Fragebogen zur Erfassung quantitativer Daten zu konstruieren. Ein systematisches Vorgehen dazu empfiehlt KALLUS (2010, 14f.), dem in dieser Arbeit gefolgt wurde. Wichtiger Bestandteil einer Fragebogenentwicklung ist demnach (ebd. 2010, 18) allerdings, dass Testfragen (Items) so formuliert werden, dass sie für die spezifische Bezugspopulation, die befragt werden soll, eindeutig zu beantworten sind. Dazu kamen grundsätzlich zwei Vorgehensweisen zur Fragebogenkonstruktion in Betracht, die JONKISZ, MOOSBRUGGER & BRANDT (2012, 36ff.) folgendermaßen beschreiben:

Die **Intuitive Konstruktionsstrategie**: Die Fragebogenkonstruktion ist von der persönlichen Intuition und Erfahrung des Fragebogenerstellers geleitet. Dieses Verfahren wird laut der Autoren (ebd.) dann angewendet, wenn der theoretische Forschungsstand zu einer Fragestellung gering ist. Wie im Theorieteil dieser Arbeit dargestellt wurde, gab es jedoch sowohl theoretische Vorüberlegungen sowie einige empirische Vorbefunde, auch wenn diese die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit nicht vollständig beantworten können. Nicht auf diesen Erkenntnissen aufzubauen erschien mit Blick auf die Anschlussfähigkeit und den Beitrag der vorliegenden Arbeit zum einschlägigen wissenschaftlichen Diskurs als wenig sinnvoll.

Stattdessen wurde die **Rationale Konstruktionsstrategie** präferiert, die ein deduktives Vorgehen darstellt und somit den Vorteil besitzt, an den bisherigen Forschungsstand anzuknüpfen. JONKISZ, MOOSBRUGGER & BRANDT (ebd., 36f.) fassen die Voraussetzungen dieser Konstruktionsstrategie folgendermaßen zusammen:

„Voraussetzung ist das Vorhandensein einer elaborierten Theorie über die Differenziertheit von Personen hinsichtlich des interessierenden Merkmals/Konstrukts. Innerhalb des Merkmals orientiert sich die detailliertere Abstufung an der Häufigkeit/Intensität des beobachtbaren

Verhaltens, in dem sich die unterschiedlichen Merkmalsausprägungen manifestieren.“ Diese Voraussetzung war jedoch in der vorliegenden Arbeit aufgrund der Aufarbeitung des bisherigen Forschungsstands nicht erfüllt, da dieser Lücken hinsichtlich der Rolle der Berufserfahrung aufwies. Zudem stammten die Vorbefunde mehrheitlich aus spezifischen Kontexten und häufig aus anderen Ländern (vgl. Kapitel 7) und konnten somit nicht ohne weiteres auf die stationäre Krankenpflege innerhalb des deutschsprachigen Raums übertragen werden. Dementsprechend war zunächst eine weitere Präzisierung des Merkmalsbereichs hinsichtlich der Häufigkeit und Intensität einzelner Merkmale erforderlich. Eine empirische Möglichkeit, die KALLUS (2010, 28ff.) dazu vorschlägt und der hier gefolgt wurde, ist die Durchführung von Interviews. Somit wurde geplant, eine qualitative Interviewstudie anzulegen, um die Erstellung eines Fragebogens zur Erfassung quantitativer Daten vorzubereiten.

Insgesamt kann somit das empirische Vorgehen der vorliegenden Arbeit als „Mixed-Method-Design“ beschrieben werden, dessen Zielsetzung im Sinne von KUCKARTZ (2014, 58) unter dem Begriff „Entwicklung“ zusammengefasst wird. Damit ist gemeint, dass Ergebnisse einer Methode (qualitativ oder quantitativ) benutzt werden, um die Methodik einer darauf aufbauenden Studie (qualitativ oder quantitativ) zu entwickeln oder zu verbessern. Dieser Ansatz ist aufgrund seines spezifischen, sequentiellen Vorgehens qualitativ-quantitativ von der Triangulation und anderen nicht-sequentiellen Mixed-Methods-Ansätzen abzugrenzen (KROLL & NERI 2009, 40).

## **9. Anlage, Durchführung und ausgewählte Befunde des qualitativen Teils des empirischen Vorgehens**

Kapitel 9.1 des vorliegenden Kapitels widmet sich der Anlage der Interviewstudie zur Erarbeitung einer empirischen Grundlage für die später angedachte Gestaltung eines Fragebogens zur Gewinnung quantitativer Daten. In Kapitel 9.2 werden die Durchführung der Interviews und deren Transkription beschrieben, während sich Kapitel 9.3 mit dem Vorgehen zur Auswertung der Transkripte beschäftigt. In Kapitel 9.4 werden ausgewählte Befunde der Interviewstudie wiedergegeben sowie diskutiert. In Kapitel 9.5 erfolgt hingegen eine kritische Bewertung der Aussagekraft der Interviewstudie anhand einschlägiger Gütekriterien sowie einer Befragung von Experten zu Teilergebnissen der Studie. Kapitel 9.6 fasst die Ergebnisse des empirisch-qualitativen Teils der vorliegenden Arbeit zusammen.



## **9.1 Konzeption des qualitativen Teils des empirischen Vorgehens**

Ziel des qualitativen Vorgehens war es, den zu untersuchenden Merkmalsbereich weiter zu präzisieren (KALLUS 2010, 28ff.), um häufige sowie intensive Merkmalsausprägungen zu erfassen (JONKISZ, MOOSBRUGGER & BRANDT 2012, 36f.), was wiederum die Basis für die Erstellung eines Fragebogens zur Gewinnung quantitativer Daten bilden sollte. Zur Strukturierung schien folgendes Vorgehen zur Planung, Durchführung und Bewertung von Interviewstudien nach KVALE und BRINKMANN (2009, 102) als hilfreich, das sich in den folgenden Kapiteln wiederfindet:

- Thematising: Darstellung des Zwecks der Interviewstudie sowie ihres Untersuchungsbereichs – dies ist bereits im Theoretischen Teil der Arbeit erfolgt.
- Designing: Anlage der Interviewstudie – dazu erfolgt in Kapitel 9.1.1 die Festlegung der Interviewform, während in Kapitel 9.1.2 auf die Gestaltung des Interviewleitfadens eingegangen wird. Die Beschreibung von Auswahl und Akquise der befragten Personen erfolgt in Kapitel 9.1.3.
- Interviewing: Durchführung der Interviews – wird in Kapitel 9.2 beschrieben.
- Transcription: Transkription der Interviews – wird in Kapitel 9.2 beschrieben.
- Analyzing: Auswertung der Interviews – wird in Kapitel 9.3 beschrieben
- Verifying: Diskussion der Aussagekraft sowie der Qualität der Studie – erfolgt hier nach der Darstellung ausgewählter Befunde in Kapitel 9.5, da zur besseren Verständlichkeit teilweise auf die Befunde Bezug genommen wird. Ferner konnten bestimmte Verfahren zur Prüfung der Aussagekraft erst nach Abschluss der Auswertung durchgeführt werden.
- Reporting: Darstellung der Befunde – erfolgt in Kapitel 9.4, das sich nach der Art der Befunde weiter untergliedert. In diesem Kapitel erfolgt auch die Diskussion der Ergebnisse.

Teilweise wurde von der inhaltlichen Gestaltung sowie der Sequenzierung des Vorschlags abgewichen, wenn es dem Lesefluss dienlich erschien.

### **9.1.1 Festlegung der Interviewform**

Die Festlegung auf eine konkrete Form des Leitfadenterviews war ein erforderlicher Schritt vor der Gestaltung des Interviewleitfadens, da sich letztere auf einem Kontinuum zwischen den Polen „Offenheit“ vs. „Strukturiertheit“ bewegt (KRUSE, 2014, 213). Dies hängt wiederum von der jeweiligen Interviewform ab. MISOCH (2015, 65f.) unterscheidet folgende Formen von Leitfadenterviews:

- Problemzentrierte Interviews,
- Themenzentrierte Interviews,
- Fokussierte Interviews,
- Tiefeninterviews,
- Diskursive Interviews,
- Ethnographische Interviews,
- Experteninterviews,
- Convergent Interviewing,
- Leitfadengestützte Fokusgruppen,
- Leitfadengestützte Gruppeninterviews.

Zunächst wurde in Erwägung gezogen, problemorientierte Interviews zu führen, da sie einen „heuristisch-analytischer Rahmen“ vorsehen innerhalb dessen wiederum induktive Kategorienbildung stattfinden kann (WITZEL 2000, o.S.). Dadurch schien die Methode geeignet dafür zu sein, einerseits an den bestehenden Forschungsstand anzuschließen und andererseits neue, auch unerwartete Ergebnisse gewinnen zu können. Allerdings wurden die methodischen Ausführungen WITZELS als zu unkonkret eingeschätzt, was auch beispielsweise MISOCH (2015, 76f.) kritisiert. Vor allem werden zentrale Begrifflichkeiten, wie etwa der Problembegriff, nicht hinreichend geklärt. Daher fiel die Wahl auf die Durchführung von Experteninterviews. Die übrigen aufgezählten Interviewformen wurden in Abgrenzung dazu eher als geeignet für die Beantwortung von Forschungsfragen bei nicht/kaum existentem Forschungsstand oder zur Erhebung konsensueller Gruppenaussagen eingeschätzt. Daher wird im Folgenden nicht weiter auf sie eingegangen.

Anders als problemzentrierte Interviews oder die übrigen oben aufgeführten Interviewformen zeichnen sich Experteninterviews weniger durch ein spezifisches Vorgehen aus, sondern durch die Auswahl der befragten Personen, die als „Experten“ bezeichnet werden (KRUSE 2014, 168). Aus diesem Grund ist es grundsätzlich fraglich, ob diese als eigenständige Interviewform anzusehen sind (ebd.). Unter Experten wird hier nicht eine besonders kompetente bzw. erfahrene Person in einer bestimmten Domäne, also einem bestimmten Bereich verstanden, wie dies etwa in der Literatur zur Expertiseforschung verbreitet ist, auf die in der vorliegenden Arbeit insbesondere in Kapitel 4 häufig zurückgegriffen wurde. Stattdessen wird im Weiteren in Anlehnung an MEUSER und NAGEL (1994, 180) ein Expertenbegriff zugrunde gelegt, der auch für diese Arbeit zielführend erschien, nämlich einer: „...der an die Funktion, die eine Person innerhalb eines Sozialsystems erfüllt, gebunden ist.“ Jeder, der innerhalb dieses Sozialsystems bestimmte

Entscheidungen trifft oder beeinflusst, die für die Forschungsfrage relevant sind, kommt daher als Interviewpartnerin bzw. als Interviewpartner in Frage. Je nach Forschungsfrage könnten dies beispielsweise Führungskräfte, aber durchaus auch Obdachlose sein, wenn deren Entscheidungen rekonstruiert bzw. deren Lebenswelt untersucht werden soll: „Das entsprechende Expertenwissen resultiert aus der praktischen Wahrnehmung von bestimmten Funktionen; insofern ist es spezialisiertes Sonderwissen. Und es ist nur solchen Personen verfügbar, die diese spezifische Funktion innehaben bzw. einmal innehatten, eventuell noch denjenigen, die sich im Dunstkreis der Funktionsträger bewegen“ (ebd.). Voraussetzung ist jedoch aktive Partizipation der Experten, reine Fremdbeobachtung genügt nicht (MEUSER & NAGEL 2009, 468). Daraus ergaben sich zwei Überlegungen:

- Da es aus der angeführten Begründung heraus fraglich erschien, ob Experteninterviews eine eigene Interviewform darstellen, wurde es als erforderlich erachtet, die Methode mit Blick auf das Ziel dieser Arbeit weiter zu konkretisieren.
- Die konkrete Auswahl der Befragten musste vor dem Hintergrund der Zielstellung der vorliegenden Arbeit erfolgen und dementsprechend begründet werden.

BOGNER und MENZ (2002, 39f.) schlagen eine Einteilung von Experteninterviews nach deren Erkenntnisinteresse in „explorative“, „systematisierende“ sowie in „theoriegenerierende“ Experteninterviews vor. Für den Zweck dieser Arbeit erschien es am zielführendsten, systematische Experteninterviews durchzuführen. Diese streben eine systematische, lückenlose Informationsgewinnung durch „...das aus der Praxis gewonnene, reflexiv verfügbare und spontan kommunizierbare Handlungs- und Erfahrungswissen“ (ebd., 37) an. Darin lassen sich auch am ehesten die von GLÄSER und LAUDEL (2010, 111ff.) beschriebenen „Leitfadeninterviews mit Experten“ verorten. Dieser Terminus wird in den weiteren Ausführungen übernommen, da der Begriff des Experteninterviews hinsichtlich der Durchführung der Interviews weniger konkret erschien. Leitfadeninterviews mit Experten werden von den Autoren empfohlen, wenn in einem Interview mehrere unterschiedliche Themen behandelt werden müssen, die nicht durch die Antworten der Interviewpartner, sondern durch das Ziel der Untersuchung bestimmt werden und wenn im Interview auch einzelne, genau bestimmbare Informationen erhoben werden müssen (ebd., 111). Beide Voraussetzungen waren in Hinblick auf das Ziel dieser Arbeit erfüllt, da bereits theoretische Vorstellungen bestanden, die als Rahmen für die Erfassung der zu untersuchenden Merkmale herangezogen werden konnten. Als Personen mit relevantem Wissen aus der Wahrnehmung spezifischer Funktionen, wurden Pflegendе mit geringer, aber auch mit ausgeprägter Berufserfahrung ausgewählt. Der Grund hierfür waren theoretische Vorannahmen

sowie Vorbefunde im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit (vgl. Kapitel 4 und 5), die nahelegten, dass berufserfahrene Pflegende andere Situationen als problemhaltig wahrnehmen als berufsunerfahrene Pflegende.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass für das Ziel dieser Arbeit grundsätzlich eine Kombination aus deduktivem und induktivem Vorgehen als sinnvoll erachtet wurde, wie es die methodische Literatur zu problemzentrierten Interviews nahelegt. Da diese Literatur jedoch teilweise recht unkonkrete Hinweise enthält und wichtige Begriffe darin unzureichend geklärt werden, wurde ein Vorgehen präferiert, das hier unter dem Begriff „problemorientierte Leitfadenterviews mit Pflegenden“ zusammengefasst wird. Dieses Vorgehen beschreibt in dieser Arbeit leitfadengestützte Interviews mit Pflegenden mit unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung, bei denen einerseits zuvor konkrete Fragen durch theoretische Vorüberlegungen festgelegt werden, das aber andererseits offen für neue, aus theoretischer Sicht unerwartete, Antworten gestaltet wurde. Eine zentrale Rolle hierfür spielt die Gestaltung eines adäquaten Interviewleitfadens, die Gegenstand des kommenden Kapitels ist.

### **9.1.2 Gestaltung des Interviewleitfadens**

Laut MEUSER und NAGEL (2002, 77f.) dienen Leitfäden bei der Befragung von Expertinnen und Experten einerseits der Eingrenzung der Fragen hinsichtlich des thematisch begrenzten Interesses des Forschenden und helfen bei der Vorbereitung der Interviews. Hilfreich für die konkrete Gestaltung erschienen drei zentrale Prinzipien qualitativer Forschung, die MISOCH (2015, 66ff.) beschreibt:

- Offenheit (Der Leitfaden ist flexibel gestaltet, die Reihenfolge der Fragen kann bei der Durchführung der Interviews variiert werden.)
- Prozesshaftigkeit (Es wird berücksichtigt, dass die Bedeutung der Fragen und Antworten prozesshaft, also aus der Interaktion der/des Befragten mit ihrer/seiner Umwelt entsteht. Daraus folgt, dass die Fragen bewusst auf Veränderungen hin ausgerichtet sind und die Rolle der sozialen Umwelt hinreichend beachtet wird.)
- Kommunikation (Die Informationen werden aus der Kommunikation durch Beobachtung gewonnen. Darauf folgt eine Anpassung der Fragen an das Sprachniveau der Befragten, verständliche Fragenformulierungen, ein Interviewablauf, der sich strukturell an einem alltäglichen Gespräch orientiert und eine hinreichende Offenheit hinsichtlich neuer, unerwarteter Inhalte).

Das Kriterium der Offenheit und die Konkretisierung einzelner Fragen durch die Erstellung eines Interviewleitfadens wurden nicht als widersprüchlich wahrgenommen. Diesbezüglich wurde MEUSER und NAGEL (2002, 78) zugestimmt, dass Interviewleitfäden durch die zwingende Auseinandersetzung der Forschenden mit den Fragestellungen vor dem Gesprächstermin zu einem natürlicheren, „intuitiveren“ Gesprächsverlauf führen können – vorausgesetzt, die Leitfäden werden nicht rezeptartig abgearbeitet und die Fragen sind auf das konkrete Informationsinteresse hin ausgerichtet (MAYER 2009, 44). Dieses Informationsinteresse ergibt sich laut GIESNE (2011, 104f.) aus der Forschungsfrage, wobei die Autorin (ebd.) darauf verweist, dass es nicht sinnvoll ist, die Forschungsfrage unmittelbar den befragten Personen zu stellen. Vielmehr empfiehlt sie, spezifischere Teilfragen zu formulieren, die sich aus der einschlägigen Literatur sowie aus Vorüberlegungen zur Beantwortung der Forschungsfrage ergeben. GLÄSER und LAUDEL (2010, 115) konkretisieren hierzu: „Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens wird dadurch realisiert, dass das aus der Untersuchungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen abgeleitete Informationsbedürfnis in Themen und Fragen des Leitfadens übersetzt wird.“ KRUSE (2014, 230ff.) beklagt einen Mangel an gut begründeten Verfahrensmodellen zur konkreten Erstellung von Interviewleitfäden und der Formulierung geeigneter Interviewfragen. Er verweist diesbezüglich auf das „SPSS-Verfahren“ von HELFFERICH (2009, 182ff.) sowie auf die von ihm weiterentwickelte Variante, das „S<sup>2</sup>PS<sup>2</sup>-Verfahren“. Das S<sup>2</sup>PS<sup>2</sup>-Verfahren (KRUSE 2014, 234ff.) wird hier nicht weiter betrachtet, da es bereits bei der Entwicklung der Forschungsfrage ansetzt, die in der vorliegenden Arbeit literaturgestützt hergeleitet wurde. Im SPSS-Verfahren erfolgen vier Schritte bei der Erstellung eines Interviewleitfadens HELFFERICH (2009, 182ff.):

- **Sammeln:** Sammeln von Fragen durch ein offenes Brainstorming;
- **Prüfen:** Überprüfung der gesammelten Fragen auf ihre Eignung für die angestrebten Interviews; Entfernung ungeeigneter Fragen;
- **Sortieren:** Sortierung der übriggebliebenen Fragen nach offenen Erzählaufforderungen und konkreten Nachfragen;
- **Subsumierung:** Einordnung der nunmehr sortierten Fragen in den Leitfaden.

In der vorliegenden Arbeit wurde das SPSS-Modell (ebd.) folgendermaßen angepasst und umgesetzt:

**Sammeln:** Die Gestaltung und Sammlung der Interviewfragen erfolgte auf Basis der Vorüberlegungen und Vorbefunde zu der zu beantwortenden Forschungsfrage (siehe Kapitel 5 und 6).

Um zu erreichen, dass gezielt nach solchen Aspekten gefragt wurde, die Befragten besonders detailliert schildern konnten. Dazu wurde auf die sogenannte Critical-Incident-Technik zurückgegriffen, die auf den Gedanken von FLANAGAN (1954, o.S.) aufbaut und die auch in anderen Erhebungen situationaler Aspekte im Gesundheitswesen zum Einsatz kam (siehe auch z.B. REUSCHENBACH 2008, 144ff.; SEEBER 2016, 7). Darunter wurde das Erfragen solcher Arbeitssituationen verstanden, die relevant für die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit sowie mit negativen oder positiven Folgen aus Sicht der tätigen Person verbunden waren (ERTELT & FREY 2010, 2). Es wird angenommen, dass sich Befragte an solche Situationen besonders gut erinnern können, was sich mit der subjektiven Bewertung der Relevanz der zugrundeliegenden Situationen begründen lässt. Diese Relevanz ergibt sich aus den antizipierten Konsequenzen der Situationen, die als besonders positiv oder besonders negativ wahrgenommen werden. Folgt man Rausch (2011, 67ff.), so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass die jeweiligen situationalen Merkmale als Ergebnis von „Appraisal-Prozessen“ bewusstseinsfähig bzw. bewusstseinspflichtig werden, was wiederum mit dem Erleben positiver oder negativer Emotionen verbunden ist (vgl. Kapitel 5.2). Ferner wurde angenommen, dass insbesondere das Lösen problemhaltiger Situation bzw. das Scheitern einer Problemlösung mit subjektiv wahrgenommenen negativen und positiven Konsequenzen verbunden ist. Somit erschien die Critical-Incident-Technik als besonders geeignet für die geplante Erhebung. Bei der sprachlichen Realisierung der Interviewfragen wurde darauf geachtet, dass die Fragen über eine ausreichende Reichweite verfügten sowie hinreichend spezifisch formuliert waren (GLÄSER & LAUDEL 2010, 116). Die von den Autoren darüber hinausgehenden Forderungen nach einer hinreichenden Berücksichtigung der Involviertheit der befragten Personen und deren Kontext erschien hier ebenfalls gegeben zu sein, da die theoretischen Vorannahmen sowohl situationale als auch personale Aspekte beinhalteten (siehe z.B. Kapitel 3.3.2 und Kapitel 5). Ferner wurde bei der Formulierung und Sammlung von Interviewfragen darauf geachtet, den Begriff des Problems zu vermeiden, sondern ihn zu umschreiben, indem auf Aufgaben Bezug genommen wurde, die die befragten Personen ausführen wollten, gleichzeitig jedoch nicht wussten, wie sie das realisieren sollten (vgl. Kapitel 4.2.3.2). Hintergrund war, dass nicht ausgeschlossen werden konnte, dass der Begriff des Problems als negativ konnotiert aufgefasst werden könnte. Dies, so die Annahme, hätte die Bereitschaft der befragten Personen zur wahrheitsgemäßen Beantwortung von Interviewfragen verringern können. Als Ergebnis dieser Überlegungen wurde zu Beginn des zu entwerfenden Fragebogens eine Frage zu Situationen formuliert, in denen Pflegende berufliche Aufgaben ausführen wollten, wobei sie jedoch nicht wussten, wie diese umzusetzen waren und die besonders gut oder besonders schlecht gelöst wurden, indem Informationen von Kolleginnen/Kollegen

oder von Schriftquellen eingeholt wurden. Im Anschluss an diese offene Beschreibung der Situation wurden gezielt Fragen zu den zu erhebenden Merkmalen gestellt, die in den Kapiteln 5 und 6 herausgearbeitet wurden.

**Prüfen:** Die Überprüfung der gesammelten Fragen wurde durch eigene Überlegungen sowie anhand von Gesprächen mit Kolleginnen/Kollegen und einer Diskussion im Oberseminar des Lehrstuhls für Berufspädagogik vorgenommen. Daran nahmen sowohl Personen teil, die Erfahrung bei der Durchführung von Interviewstudien besaßen, als auch Personen, die über einen pflegerischen Hintergrund verfügten. Aufgrund dieser Eigenschaften wurde angenommen, dass sie die Verständlichkeit der Fragen aus Sicht der Befragten einschätzen konnten.

**Sortieren:** In diesem Schritt wurde eine Sortierung der übrig gebliebenen Fragen nach offenen Erzählaufforderungen und konkreten Nachfragen vorgenommen.

**Subsumierung:** Schließlich erfolgte die Verschriftlichung des Leitfadens auf Grundlage der vorangegangenen Schritte.

Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang der vorliegenden Arbeit.

### **9.1.3 Auswahl und Akquise der befragten Personen**

Im nächsten Schritt wurden die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner ausgewählt. Dabei orientierte sich das Vorgehen zur Auswahl der befragten Personen an der gewählten Interviewform „Leitfadeninterviews mit Experten“ (GLÄSER & LAUDEL 2010, 111ff.; vgl. Kapitel 9.1.1). Nach MEUSER und NAGEL (2009, 470) können als Experten im Sinne der hier angedachten Auswahl von Gesprächspartner/innen Personen bezeichnet werden, auf die Folgendes zutrifft: „Wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Ausarbeitung, die Implementierung und/oder die Kontrolle einer Problemlösung und damit über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen, Soziallagen, Entscheidungsprozesse, Politikfelder usw. verfügt.“

Als Konsequenz wurde entschieden, Pflegende der stationären Krankenpflege zu befragen, da dieser Personengruppe am ehesten durch deren unmittelbare Beteiligung Verantwortung für den Entwurf, die Ausarbeitung und/oder die Kontrolle einer Problemlösung zugeschrieben wurde. Im nächsten Schritt war zu klären, ob innerhalb dieser Gruppe eine homogene oder eine heterogene Gruppe von Befragten zu gewinnen war. FLICK (2009, 260) präferiert zur Durchführung qualitativer Erhebungen die Auswahl möglichst unterschiedlicher Fälle, um eine höhere Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu erreichen. BOGNER, LITTIG und MENZ (2014, 36)

unterscheiden hingegen zwei Vorgehensweisen im Sinne eines theoretischen Samplings zur Auswahl von Personen, mit denen Interviews geführt werden sollen: Eine Kontrastierung durch die Auswahl möglichst unterschiedlicher Fälle zur Theoriegenerierung sowie eine minimale Kontrastierung zur Konsolidierung einer bestehenden Theorie. In der vorliegenden Arbeit wurde entschieden, eine heterogene Gruppe von Befragten zu gewinnen.

Als Ursache für Heterogenität wurde hier einerseits der Behandlungsschwerpunkt der Krankenhausstation betrachtet, in der eine befragte Person beschäftigt ist. So wurde vermutet, dass das Spektrum an Arbeitstätigkeiten, die Pflegenden ausführen, vom Behandlungsspektrum der Station abhängt. Es liegt beispielsweise nahe, dass im chirurgischen Bereich häufiger komplexe Wundversorgungen anfallen, als in der Inneren Medizin. Dementsprechend, so die Annahme, ermöglicht eine Befragung von Personen, die in Stationen unterschiedlicher Schwerpunktsetzung tätig sind, auch eine Erfassung eines breiteren Spektrums von Problemen.

Als weitere Ursache von Heterogenität wurde die Ausprägung der Berufserfahrung von Pflegenden vermutet, was im Theorieteil (vgl. Kapitel 4.4) hinsichtlich der Wahrnehmung komplexitätsförderlicher Merkmale pflegerischer Arbeitsaufgaben zusammenfassend dargestellt wurde. Dementsprechend wurde vermutet, dass Pflegenden mit unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung sich auch mit verschiedenartigen Problemen konfrontiert sehen, was sich auch auf die einzelnen Bestandteile des Informationsprozesses (vgl. Kapitel 6) auswirken dürfte. Dementsprechend wurde entschieden, Pflegenden unterschiedlicher Berufserfahrung in die Interviewstudie einzubeziehen, um ein größeres Spektrum an relevanten Problemen erfassen zu können. Zu klären war an der Stelle jedoch, welche Stichprobenszusammensetzung anzustreben war, um Einflüsse der Berufserfahrung adäquat berücksichtigen zu können. Methodisch wird dazu in der Expertiseforschung, in der die Untersuchung des Einflusses der Erfahrung in verschiedenen Bereichen eine zentrale Rolle einnimmt, eine querschnittliche Gegenüberstellung von Experten und Novizen präferiert (GRUBER, WEBER & ZIEGLER 1996, 169), wobei hier typischerweise der Begriff „Experten“ im Sinne von besonders kompetenten Personen in einem bestimmten Bereich verstanden wird. Dies war in der vorliegenden Studie nicht möglich, da es keine leicht nachzuvollziehenden Merkmale gibt, die eine a priori Auswahl besonders kompetenter Pflegeperson ermöglichen. Selbstauskünfte, die hierarchische Position oder Fremdeinschätzungen von Pflegenden wurden diesbezüglich nicht als hinreichend valide angesehen. Aus einer ähnlichen Ausgangssituation heraus untersuchte beispielsweise REUSCHENBACH (2008, 270) den Einfluss der Berufserfahrung auf verschiedene Aspekte des Problemlösens Pflegenden, indem er seine Stichprobe auf Basis einer Median-Dichotomisierung teilte und das



Ergebnis seiner Untersuchung von Personen mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 10 Jahren mit dem von Personen mit einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 2 Jahren verglichen. Als weiterer Ausgangspunkt zur Kontrastierung der befragten Personen anhand ihrer Berufserfahrung wurde das Stufenmodell von BENNER (2012, 63ff.) angesehen. Vorteilhaft wurde hier eingeschätzt, dass dieses Modell konkrete, typische Entwicklungen bei unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung aufzeigt, wenn auch diese typischen Entwicklungen nicht einer Entwicklung professioneller Handlungskompetenz im Sinne der vorliegenden Arbeit verwechselt werden dürfen (vgl. Kapitel 4.3.1). Daher wurde entschieden, dieses Modell zu verwenden und solche Teilnehmer auszuwählen, die auf möglichst unterschiedlichen Stufen anzusiedeln waren. Da in die Interviewstudie keine Auszubildenden aufgenommen wurden, wurden in die Gruppe der berufsunerfahrenen Pflegepersonen Personen mit einer Berufserfahrung von weniger als zwei Jahren nach Abschluss einer dreijährigen Ausbildung in der Krankenpflege in die Stichprobe aufgenommen. In die Gruppe der berufserfahrenen Pflegepersonen wurden hingegen Personen mit einer Berufserfahrung von mehr als fünf Jahren aufgenommen. Folgt man BENNER (ebd.) hätte man somit „fortgeschrittene Anfänger“ und damit Pflegende mit einem typischerweise regelgeleiteten Vorgehen und „Pflegeexperten“, also Pflegende mit einem typischerweise sehr „intuitiven“ Vorgehen einander gegenübergestellt. Dadurch, so die Annahme, werden Unterschiede aufgrund der Berufserfahrung besonders deutlich.

Als Ergebnis dieser Überlegungen wurde entschieden, für die angedachte Interviewstudie Pflegende zu gewinnen, die...:

- eine unterschiedlich ausgeprägte Berufserfahrung aufwiesen. Dies sollte in Anlehnung an Expertisestudien dadurch erreicht werden, dass eine Gruppe berufserfahrener Pfleger (Berufserfahrung mindestens 5 Jahre nach Abschluss der dreijährigen Berufsausbildung) und eine Gruppe berufsunerfahrener Pfleger (Berufserfahrung weniger als fünf Jahre nach Abschluss der dreijährigen Ausbildung) gewonnen werden sollte.
- Berufserfahrung in unterschiedlichen Abteilungen besaßen. Dies sollte dadurch erreicht werden, dass innerhalb der beiden Gruppen Pflegende aus verschiedenen Abteilungen der Inneren Medizin sowie der Chirurgie gewonnen werden sollten. Als Einschränkung wurden lediglich Pflegende in Normalstationen unterschiedlicher Disziplinen der Inneren Medizin sowie der Chirurgie betrachtet, also insbesondere keine Pflegenden aus Intensivstationen oder aus Ambulanzen. Begründet wurde dies einerseits damit, dass die meisten Fälle, die im Krankenhaus behandelt wurden, auf Abteilungen der Inneren Medizin sowie der Chirurgie entfallen (z.B. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015, o.S.) und

andererseits eine Berücksichtigung der Heterogenität weiterer Stationen eine sehr große, schwer zu rekrutierende Stichprobe erfordert hätte.

Bezüglich des konkreten Vorgehens zur Gewinnung von Interviewpartner/innen wurden Hinweise von GLÄSER und LAUDEL (2010, 118) berücksichtigt, die einerseits nahelegen, dass mit geringeren Schwierigkeiten bei der Teilnehmerakquise zu rechnen ist, wenn persönliche Kontakte genutzt werden, jedoch gleichzeitig zu bedenken gaben, dass bei der Nutzung persönlicher Kontakte mit Bias-Effekten zu rechnen ist. Als Konsequenz wurde zunächst versucht, Kliniken, die dem Verfasser dieser Arbeit unbekannt waren, anzuschreiben und anrufen. Dieses Unterfangen war nur bei einer von sechs Kliniken erfolgreich, deren Stabsstelle für Pflegeforschung die Erhebung unterstützte. Bei den anderen fünf angefragten Kliniken erfolgten entweder Absagen, ohne die Gründe näher darzustellen (2 von 6), oder eine Antwort unterblieb gänzlich (4 von 6). Als Reaktion auf diese Schwierigkeiten wurden über persönliche Kontakte des Verfassers der vorliegenden Arbeit Pflegende für die Befragung gewonnen, die allerdings den Verfasser dieser Arbeit nicht zuvor kannten, um die entsprechenden Bias-Effekte zu minimieren.

Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht über die insgesamt 16 befragten Personen. Bei der Interpretation des Jahres, in dem jeweils der Abschluss der dreijährigen Krankenpflegeausbildung erreicht wurde ist, zu berücksichtigen, dass alle Interviews im Sommer 2015 durchgeführt wurden. Demensprechend bedeutet das Abschlussjahr der Ausbildung 2015, dass die Person ihren Berufsabschluss im selben Jahr erlangt hat, in dem das Interview stattfand.

**Tabelle 12: Übersicht über die Teilnehmer/innen der Interviewstudie**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachrichtung der Station</b>	<b>Alter</b>	<b>Abschlussjahr der Ausbildung</b>
B1	Chirurgie	21	2015
B2	Gefäßchirurgie Station/Viszeralchirurgie	46	2015
B3	Innere Medizin und Bauchchirurgie	21	2015
B4	Ambulanz	35	2015
B5	Viszeralchirurgie/Innere Medizin	38	2014
B6	Geriatric	24	2014
B7	Chirurgie	27	2014
B8	Innere Medizin	21	2014
B9	Chirurgie	33	2008
B10	Chirurgie	44	1997
B11	Nephrologie mit Chirurgie/Innere Medizin	38	1990
B12	Neurologische Station	45	2006
B13	Kardiologie	31	2006
B14	Kardiologie	keine Angabe	1984
B15	Chirurgie	54	1981

<b>Bezeichnung</b>	<b>Fachrichtung der Station</b>	<b>Alter</b>	<b>Abschlussjahr der Ausbildung</b>
B16	Innere Medizin	44	1992

Vor der eigentlichen Interviewdurchführung wurde der Fragebogen noch an zwei Pflegepersonen mit einer Berufserfahrung von 10 und 11 Jahren sowie an zwei Pflegepersonen mit einer Berufserfahrung von einem und einem halben Jahr getestet. Dabei ergaben sich aus Sicht des Verfassers schlüssige, hinreichend detaillierte Antworten und der erarbeitete Fragebogen wurde als verständlich beschrieben.

Während der Durchführung der Interviews wurde eine berufserfahrene Person aus dem Sample ausgeschlossen, da sich während der Befragung herausstellte, dass sie in einer Ambulanz mit einem sehr spezifischen Schwerpunkt und somit nicht in einer Normalstation arbeitete, wie vor der Befragung angenommen wurde. Ferner gaben 4 der 8 berufserfahrenen Pflegenden an, keine problemhaltigen Situationen zu erleben oder in der Vergangenheit erlebt zu haben (vgl. Kapitel 9.4.1.1). Daher wurden deren Angaben nur bei der Analyse der kontextuellen Rahmenbedingungen (Kapitel 9.4.5) berücksichtigt, nicht aber bei den übrigen Auswertungsschritten. Dies liegt darin begründet, dass in den Kapiteln 9.4.1-9.4.4 explizit die Erkenntnisse bezüglich problemhaltiger Situationen bzw. des Informationsprozesses innerhalb problemhaltiger Situationen von Interesse sind, während es für die Auswertung der Angaben bezüglich kontextueller Rahmenbedingungen nicht als relevant eingeschätzt wurde, ob die befragte Person problemhaltige Situationen erlebt hat oder nicht. Angemerkt sei an dieser Stelle ferner, dass gemäß der Critical-Incident-Technik (vgl. Kapitel 9.1.2) jeweils nach einer besonders gut und einer besonders schlecht bewältigten Situation gefragt wurde. Daraus ergeben sich folgende Stichprobengrößen für die folgenden Kapitel:

*Kapitel 9.4.1-9.4.4*, die sich auf problemhaltige Situationen und den Informationsprozess darin beziehen: 7 berufsunerfahrene Pflegepersonen (entspricht 14 Situationen) und 4 berufserfahrene Pflegepersonen (entspricht 8 Situationen).

*Kapitel 9.4.5*, das sich auf kontextuelle Rahmenbedingungen bezieht: 7 berufsunerfahrene Pflegepersonen und 8 berufserfahrene Pflegepersonen.

Was die Anzahl der zu gewinnenden Personen anging, gab es unterschiedliche Empfehlungen in der Literatur. MEUSER und NAGEL (2002, 72) beschreiben, dass sie Experteninterviews bislang mit kleinen Stichproben von etwa 20-30 Personen durchgeführt hätten. Teilweise deutlich geringer fiel die Anzahl der Befragten in Interviews aus, die im Rahmen der referenzierten

Artikel in englischsprachigen Zeitschriften mit Peer-Review-Verfahren veröffentlicht und im Rahmen der Aufarbeitung des empirischen Forschungsstands dargestellt wurden (vgl. Kapitel 6). Im deutschsprachigen Raum wurden in der Studie von GOLLER (2017, 161) zur Identifikation von Merkmalen der Handlungskompetenz in der Altenpflege 9 Personen befragt, in der Studie von BAUER (2008, 55) wurden Interviews mit 11 Personen zu Fehlern in der stationären Krankenpflege durchgeführt. Somit weist die Anzahl der befragten Personen einen ähnlichen Umfang auf, wie in anderen Forschungsvorhaben mit ähnlicher Zielsetzung.

## **9.2 Durchführung und Transkription der Interviews**

Die Durchführung der Interviews, die durchschnittlich eine Dauer von 39 Minuten und 39 Sekunden (SD<sup>11</sup>: 12 Minuten und 9 Sekunden) aufwies, fand entweder in Räumlichkeiten der einzelnen Kliniken oder außerhalb des Arbeitsplatzes der befragten Personen, beispielsweise in nahegelegenen Cafés statt, die eine entsprechende Privatsphäre ermöglichten. Im Vorfeld wurde dabei auf eine Aufklärung über die Ziele der Erhebung sowie über den Umgang mit den gewonnenen Daten zu Beginn der Erhebung geachtet. Während der Befragung wurde versucht, eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu erreichen und die Offenheit des Verfassers gegenüber allen Antworten zu gewährleisten (HERMANN 2009, 367f.). Die Gespräche wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und im Anschluss daran mit Hilfe des Computerprogramms „F4transcript“ (audiotranskription.de) im Sinne einer „Verschriftlichung in Standardorthographie“ (KOWAL & O’CONNELL 2009, 441) transkribiert. Andere Transkriptionsverfahren (ebd.), die Besonderheiten berücksichtigen, wie beispielsweise die Verwendung von Umgangssprache, wurden für die Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit nicht als gewinnbringender eingeschätzt und daher aufgrund des ungleich höheren Aufwands nicht durchgeführt.

## **9.3 Vorgehen bei der Auswertung der Interviews**

GLÄSER und LAUDEL (2010, 106) halten bei der Auswertung von Experteninterviews die qualitative Inhaltsanalyse in Abgrenzung zu anderen Verfahren für überlegen, weil sie „...ein systematisches, theoriegeleitetes Vorgehen besser unterstützt.“ Das Verfahren erschien zudem als „Brücke“ zwischen qualitativer und quantitativer Methodik (GLÄSER-ZIKUDA 2005, 294) besonders geeignet für den hier gewählten Mixed-Methods-Zugang zu sein. Aufbauend auf diesen Überlegungen wurde eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach MAYRING (2009, 472) durchgeführt, deren Intention primär darin liegt, dass die Interviewinhalte möglichst erhalten

---

<sup>11</sup> SD=Standardabweichung („standard deviation“)

bleiben, aber in einer kürzeren, aggregierten Form wiedergegeben werden. Das idealtypische Vorgehen wird in der folgenden Abbildung zusammengefasst:

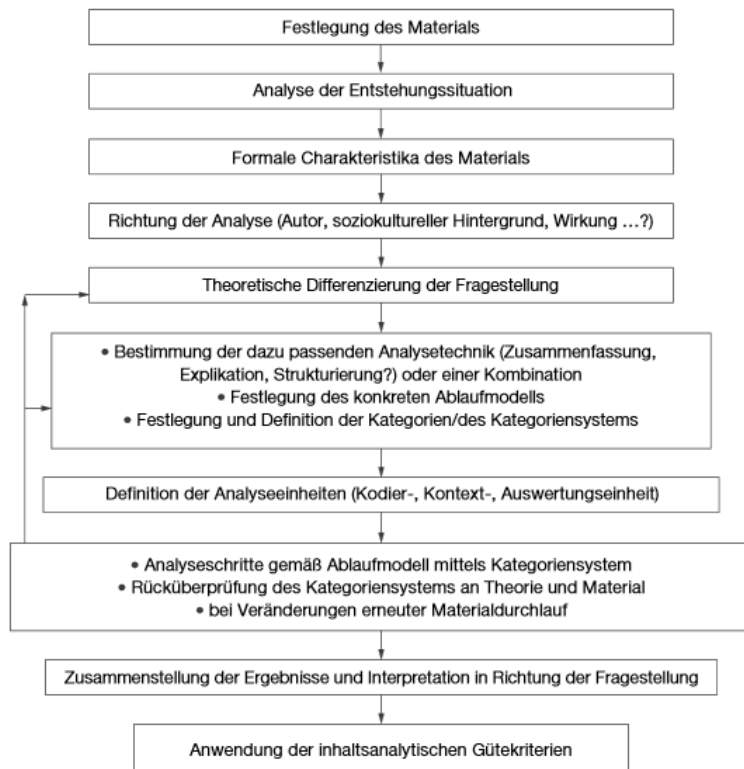


Abbildung 7: Allgemeines Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse (MAYRING 2015, 62)

Die Überlegungen zur Wahl und der erwarteten Beschaffenheit des Interviewmaterials sowie Überlegungen zur Entstehungssituation, die hier, in Verbindung mit der Forschungsfrage, auch die Richtung der Analyse wesentlich bestimmten, wurden bereits ausführlich im Theorieteil der Arbeit und in den letzten Kapiteln geschildert. Die theoretische Differenzierung der Fragestellung, die darauf abzielte festzulegen, welche Informationen aus dem Interviewmaterial zu gewinnen waren, richtete sich nach den Teilfragestellungen (TF) der empirischen Erhebung der vorliegenden Arbeit, die in Kapitel 8.1 begründet und dargestellt sind. Bezüglich der Interviewstudie, die zur Vorbereitung eines Fragebogens für eine quantitative Erhebung dienen sollte, wurden sie folgendermaßen zu Teilfragen der qualitativen Erhebung (TFq1-4) modifiziert:

*TFq1: Problemstellung: In welchen Situationen sahen sich die berufserfahrenen sowie die berufsunerfahrenen Pflegepersonen der Stichprobe mit Problemen konfrontiert?*

*TFq2: Informationsbedarf: Welche Informationen waren aus Sicht der berufserfahrenen sowie die berufsunerfahrenen Pflegepersonen der Stichprobe zur Bewältigung von Problemen erforderlich?*

*TFq3: Quellenauswahl: Welche Personen wurden durch die berufserfahrenen sowie die berufsunerfahrenen Pflegepersonen der Stichprobe befragt bzw. welche Quellen wurden durch diese Personen gelesen, um Informationen zur Bewältigung von Problemen zu erhalten?*

*TFq4: Informationsbewertung: Welche Faktoren wurden durch die berufserfahrenen sowie die berufsunerfahrenen Pflegepersonen der Stichprobe zur Bewertung der Glaubwürdigkeit der erfragten/gelesenen Informationen herangezogen?*

Auf Grundlage dieser Teilfragen wurde folgendermaßen schematisch zur Gewinnung eines Kategoriensystems vorgegangen:

- Aufbauend auf theoretischen Überlegungen und Vorbefunden (vgl. Kapitel 5 und 6) wurden Überlegungen angestellt, welche Antworten auf TF1q-TF4q im Material zu erwarten waren. Auf dieser Basis wurde ein vorläufiges Kategoriensystem konkretisiert.
- Daraufhin wurde das Material gesichtet und entsprechende Zuordnungen vorgenommen.
- Auf Grundlage des Materials, das nicht bzw. nicht einwandfrei zugeordnet werden konnte, wurde das Kategoriensystem modifiziert.
- Es fand eine Zuordnung des Materials zum überarbeiteten Kategoriensystem statt.
- Auf Grundlage des Materials, das nicht bzw. nicht einwandfrei zugeordnet werden konnte, wurde das überarbeitete Kategoriensystem modifiziert.
- Die zyklischen Überarbeitungsschritte wurden beendet, als eine befriedigende Zuordnung des Materials zum Kategoriensystem erreicht werden konnte.

Die Ergebnisse werden in den folgenden Kapiteln dargestellt und hinsichtlich der Fragestellung der vorliegenden Arbeit interpretiert und diskutiert. In Kapitel 9.5 wird die Aussagekraft der qualitativen Interviewstudie kritisch auf Basis einschlägiger Gütekriterien reflektiert.

#### **9.4 Ausgewählte Befunde der Interviewstudie**

In diesem Kapitel werden die Befunde der Interviewstudie dargestellt. Sie werden jeweils unmittelbar nach der Darstellung daraufhin diskutiert, inwiefern sie bereits vorhandenen Befunden entsprechen, da deren Übertragbarkeit auf die Fragestellung der vorliegenden Arbeit aufgrund anderer Erhebungszusammenhänge oder aufgrund abweichender Zielsetzungen als

fraglich erschien. Im Fall von Abweichungen werden mögliche, noch zu überprüfende, Erklärungsansätze dargestellt. Die Reihenfolge orientiert sich grundsätzlich an den Teilforschungsfragen (TFq 1-4; vgl. Kapitel 9.3). Einzige Ausnahme ist, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit solche kontextuellen Rahmenbedingungen, die über eine konkrete Situation hinausgehen, weil sie auf Aspekte der Arbeitsorganisation abzielen, in einem gesonderten Kapitel dargestellt werden. Dementsprechend widmet sich Kapitel 9.4.1 der Problementstehung, Kapitel 9.4.2 der Konkretisierung des Informationsbedarfs, Kapitel 9.4.3 der Quellenauswahl sowie Kapitel 9.4.4 der Informationsbewertung. In Kapitel 9.4.5 sind schließlich Befunde zur Arbeitsorganisation zusammengefasst.

### **9.4.1 Problementstehung**

In diesem Teilkapitel werden die Ergebnisse der Interviews zur Problementstehung wiedergegeben. Dargestellt wird zunächst, welche Aufgaben laut der befragten Pflegepersonen jeweils als problemhaltig wahrgenommen wurden (Kapitel 9.4.1.1). Danach wird darauf eingegangen, woher die Befragten den zugrundeliegenden Auftrag erhalten haben (Kapitel 9.4.1.2). In den darauf folgenden Kapiteln geht es um das emotionale Erleben (Kapitel 9.4.1.3) und im Anschluss daran um angewendete Strategien zur Emotionsregulation (Kapitel 9.4.1.4). Diese Berücksichtigung emotionaler Aspekte ist den Überlegungen aus dem theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit geschuldet, die nahelegen, dass die Regulation solcher emotionaler Zustände, die subjektiv als unerwünscht eingeschätzt werden, die Komplexität von Arbeitssituationen erhöht und es als Konsequenz wahrscheinlicher macht, dass diese als problemhaltig wahrgenommen werden (vgl. Kapitel 5.2). Eine Zwischenzusammenfassung (Kapitel 9.4.1.5) schließt das Kapitel ab.

#### **9.4.1.1 Problemauslösende Aufgaben**

In den Interviews wurde gefragt, mit welchen Aufgaben die Befragten in den letzten sechs Monaten konfrontiert waren, bei denen sie nicht wussten, wie diese zu bewältigen waren und für die sie Informationen von anderen Personen, durch die Pflegedokumentation, aus Büchern, aus dem Internet oder anderen schriftlichen Medien herangezogen haben. Gemäß der Critical-Incident-Technik wurde jede Person jeweils nach einer Situation gefragt, in der sie die Konsequenzen ihres Handelns rückblickend als besonders positiv sowie nach einer Situation, in der sie die Konsequenzen ihres Handelns rückblickend als besonders negativ einschätzt. Ein erster, unerwarteter Befund war, dass 4 der 8 berufserfahrenen Pflegepersonen angaben, im Befragungszeitraum und auch darüber hinaus nicht in Situationen gewesen zu sein, in denen sie nicht weiterwussten. So äußerte beispielsweise die berufserfahrene Pflegeperson B14: „Ganz ehrlich, ich bin absolut kein Mensch, der Probleme hat, irgendwas zu lösen, von daher. Habe ich echt noch

nie so eine Situation gehabt. Also in den ganzen 16 Jahren nicht.“ Die anderen 4 berufserfahrenen Personen sowie alle 7 berufsunerfahrenen Personen gaben hingegen an, problemhaltige Aufgaben erlebt zu haben. Da im Rahmen der Critical-Incident-Technik jede Person nach einer besonders gut und einer besonders schlecht gelösten Situation gefragt wurde, wurden insgesamt 14 Situationen berufsunerfahrener und 8 Situationen berufserfahrener Pflegenden ausgewertet (Vgl. Kapitel 9.1.3) Darin wurden folgende problemlösende Aufgaben geschildert:

**Tabelle 13: Klassifikation der problemauslösenden Aufgaben**

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Unklare/fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnung	Das Problem entstand bei der Feststellung, dass erforderliche ärztliche Informationen/Anweisungen fehlten oder fehlerhaft waren.	B7: „Das war irgendein Präparat mit Penicillin. Auf der Aufnahmekurve ist am Anfang gestanden, dass der Patient eine Penicillin Allergie hat.“
Verbandswechsel/Wundversorgung	Das Problem entstand beim Anlegen/Wechsel eines Verbands.	B2: „Und da war dann eine Schwester, die gesagt hat, ich soll bei einem Patienten den Verband erneuern. Ja, habe ich mir gedacht, werde ich schon hinbekommen und habe in die Dokumentation gesehen, wo wunderbar stand, welcher Verband das sein sollte. Dann ist es aber damit losgegangen, dass ich das gar nicht kannte.“
Patientendokumentation/andere administrative Aufgaben	Das Problem entstand bei der Durchführung administrativer Aufgaben inklusive Patientendokumentation.	B8: „Auf jeden Fall gibt es einen Schein (Anmerkung JK: Ein Formular, das bei Sterbefällen ausgefüllt werden muss), der runter zu denen kommt, aber mehr nicht und der andere Teil bleibt oben auf der Station oder geht dann halt irgendwo anders hin an irgendeine Rohrpostnummer irgendwo im Haus. Aber wusste ich auch nicht und keine Ahnung. Und das fand ich halt ein bisschen ungut gelöst, weil ich dummerweise bei sowas keine Ahnung habe.“
Bedienung medizinischer Geräte	Das Problem entstand bei der Inbetriebnahme, Bedienung oder Wartung eines medizinischen Geräts.	B1: „Ich habe wirklich versucht, alles dicht (Anmerkung JK: Beim Aufbau einer Vac-Pumpe) zu kriegen, damit der Sog einfach aufgebaut werden konnte, nur hat das ständig nicht funktioniert und deswegen eben diese Hilfe und das System zu wechseln, also das war halt komplett (unterbricht) Die Folie, der Kamin, der



<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
		Schlauch. Bei der Pumpe dann der Behälter, in den das Sekret läuft und dann, also ich weiß ehrlich gesagt auch gar nicht, was man da so viel falsch machen kann (lacht). Jedenfalls war es dann falsch, weil man ja dann auch die Ableitung mit Sog und die Ableitung zum Ablaufen braucht.“
Sonstige spezielle Pflege (Katheterisierung/Absaugen)	Das Problem entstand bei der Einführung eines Katheters oder beim Absaugen von Körperflüssigkeiten über einen Katheter.	B2: „Dann habe ich dem den Katheter geschoben und er hat ja keine Schmerzen angegeben, er hat ja nichts gespürt. Und anhand vom Katheter dachte ich noch, der müsste drin sein. Und sie sagte: ‚Der ist drin‘. Und ich probierte es nochmal und sagte: ‚Ne, irgendwie passt das nicht, ich blocke den nicht.‘ Und sie sagte: ‚Doch, doch, doch. Kannst du blocken. Kannst du blocken.‘ Ich sagte: ‚Nein, den blocke ich nicht. Blocke ihn du, ich habe das Gefühl wir sind nicht drin.‘ – ‚Wir sind drin!‘ Ratsch.“
Verständigung in unbekannter Sprache	Das Problem entstand, da die Pflegeperson mit einer Person kommunizieren musste, die die Sprache der Pflegeperson nicht verstand.	B10: „Es kam ein Patient zu uns, der Syrier und Asylbewerber war. Der hatte einen Unfall. Er wurde operiert. Er kam danach wieder und hatte Schmerzen oder Hunger, Durst. Man wusste das nicht so genau. Schmerzen bekommt man ja noch mit. Aber wenn es konkret wird, was sagt die Kommunikation? Dann versucht man unter Umständen mit Google oder wie auch immer sich zu verständigen. Es gibt ja auch Smartphones. Diese sind dann schon sehr hilfreich manchmal. Aber das ist keine gute Lösung.“
Mobilisation	Das Problem entstand bei der Mobilisation einer Person.	B16: „Eine Patientin nach einer Operation, sie hatte eine Oberschenkelhalsfraktur, die sie nur zum Teil belasten darf, das heißt 20 Kilo. Tatsächlich kann man nicht abschätzen, wieviel 20 Kilo sind ... das sind alte Menschen, die jetzt selber falsch belasten, die das selber

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
		gar nicht richtig verstehen und selbst mit Ärzten oder Physiotherapeuten sind wir da nicht mehr zu einer vernünftigen Lösung gekommen.“
Einschätzung der Ressourcen von Patienten	Das Problem entstand bei der Einschätzung der Ressourcen von pflegebedürftigen Personen durch die Pflegeperson.	B15: „Ja. Sie konnte im Rollstuhl sitzen. Sie war wirklich bis am nächsten Tag zu Hause. Sie hat uns dann noch stolz erzählt, dass sie dort drei Treppen gelaufen ist. (Anmerkung JK: Die Patientin hatte stets während dem Klinikaufenthalt betont, nichts mehr selbst zu können und die Pflege hatte viel übernommen). Dann ist es bei mir ein wenig hochgekocht. Ich habe mir einfach gedacht: ‚Hallo sind wir hier die Deppen?‘
Umgang mit menschlichen Konflikten	Das Problem entstand beim Umgang mit einem zwischenmenschlichen Konflikt durch die Pflegeperson.	B15: „Ich denke, zwischen den Ärzten und den Angehörigen ein bisschen zu intervenieren. Allerdings so, dass es den Angehörigen nicht so auffällt. Das war das Dilemma dabei, denke ich. Ich konnte nicht sagen, dass ich nicht dazu stehe, was der Arzt sagt.“

Die folgende Tabelle gibt Aufschluss darüber, wie häufig diese Aufgaben jeweils von den befragten berufsunerfahrenen und von den berufserfahrenen Pflegepersonen als Auslöser für ein Problem geschildert wurden, die den Anstoß für das Erfragen bzw. das Nachlesen mündlicher bzw. schriftlicher Informationen gaben.

**Tabelle 14: Problemauslösende Aufgaben nach Berufserfahrung**

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Unklare/fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnung	3	2
Verbandswechsel/Wundversorgung	4	0
Patientendokumentation/andere administrative Aufgaben	1	2
Bedienung medizinischer Geräte	3	0
Sonstige Spezielle Pflege (Katheterisierung/Absaugen)	2	0
Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten	1	1
Verständigung in unbekannter Sprache	0	1
Mobilisation	0	1
Einschätzung der Ressourcen von Patienten	0	1
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Auffällig war, dass gut die Hälfte, nämlich 9 von 18 geschilderten Aufgaben, die von den berufserfahrenen Pflegepersonen geschildert waren, als „technisch“ im Sinne eines weitgehend wiederhol- und standardisierbaren Vorgehens beschrieben werden können. So dürften Verbandswechsel (4 von 16 Situationen), die Bedienung medizinischer Geräte (3 von 16 Situationen) und das Katheterisieren bzw. das Absaugen (2 von 16 Situationen) auch in unterschiedlichen Situationen ähnlich durchführbar sein, wenn bereits ein Handlungsablauf bekannt ist.

Die berufserfahrenen Pflegepersonen nannten hingegen die eben als „technisch“ umschriebenen Aufgaben nicht als Problemauslöser. Ein „gemeinsamer Nenner“ sämtlicher problemauslösender Aufgaben dieser Gruppe schien zu sein, dass sie aufgrund ungewöhnlicher Aufgaben im Stationsablauf auftraten. Dies ist nicht unmittelbar aus der Überblickstabelle ersichtlich und benötigt einen näheren Blick auf die Inhalte der einzelnen Interviews: So entstand das Problem bei der Mobilisation bei Person B16 dadurch, dass eine Patientin postoperativ zwar mobilisiert werden und dabei beide Beine genutzt werden sollten, allerdings durfte ein Bein nur mit einem vorher festgelegten Gewicht belastet werden, wozu auf der internistisch-geriatrisch ausgerichteten Station, in der B16 arbeitete, keine Erfahrungswerte vorlagen: „Was haben die Ärzte gesagt? Ja, letztendlich haben sie nur gesagt, dass es die nächsten sechs Wochen eben so sein muss. Danach darf sie wieder voll belasten. Laut Aussage der Chirurgen, also im Haus hier sind internistische Ärzte und diese haben Rücksprache mit den Chirurgen gehalten. Es hieß einfach, in den nächsten sechs Wochen nur 20 Kilo belasten. Wie wir das umsetzen sollen, dafür gab es keine konkrete Anordnung.“ (B16)

Probleme aufgrund unklarer oder fehlender ärztlicher Anordnungen wurden sowohl von berufserfahrenen (4 von 12 Situationen) als auch von berufsunerfahrenen Pflegepersonen (3 von 8 Situationen) beschrieben.

Insgesamt fielen drei Aspekte (a,b,c) auf, die vor dem Hintergrund der theoretischen Annahmen sowie der Studienlage näher zu diskutieren waren.

- a) Warum berichtete die Hälfte der berufserfahrenen Pflegepersonen, keine problemhaltigen Situationen erlebt zu haben? Wenn man, wie in der vorliegenden Arbeit, davon ausgeht, dass die Bewältigung problemhaltiger Aufgaben die Basis dafür bildet, dass sie künftig nicht mehr als problemhaltig erlebt werden, verwundert es, dass berufserfahrenen Personen teilweise nicht von Aufgaben berichten konnten, bei denen das Vorgehen zu ihrer Bewältigung unklar war.

- b) Andere Studien zu Problemen in der stationären Krankenpflege legen nahe, dass bestimmte Aufgaben eine zentrale Rolle aus der Sicht Pflegender spielen, die jedoch in der vorliegenden Interviewstudie nicht geschildert wurden. Ein Beispiel hierfür ist die mangelnde Compliance gepflegter Personen sowie der Umgang mit Todesfällen oder mit Sterbenden (vgl. Kapitel 5.6). Wie lässt sich dies erklären?
- c) Wie lassen sich die Unterschiede bei den genannten problemhaltigen Aufgaben zwischen den berufserfahrenen und den berufsunerfahrenen Pflegepersonen erklären?

Zu a)

Aus methodischen und wissenschaftstheoretischen Überlegungen heraus wurde der Grundsatz verfolgt, Befragten grundsätzlich zu glauben, da die Einteilung in glaubwürdige und unglaubwürdige Aussagen ohne offensichtliche Widersprüchlichkeiten in einzelnen Aussagen als Wertung betrachtet wird. Solche Wertungen werden wiederum als unzulässig aus der kritisch-rationalen Perspektive heraus betrachtet, die der vorliegenden Arbeit in Kapitel 2 zugrunde gelegt wurde. Somit war anzunehmen, dass 4 berufserfahrene Personen sich an keine Aufgabe innerhalb des letzten halben Jahres vor dem Interviewtermin erinnern konnten, bei denen der Weg zur Bewältigung unbekannt war. Ein Erklärungsansatz dafür wäre, dass aus Sicht dieser Personen innerhalb des letzten halben Jahres nur Aufgaben zu bewältigen waren, deren Lösung bereits durch eigene Vorerfahrungen bekannt war. Eine andere Vermutung ist, dass die erfahrenen Pflegenden die anderen Personen sowie mögliche Schriftquellen an ihrem Arbeitsplatz kennen und daher eher wissen, woher Informationen zur Problemlösung zu beziehen sind. Somit wären sie keine Aufgaben mit unbekanntem Vorgehen zur Bewältigung mehr, wie sie in den Interviews erfragt wurden.

Zu b)

Zur Frage, warum bestimmte Aufgaben in der Interviewstudie nicht genannt wurden, die in anderen Studien eine bedeutsame Rolle spielten, wie etwa der Umgang mit pflegebedürftigen Personen mit geringer Compliance oder der Konfrontation mit den Themen Tod und Sterben, waren Besonderheiten der Fragestellung der vorliegenden Studie zu berücksichtigen. So wurde gezielt nach solchen Aufgaben gefragt, die dadurch gelöst wurden, dass Informationen von anderen Personen oder Schriftquellen herangezogen wurden. Dementsprechend wird vermutet, dass es Situationen gibt, die zwar als problemhaltig wahrgenommen werden, bei denen jedoch das Heranziehen von Informationen und auch möglicherweise die Verwendung generalisierbaren Regelwissens kein verbreiteter Bewältigungsansatz aus Sicht der Pflegenden ist. Ein interessanter Ausgangspunkt für eine weiterführende Diskussion wäre an der Stelle, ob oder

inwiefern hier von professionellem Pflegehandeln gesprochen werden kann. Käme man hier zu dem Schluss, dass der verwendete Professionalisierungsbegriff zu eng gefasst für die Übertragung auf die pflegerische Praxis wäre, würden sich Ansatzpunkte für eine Erweiterung der professionstheoretischen Diskussion auftun.

Zu c)

Die berufserfahrenen und berufsunerfahrenen Pflegepersonen schilderten in den Interviews unterschiedliche Probleme. Ein denkbarer Erklärungsansatz hierfür ist, dass für berufserfahrene Pflegepersonen häufig wiederkehrende, im weiteren Sinne schematisch ablaufende Pflegetätigkeiten, wie etwa das Anlegen eines Verbands in chirurgischen Abteilungen, in der Regel kein Problem mehr darstellen, da sie diese Tätigkeit oft ausgeführt haben. Dadurch können sie auch andere komplexer Probleme wahrnehmen als berufsunerfahrene Personen, die mit der Bewältigung häufig auftretender Aufgaben so gefordert sind, dass sie andere Probleme nicht als solche wahrnehmen. So erklärt beispielsweise auch REUSCHENBACH (2008, 301f.) entsprechende Unterschiede in der Problemwahrnehmung zwischen berufserfahrenen und -unerfahrenen Pflegepersonen in seiner Studie. Dort wurde bei geringer Berufserfahrung eher von unmittelbar patientenbezogenen Problemen und bei ausgeprägter Berufserfahrung eher von „patientenübergreifenden Planungsaufgaben“ berichtet.

Eine weitere Vermutung wäre, dass berufserfahrene Pflegepersonen eher komplexere Aufgaben, beispielsweise von ärztlicher Seite her, erhalten, da ihnen eher zugetraut wird, diese zu bewältigen als berufsunerfahrenen Pflegepersonen. Allerdings sei darauf verwiesen, dass es aufgrund der geringen Stichprobengröße denkbar ist, dass die eben geschilderten Unterschiede zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen zufällig in der gezogenen Stichprobe vorhanden waren und somit nicht auf sämtliche Pflegepersonen zu übertragen sind.

#### **9.4.1.2 Auftragsübermittlung/-feststellung**

Wie im vorangegangenen Kapitel ausführlich dargestellt wurde, wiesen die Befunde der Interviewstudie darauf hin, dass berufserfahrene und berufsunerfahrene Pflegepersonen sich bei unterschiedlichen Aufgaben mit Problemen konfrontiert sahen. Als denkbarer Erklärungsansatz wurde angeführt, dass berufserfahrenen Personen von Seiten des ärztlichen Personals „mehr zugetraut“ wurde und diese somit andere Aufgaben erhalten als berufsunerfahrene Personen. Ein weiterer Erklärungsansatz war, dass berufserfahrene Pflegepersonen durch die wiederholte Bewältigung bestimmter, häufig auftretender Aufgaben diese nicht länger als Problem wahrnahmen und somit in der Lage waren andere, potenziell problemhaltige, Aufgaben zu identifizieren. Um dies besser verstehen zu können, erschien es im nächsten Schritt hilfreich zu

betrachten, woher die befragten Personen wussten, dass sie die Aufgaben ausführen sollten, die das Problem auslösten. Dabei konnten aus dem Interviewmaterial folgende Arten der Auftragsübermittlung bzw. -feststellung identifiziert werden:

**Tabelle 15: Klassifikation der Auftragsübermittlung/-feststellung**

<b>Auftragsübermittlung/-feststellung</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Übergabe	Die Pflegeperson erfuhr bei der Übergabe, dass sie die Aufgabe ausführen soll.	B1: „Und bei der Übergabe wird natürlich gesagt, dass da jetzt von mir aus zweimal täglich der Verbandswechsel zu machen ist und somit ist es meine Aufgabe in der Frühschicht, das dann auch zu erledigen.“
Arztanordnung	Die Pflegeperson erhielt eine ärztliche Anordnung, dass die Aufgabe durchzuführen ist.	B7: „Er gibt die Anordnungen in seinem Verordnungsbogen an. Wir müssen daraus lesen können, was er alles haben will. Je nachdem, welche Tabletten von ihm angeordnet werden, richten wir diese her und tragen es vorne in die Kurve ein.“
Anweisung von Praxisanleitung	Die Pflegeperson erhielt von einer Praxisanleitung die Anweisung, die Aufgabe durchzuführen.	B5: „Das war ein Arbeitsauftrag im Hinblick auf meine Prüfung.“
Anweisung von Stationsleitung	Die Pflegeperson erhielt von einer Stationsleitung bzw. stellvertretenden Stationsleitung die Anweisung, die Aufgabe durchzuführen.	B2: „Und ich habe noch nie einem Mann einen Katheter gelegt. Und meine Stationsleitung ist mit mir gegangen und hat gesagt: 'Das machst jetzt du, weil, du musst einmal an einen Mann.'“
Abstimmung mit Patient	Die Pflegeperson entschied gemeinsam mit dem Patienten, dass die Aufgabe ausgeführt werden soll.	B6: „Naja, keine Ahnung ich schaue mir die (JK: die Patientin) halt an (lacht) und sehe halt, was sie noch kann oder ich frag, was sie noch kann.“
Eigene Einschätzung	Die Pflegeperson beschloss ohne Anweisung/Rücksprache von bzw. mit anderen Personen, dass die Aufgabe auszuführen ist.	B8: „Auf jeden Fall, hatte er das Problem, dass er das nicht abhusten konnte. Du hast schon gemerkt, wie das hier hinten irgendwo hängt. Wie gesagt, ich habe mir gedacht, dass das Absaugen in diesem Fall Sinn macht.“
Kein spezifischer Auftrag	Die Pflegeperson stellte fest, dass eine Aufgabe auszuführen ist, ist jedoch, anders als in der Kategorie „eigene Einschätzung“ nicht in der Lage,	B7: „In dem Moment wusste ich es, glaube ich nicht. Oder ich wusste es, war aber zu sauer, um es auszuführen.“

<b>Auftragsübermittlung-/feststellung</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
	deren Anforderungen zu spezifizieren.	
Krankenhausinformationssystem	Die Pflegeperson erfuhr über das Krankenhausinformationssystem, dass die Aufgabe auszuführen war.	B10: „Wir haben ein Computerprogramm von SAP. Dort werden die Zugänge für einen gewissen Zeitraum eingepflegt. Sieben Tage plus. Dort kann ich sehen wieviel Tage, wieviel Patienten, wann, mit welcher Diagnose und zu welcher Fachrichtung, mit Geschlecht, Alter kommen. Ich kann auch einsehen, wann der OP Tag ist.“

Die Schilderungen der letzten Tabelle verteilten sich folgendermaßen auf die Schilderungen berufserfahrener und -unerfahrener Personen:

**Tabelle 16: Auftragsübermittlung-/feststellung nach Berufserfahrung**

<b>Auftragsübermittlung-/feststellung</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Übergabe	4	1
Arztanordnung	3	3
Anweisung von Praxisanleitung	1	0
Anweisung von Stationsleitung	3	0
Abstimmung mit Patient	1	0
Eigene Einschätzung	1	3
Kein spezifischer Auftrag	1	0
Krankenhausinformationssystem	0	1
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Auffällig war hier insbesondere, dass 3 der 8 problemauslösenden Aufgaben der berufserfahrenen Pflegenden aufgrund ärztlicher Anordnungen übernommen wurden sowie weitere 3 von 8 Situationen aufgrund eigener Einschätzung. Lediglich 1 von 8 Aufgaben der berufserfahrenen Personen wurde im Rahmen der Übergabe vermittelt. Bei den befragten berufsunerfahrenen Pflegepersonen schienen die Gründe für die Übernahme der Aufgaben heterogener zu sein. So wurde diesbezüglich auch von direkten Anweisungen durch die Stations- und die Praxisanleitung berichtet. Möglicherweise lassen sich zur Erklärung dieser Heterogenität hier Parallelen zu den Befunden von FICHTMÜLLER und WALTER (2007, 575ff.) ziehen. Darin zeigen sich bei Lernenden einerseits „eher aktive nach außen gerichtete“ Strategien, zu denen etwa die Konsultation verschiedener Pflegekräfte bei Fragen gerechnet wird, andererseits zeigten sich „eher passive nach innen gerichtete“ Strategien, zu denen entweder eine Anpassung an die

Gepflogenheiten der jeweiligen Abteilung oder ein „Wegducken“ vor diesen Gepflogenheiten gerechnet werden kann. Ferner wurden „eher aktiv nach innen gerichtete“ Strategien festgestellt, die eine individuelle Auseinandersetzung der Lernenden mit erlebten Tätigkeitsweisen beinhalten. Je nach Strategie hätte dies vermutlich unterschiedliche Implikationen hinsichtlich der Quellenwahl und würde somit die heterogenere Quellenwahl bei den berufsunerfahrenen Personen erklären.

Ein weiterer denkbarer Erklärungsansatz für diese Ergebnisse wäre die bereits geschilderte Vermutung, dass berufserfahrene Pflegendе der Stichprobe aufgrund ihrer Erfahrungen tendenziell keine Probleme bei häufig auftretenden Aufgaben in ihren Abteilungen mehr wahrnehmen und dadurch zusätzliche Kapazitäten zur eigenständigen Identifikation und Bewältigung weiterer Aufgaben haben. Die Überlegung aus dem vorangegangenen Kapitel, dass den berufserfahrenen Personen mehr „zugetraut“ wurde und diese daher eher Aufgaben des ärztlichen Personals erhalten, ist aufgrund der Befunde mit Skepsis zu betrachten, da in beiden Gruppen in ähnlichem Umfang von der Auftragserteilung durch das ärztliche Personal berichtet wurde.

#### ***9.4.1.3 Emotionales Empfinden während der Situation***

Das emotionale Erleben und die Strategien zur Emotionsregulation in den geschilderten problemhaltigen Situationen wurden erfragt, um die Bedingungen der Problemstellung besser verstehen zu können. Die Relevanz des emotionalen Befindens bzw. der Emotionsregulation auf die subjektiv wahrgenommene Komplexität von Situationen wurde in Kapitel 6.3 ausführlich begründet. Im Mittelpunkt stand die Annahme, dass Emotionen, die als unerwünscht eingeschätzt werden, ungerne anderen Personen gezeigt werden. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Strategien zur Emotionsregulation eingesetzt werden. Dadurch steigt die Komplexität von Arbeitsaufgaben, da Emotionsregulation eine zusätzliche Aufgabe darstellt, die neben den übrigen Arbeitsaufgaben bewältigt werden muss. Dies, so die Folgerung, begünstigt die Entstehung von Problemen auch bei Aufgaben, die sonst nicht als Problem wahrgenommen worden wären.

Die folgende Tabelle fasst die Emotionen zusammen, die beim Auftreten der geschilderten Probleme laut den befragten Pflegenden empfunden wurden. Nicht explizit erfragt wurde dabei, inwiefern diese Emotionen auch als unerwünscht eingeschätzt wurden.



**Tabelle 17: Klassifikation der wahrgenommenen Emotionen**

<b>Emotion</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
verzweifelt/hilflos	Pflegeperson beschrieb, sie hätte sich in der Situation hilflos oder verzweifelt gefühlt.	B8: „Ja, nicht so gut. Man kam sich wie ein Erstkursschüler vor. Ein bisschen hilflos. Du stehst da und hast gar keine Ahnung.“
wütend/verärgert	Pflegeperson beschrieb, sie hätte sich in der Situation wütend oder verärgert gefühlt.	B1: „Und dann, nachdem ich gefragt hab, ob sie mir helfen kann, war ich einfach nur verärgert und wütend, ich war einfach, es ärgert einen einfach, weil man genau weiß, man wird in dem Moment ausgenutzt von denen und das macht einen richtig wütend und sauer.“
ängstlich	Pflegeperson beschrieb, sie hätte sich in der Situation ängstlich gefühlt.	B2: „Ich habe direkt Schweißausbrüche bekommen vor lauter Angst, dass sie mir sagt, was ich für eine Memme bin.“
zufrieden	Pflegeperson beschrieb, sie hätte sich in der Situation zufrieden gefühlt.	B6: „Und vorher war das so siffig und so eklig und dann haben wir das alles schön sauber gemacht und das hat ihr auch nicht wehgetan und das war auch wieder schön und dann haben wir das schön verbunden und dann bin ich immer voll zufrieden.“
gestresst	Pflegeperson beschrieb, sie hätte die Situation als stresshaltig wahrgenommen.	B10: „Es war sehr stressig. Man erlebt auch sehr viel Druck. Zum einen vom OP, weil er die Patienten haben möchte. Dann der Druck vom Patienten, weil er sein Zimmer haben möchte. Druck von den zu entlassenden Patienten, weil diese eventuell noch auf einen Arztbrief warten und vorher noch nicht gehen können. Natürlich auch unter Umständen der Druck von den Ärzten.“

Die beschriebenen Emotionen verteilten sich wie folgt auf berufserfahrene sowie auf die berufsunerfahrenen Pflegepersonen:

**Tabelle 18: Wahrgenommene Emotionen nach Berufserfahrung**

<b>Emotion</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
verzweifelt/hilflos	6	1
wütend/verärgert	5	1
zufrieden	2	3
ängstlich	1	1
gestresst	0	2
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Die berufsunerfahrenen Pflegepersonen gaben hinsichtlich 2 der 14 von ihnen geschilderten Situationen an, zufrieden gewesen zu sein und in den übrigen Situationen diverse negativ konnotierte Emotionen verspürt zu haben. Die berufserfahrenen Pflegepersonen schilderten, in 3 von 8 problemhaltigen Situationen zufrieden gewesen sowie in den anderen Situationen negative Emotionen verspürt zu haben.

Dazu ist interessant, dass auch während der Simulation NursePlan, die von REUSCHENBACH (2008, 281) durchgeführt wurde, Personen mit einer ausgeprägten Berufserfahrung angaben, zufriedener mit ihren Leistungen zu sein. Im Gegensatz dazu kamen RAUSCH, SCHLEY und WARWAS (2015, 459ff.) im Rahmen einer Tagebuchstudie bei kaufmännischen Angestellten in einem Automobilunternehmen zu dem Ergebnis, dass berufserfahrene Personen häufiger von negativen Emotionen beim Lösen von Problemen berichteten.

Ein Ansatz, der erklären könnte, wieso die berufsunerfahrenen Personen häufiger angaben, sich verzweifelt bzw. hilflos zu fühlen, wäre, dass sich diese vor negativen Konsequenzen aufgrund ihrer schlechteren hierarchischen Position bei Fehlern fürchteten – etwa in Form einer entsprechenden Beurteilung innerhalb der Probezeit. Diese These wird durch Aussagen in der Interviewstudie gestützt. So entschloss sich beispielsweise B7 eine anleitende Pflegeperson hinzuzuziehen, als er nicht wusste, wie der Verband einer Vac-Pumpe zu versorgen war. Unter „Vac-Pumpe“ wird hier eine Anlage verstanden, die durch das Erzeugen eines Sogs beständig Wundsekret absaugt. B7 befand sich zu diesem Zeitpunkt in der Einarbeitungsphase innerhalb seiner ersten Festanstellung nach dem Abschluss seiner Ausbildung. Er berichtete: „Der Kollege war in dieser Situation ein wenig patzig zu mir. Er hat nämlich geglaubt oder angenommen, dass ich das kann. Ich habe ihn erstmal alleine gelassen. Wenn er angenervt von mir ist, da fühlt man sich wie ... ich bin kein ausgelernter Pfleger. Ich habe es auch noch nie gesehen oder ich habe auch keine Routine, wie soll man das denn können? Mir ist es in diesem Moment nicht schlecht gegangen. Aber ich habe mich auch nicht wahnsinnig gut gefühlt, als ich nicht weiter wusste. Wenn man vor der Patientin steht und ihr gestehen muss, dass man sich da nicht auskennt und

man einen Kollegen holen muss, damit er es einem zeigt. Das kommt nicht so toll rüber.“ Von vergleichbaren Befürchtungen Lernender in der Pflege vor nachteiligen Konsequenzen berichten auch FICHTMÜLLER und WALTER (2007, 584ff.). Ferner schilderten Pflegende in Ausbildungs- bzw. Lernsituationen auch negative Erfahrungen, die sich aufgrund einer Geringschätzung ihrer Position ergaben, etwa, dass ihnen Informationen vorenthalten wurden (ebd., 569ff.).

Ein Erklärungsansatz für diese Emotionsgenese könnte theoretisch anhand des SEC-Modells nach SCHERER erfolgen, das in Kapitel 5.2 ausführlich dargestellt und unter Bezugnahme auf RAUSCH und SEMBILL auf die Überlegungen von HACKER zur Tätigkeitsregulation übertragen wurde: Unter Bezugnahme darauf könnte gefolgert werden, dass in den beschriebenen Situationen die Vereinbarkeit mit der eigenen Zielsetzung „erfolgreich im Beruf sein“, als gefährdet eingeschätzt wurde, sowie dass die Situationen als unangenehm und als schwer bewältigbar angesehen wurden. Dies hätte dann entsprechende emotionale Konsequenzen zur Folge, nämlich als negativ empfundene Emotionen, wie etwa Angst. Ferner könnten nach diesen theoretischen Überlegungen situationale Bestandteile, die emotional besetzt sind, je nach Intensität des emotionalen Erlebens, bewusstseinsfähig oder gar -pflichtig werden und somit die Bewältigung der eigentlichen Arbeitsaufgabe erschweren. Man denke hier etwa an den Pfleger B7 zurück: Es könnte hier sein, dass seine Aufmerksamkeit nicht mehr nur auf die Versorgung der Vac-Pumpe gerichtet war, sondern auch auf furchteinflößend wahrgenommene Gedanken an potenzielle Konsequenzen seiner Rückfrage an die anleitende Pflegeperson. Dies hätte die eigentliche Bewältigung der Arbeitsaufgabe trotz Hilfe erschwert, da er dem nicht seine volle Aufmerksamkeit hätte widmen können.

#### ***9.4.1.4 Emotionsregulation***

Auch wenn die Überlegungen des letzten Kapitels die Annahme nahelegen, dass intensive, insbesondere negativ konnotierte Emotionen die Bewältigung von Arbeitsaufgaben erschweren, ist dies jedoch nicht als Automatismus anzusehen. So erscheint es durchaus als denkbar, dass emotional besetzte Merkmale einer Situation den Pflegenden dabei helfen können, die Aufmerksamkeit auf relevante situationale Aspekte zu richten. Als komplexitätsförderlich wird es jedoch eingeschätzt, wenn Emotionen erlebt werden, deren Ausdruck subjektiv als unerwünscht eingeschätzt und durch Emotionsregulation beeinflusst werden müssen (vgl. Kapitel 5.2), da dies ein zusätzliches Tätigkeitsziel neben der eigentlichen Arbeitsaufgabe darstellt. Dabei stellt es eine zentrale Anforderung an Angehörige von Gesundheitsberufen dar, am Arbeitsplatz einzuschätzen, welche Emotionen in konkreten Situationen adäquat sind und diese dann auszudrücken (SEEBER & WITTMANN 2017, 1041ff.). Dementsprechend wurde erfragt, inwiefern

Strategien zur Emotionsregulation während der beschriebenen Situationen zum Einsatz kamen. Dies erfolgte durch die Frage, inwiefern man den Pflegenden ihre beschriebenen Emotionen angesehen hatte und inwiefern sie dies beeinflusst hatten. Als Ergebnis konnten folgende Strategien zur Emotionsregulation identifiziert werden:

**Tabelle 19: Klassifikation der verwendeten Strategien zur Emotionsregulation**

<b>Emotionsregulation</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Emotion ausgedrückt	Die Emotion wurde zwar als unerwünscht eingeschätzt, jedoch trotzdem ausgedrückt und nicht bewusst reguliert.	B3: „Ja, ich gehe davon aus. Weil, ich habe ihm dann schon auch gesagt, dass es nicht sein kann, dass wir hier ständig am Telefonieren sind und ihm hinterherrennen müssen, nur weil er es nicht macht. Aber das ist anscheinend auf Desinteresse oder auf taube Ohren gestoßen.“
Emotion unterdrückt	Die Pflegeperson versuchte, sich die unerwünschte Emotion nicht anmerken zu lassen.	B7: „Ich schaue schon, dass man mir das nicht anmerkt. Aber mittlerweile bekommt man eine dickere Haut oder man kommt besser rein.“
Emotion überspielt	Die Pflegeperson versuchte, die unerwünschte Emotion dadurch zu verbergen, indem sie eine andere Emotion vortäuschte.	B8: „Ich gehe hin und lache dann eher. Und frage: 'Oh, kannst du mir bitte schnell mal helfen?' Ich versuche das in einem Ton ein bisschen immer so herunterzuspielen. Aber, ich glaube, dass man mir das bestimmt anmerkt.“
Person aus dem Weg gegangen	Die Pflegeperson ging in der Situation der emotionsauslösenden Person aus dem Weg, um das Auftreten der unerwünschten Emotion zu vermeiden.	B1: „Ich gehe der Person dann so gut wie möglich aus dem Weg, so dass ich der dann nicht über den Weg laufe und ich bin dann einfach viel ruhiger.“
keine unerwünschte Emotion	Die Pflegeperson empfand keine unerwünschte Emotion.	B5: „Nicht schlimm. Mir war klar, dass wenn wir die Situation gemeinsam lösen, dass es der Patientin dadurch besser gehen würde.“
andere Personen an der Situation beteiligt	Pflegeperson versuchte andere Personen an der Situation zu beteiligen, um unerwünschten eigenen Emotion zu begegnen.	B15: „Ich habe versucht, andere Ärzte mit ins Boot zu ziehen.“

Die Antworten verteilten sich folgendermaßen auf die berufserfahrenen und berufsunerfahrenen Pflegepersonen:

**Tabelle 20: Verwendete Strategien zur Emotionsregulation nach Berufserfahrung**

<b>Emotionsregulation</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Emotion ausgedrückt	6	2
Emotion unterdrückt	3	2
Emotion überspielt	2	0
Person aus dem Weg gegangen	1	0
keine unerwünschte Emotion	2	3
andere Personen an der Situation beteiligt	0	1
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Sämtliche hier identifizierte Arten der Emotionsregulation finden sich grundsätzlich auch im Modell von GROSS wieder, das in Kapitel 5.2 dargestellt wurde. Teilweise können sie jedoch spezifischer ausgedrückt werden als in diesem Modell. „Person aus dem Weg gegangen“ könnte beispielsweise als spezieller Aspekt der Kategorie „Situation Selection“ betrachtet werden. Interessant war, dass es Fälle gab, in denen Emotionen ausgedrückt wurden, obwohl diese als unerwünscht eingestuft wurden (Kategorie „Emotion ausgedrückt“). Beispielsweise bejahte B3 auf die Frage, ob ihr Ansprechpartner gemerkt habe, dass sie wütend war und begründete dies folgendermaßen: „...weil, ich habe ihm dann schon auch gesagt, dass es nicht sein kann, dass wir hier ständig am Telefonieren sind und ihm hinterherrennen müssen, nur weil er es nicht macht. Aber das ist anscheinend auf Desinteresse oder auf taube Ohren gestoßen.“ Im nächsten Schritt wurden Zusammenhänge zwischen den erlebten Emotionen und den Strategien zur Emotionsregulation betrachtet und in der folgenden Tabelle überblicksartig dargestellt:

**Tabelle 21: Wahrgenommene Emotionen nach Strategien zur Emotionsregulation**

	<b>verzweifelt/hilflos</b>	<b>wütend/verärgert</b>	<b>zufrieden</b>	<b>ängstlich</b>	<b>gestresst</b>
Emotion ausgedrückt	3	3	0	0	2
Emotion unterdrückt	1	2	1	1	0
Emotion überspielt	0	0	1	1	0
Person aus dem Weg gegangen	0	1	0	0	0
keine unerwünschte Emotion	0	0	5	0	0
andere Personen an Situation beteiligt	1	0	0	0	0

Obenstehende Tabelle ist in Verbindung mit der Übersicht zur Verteilung des emotionalen Erlebens nach Berufserfahrung aus dem vorangegangenen Kapitel (9.4.1.3) zu sehen. So waren die Situationen, in denen die Befragten schilderten, keine unerwünschte Emotion erlebt zu haben und dementsprechend auch keine Emotionsregulation betrieben zu haben, identisch mit den Situationen, in denen Pflegepersonen angaben, zufrieden gewesen zu sein. Allerdings gab es auch Situationen, in denen unerwünschte Emotionen ausgedrückt wurden. So berichteten in 3 Situationen die Befragten davon, verzweifelt bzw. hilflos gewesen zu sein sowie in 3 weiteren Situationen davon, sich wütend bzw. verärgert gefühlt zu haben.

Zusammenfassend konnte festgestellt werden, dass laut den Interviews Emotionsregulation dann nicht betrieben wurde, wenn Pflegende ihr emotionales Empfinden als zufrieden einschätzten. Dabei wurde in der Gruppe der berufserfahrenen Pflegepersonen von einem höheren Anteil (in 3 von 8 Situationen) berichtet, sich in der problemhaltigen Situation zufrieden gefühlt zu haben als in der Gruppe der berufsunerfahrenen Pflegepersonen (in 2 von 14 Situationen) (vgl. Kapitel 9.4.1.3). Geht man nun, wie in der vorliegenden Arbeit, davon aus, dass Emotionsregulation zur Komplexitätssteigerung beiträgt, so könnte dies als Vorteil für die berufserfahrenen Personen bei der Lösung von Problemen gewertet werden. Bemerkenswert war, dass jedoch nicht in jedem Fall Emotionsregulation betrieben wurde, in dem Emotionen, von denen ausgegangen werden konnte, dass deren Ausdruck im Krankenhaus als unerwünscht gelten, wie beispielsweise Wut oder Ärger. Welche Umstände entschieden haben, inwiefern Emotionen auch tatsächlich ausgedrückt wurden, bleibt somit zu klären. Denkbar und weiter zu untersuchen wäre hier, ob beispielsweise eine Emotionsregulation bei besonders intensiven unerwünschten Gefühlen nicht stattgefunden hat, da sie als anstrengend empfunden wurde oder ob die Bewältigung von Problemen, die als besonders komplex wahrgenommen wurden, so große Mengen an Aufmerksamkeit gebunden haben könnten, dass eine adäquate Emotionsregulation als zusätzliches Tätigkeitsziel nicht mehr realisiert werden konnte.

#### ***9.4.1.5 Zwischenzusammenfassung: Befunde zur Problementstehung und ihrer Bedeutung für das betriebliche Bildungspersonal der stationären Krankenpflege***

Die Probleme, bei denen Pflegende berichteten, dass sie Informationen zur Lösung heranzogen, unterschieden sich von Problemen, die in anderen Studien zum Problemlösen in der Pflege identifiziert wurden. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass bei bestimmten Problemen nicht explizit nach Informationen gefragt wurde, sondern möglicherweise implizite Aspekte eine größere Rolle spielen könnten. Bezüglich der Rolle der Berufserfahrung war insbesondere bemerkenswert, dass die Hälfte der berufserfahrenen Personen angab, innerhalb des letzten Jahres vor dem Befragungszeitpunkt keine problemhaltige Situation erlebt zu haben. Ein Erklärungsansatz

könnte sein, dass diese aufgrund ihrer Erfahrung eher wussten, wen sie fragen bzw. wo sie nachlesen konnten, wie das jeweilige Problem zu lösen war. Die Art der Aufgaben, die als Problem wahrgenommen wurden, wird als besonders relevant für das betriebliche Bildungspersonal eingeschätzt, da es als naheliegend bewertet wird, dass diese auch die Fragen determinieren, die Pflegende unterschiedlichen Erfahrungsgrades im stationären Alltag haben.

Innerhalb der Stichprobe stellten berufserfahrene Personen häufiger als berufsunerfahrene Personen selbst fest, dass ein Auftrag auszuführen war. Ein Erklärungsansatz, der konform mit den theoretischen Überlegungen dieser Arbeit zum Lernen durch Problemlösen sowie mit der Erklärung vergleichbarer Befunde in der Dissertation von REUSCHENBACH wäre, ist, dass berufserfahrene Personen häufig auftretende Aufgaben bereits mehrmals bewältigt haben, wodurch diese kein Problem mehr darstellen – somit bleiben Kapazitäten zur Entdeckung und Erfüllung weiterer Aufgaben übrig, die aufgrund ihrer Neuartigkeit wiederum Probleme beinhalten können.

Innerhalb der Stichprobe berichteten berufsunerfahrene Pflegepersonen häufiger von negativen Emotionen als die berufserfahrenen Pflegenden, was ebenfalls mit Befunden von REUSCHENBACH übereinstimmt. Ein Erklärungsansatz wären größere Befürchtungen vor möglichen negativen Konsequenzen, etwa in der Form negativer Beurteilungen innerhalb der Probezeit. Interessant war, dass in einigen Fällen nicht von Emotionsregulation berichtet wurde, obwohl nahelag, dass das Zeigen bzw. Ausleben der empfundenen Emotion, eher unerwünscht im Krankenhausalltag sein dürfte, wie z.B. im Fall der wütenden Befragten B11, die einen Angehörigen beschimpfte und somit ihrer Wut Ausdruck verlieh. Hier wäre es interessant zu diskutieren unter welchen konkreten Bedingungen bei unerwünschten Emotionen in der stationären Krankenpflege Emotionsregulation betrieben wird und wann nicht. Auch ist es somit fraglich, ob mit negativen Emotionen auch stets eine höhere Komplexität der Aufgaben aus Sicht der Pflegenden einherging. So wurde vermutet, dass sich eine höhere Komplexität von Arbeitsaufgaben aus emotionalen Aspekten heraus insbesondere dann ergibt, wenn Emotionsregulation betrieben wird und dadurch mehr Teilziele der Arbeitstätigkeit zu berücksichtigen sind – dies trifft aber nicht auf die Fälle zu, in denen unerwünschte Emotionen ausgedrückt wurden. Ein weiterer Effekt bestimmter negativer Emotionen, wie von Ängsten, könnte jedoch sein, dass Pflegende, auch wenn sie in einer problemhaltigen Situation waren, aufgrund ihrer Befürchtungen keine zusätzlichen personalen Informationsquellen hinzuziehen. Dies kann leider in der vorliegenden Studie nicht weiter betrachtet werden, da nur solche problemhaltigen Situationen erfragt wurden, die durch das Hinzuziehen von Informationen gelöst wurden.

## 9.4.2 Konkretisierung des Informationsbedarfs

Nachdem innerhalb des letzten Kapitels Befunde zur Problementstehung berichtet wurden, widmet sich das folgende Kapitel der Konkretisierung des Informationsbedarfs. Dabei erscheinen insbesondere der Zeitpunkt, zu dem Informationen nachgefragt wurden (Kapitel 9.4.2.1), die Gründe für diese Nachfrage (Kapitel 9.4.2.2) sowie die Art der nachgefragten Informationen (Kapitel 9.4.2.3) als wertvolle Ansatzpunkte für das betriebliche Bildungspersonal. Ein Zwischenfazit (Kapitel 9.4.2.4) schließt das Kapitel ab.

### 9.4.2.1 Zeitpunkt des Informationsbedarfs

Hier wurde betrachtet, wann die Pflegenden entschieden, dass sie Informationen zur Lösung von Problemen benötigten. Dem betrieblichen Bildungspersonal könnte dies Hinweise dazu geben, wie Informationen so bereitzustellen sind, dass Pflegende zeitnah Zugriff darauf haben. Zusammenfassend wurden folgende Möglichkeiten in den Interviews geschildert:

Tabelle 22: Klassifikation des Zeitpunkts des Informationsbedarfs

<b>Zeitpunkt des Informationsbedarfs</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Vor der Tätigkeitsausführung	Vor der Ausführung der Aufgabe entschied die Pflegeperson, dass sie weitere Informationen benötigt.	B8: „Und weil ich dann keine Ahnung hatte, bin ich auf die Kollegin zu und habe es dann mit der Kollegin zusammen gemacht.“
Während der Tätigkeitsausführung	Während der Ausführung der Aufgabe entschied die Pflegeperson, dass sie weitere Informationen benötigt.	B1: „Nachdem ich vorher schon drei bis viermal drin war und versucht habe, das ganze System dicht zu kriegen und beim vierten Mal einfach festgestellt habe, ich schaffe das jetzt einfach nicht. Es pfeift immer und immer wieder und da muss ich jetzt einfach jemanden fragen, der sich mit den Pumpen einfach auch eher auskennt.“
Nach der Tätigkeitsausführung	Nach der Ausführung der Aufgabe entschied die Pflegeperson, dass sie weitere Informationen benötigt hätte.	I: „Du hast gemerkt, dass etwas nicht in Ordnung war (JK: Nachdem B7 Medikamente hergerichtet hatte), weil dich dein Kollege darauf aufmerksam gemacht hat?“ B7: „Ja.“

Die Zeitpunkte, zu denen die Pflegepersonen feststellten, dass sie weitere Informationen benötigten, verteilten sich folgendermaßen auf berufserfahrene bzw. -unerfahrene Personen:



Tabelle 23: Zeitpunkt des Informationsbedarfs nach Berufserfahrung

<b>Zeitpunkt des Informationsbedarfs</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegeperson</b>	<b>Berufserfahrene Pflegeperson</b>
Vor der Tätigkeitsausführung	5	6
Während der Tätigkeitsausführung	8	0
Nach der Tätigkeitsausführung	1	2
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Es fiel auf, dass in 8 von 14 geschilderten Situationen die berufsunerfahrenen Pflegepersonen bemerkten, dass sie Informationen zur Realisierung einer Aufgabe benötigten, während sie diese bereits ausführten. Hingegen schilderten dies berufserfahrene Personen in keiner Situation.

BENNER (2012, 63ff.) kommt zu dem Ergebnis, dass berufserfahrene Pflegepersonen vorausschauender und somit fehlervermeidender arbeiten als berufsunerfahrene Pflegepersonen. So geht BENNER (ebd.) davon aus, dass Personen mit wachsender Erfahrung in einem Kontext zunehmend in der Lage sind, Probleme „intuitiv“ zu erkennen und zu bewältigen. Auch wenn in der vorliegenden Arbeit ein Automatismus zwischen Berufserfahrung und Kompetenzentwicklung angezweifelt wird (vgl. Kapitel 4.2.3), ist nicht auszuschließen, dass hier entsprechende Lerneffekte eine Rolle gespielt haben. Ein weiterer Erklärungsansatz wären Veränderungen innerhalb des sozialen Gefüges mit steigender Berufserfahrung. Dies könnte zu einer geringeren Hemmschwelle geführt haben, Informationen von anderen Personen oder aus Schriftquellen heranzuziehen. Diese These wird auch durch die Ergebnisse zum emotionalen Erleben Pflegenden (vgl. Kapitel 9.4.1.3) gestützt, laut denen in der Gruppe der berufsunerfahrenen Personen von negativen Emotionen in den erfassten Problemen berichtet wurde. Letztere wurden teilweise dadurch erklärt, dass Bedenken hinsichtlich möglicher Folgen des Nachfragens nach Informationen (z.B. schlechte Beurteilungen) bestanden.

#### **9.4.2.2 Grund für die Beschaffung von Informationen zur Problemlösung**

Zwar wurde in Kapitel 9.4.1 bereits wiedergegeben, welche Aufgaben von den befragten Pflegepersonen als Problemauslöser geschildert wurden. Offen blieb an der Stelle jedoch, aus welchem Grund an dieser Stelle Informationen von bestimmten Personen erfragt bzw. aus bestimmten Schriftquellen nachgelesen und kein alternatives Vorgehen gewählt wurde. Dies ist vor dem Hintergrund interessant, dass es bei Problemen grundsätzlich auch denkbar wäre, nach dem Prinzip „Trial and Error“ zu verfahren. Aus dem Interviewmaterial konnten folgende Gründe identifiziert werden:

**Tabelle 24: Klassifikation von Gründen für die Beschaffung von Informationen**

<b>Grund für die Beschaffung von Informationen</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Keine zielführendere Alternative gesehen	Es wurden keine Handlungsalternativen in der Situation gesehen.	B3: „In dem Moment war eigentlich da keine andere Lösung parat, da diese Sonde ist bei uns nicht eingesetzt worden, die hat er schon in einem anderen Krankenhaus bekommen.“
Angst vor schlechter Beurteilung/Ärger mit Vorgesetzten	Mögliche Handlungsalternativen wurden aufgrund der Befürchtung, von Vorgesetzten schlecht beurteilt oder gemäßregelt zu werden, abgelehnt.	B8: „Die Stationsleitung war ziemlich kompliziert, ziemlich eigen. Ich hätte ihr gar nicht widersprochen. Das hätte ich mir bei ihr gar nicht getraut, etwas anderes zu sagen.“
Arzt ansprechen, aber Ärzte wissen erfahrungsgemäß auch nicht weiter	Es wurde erwogen, einen Arzt hinzuzuziehen, jedoch wurde keine zielführende Antwort erwartet.	B9: „Weil ich mir sicher war, weil ich im Normalfall weiß, dass der Arzt auf die Pflege verweist, das war eigentlich immer in den 8 Jahren Berufserfahrung, dass die es am besten wissen halt, wie sie ihre Sachen aufziehen, weil wir die ausführende Kraft sind und die mir das auf jeden Fall genauer sagen können.“
Um dem Patienten nicht zu schaden	Mögliche Handlungsalternativen wurden aufgrund der Befürchtung, dem Patienten schaden zu können, verworfen.	B2: „Nein, nein, nein, ich denke mir, bei solchen Wunden kann ich mehr kaputt machen als gut machen, wenn ich Fehler mache. Da tue ich selbst überhaupt nicht herum. Ich habe mir das von ihr zeigen lassen, das war ok und habe mir das zuhause nochmals richtig einverleibt und war dann auch in der Lage, dass ich das richtig mache.“
Wollte es richtig lernen	Mögliche Handlungsalternativen wurden verworfen, da die Pflegeperson die Tätigkeit richtig erlernen wollte.	B7: „Weil es für mich die leichteste Option war. Ich lerne dadurch. Wenn ich nicht weiß wie etwas geht, frage ich nach und derjenige sagt mir das und ich hoffe, dass ich daraus einen Nutzen ziehen kann.“
Da Tätigkeit bisher nicht richtig durchgeführt wurde	Mögliche Handlungsalternativen wurden verworfen, da die Aufgabe in der Vergangenheit der Einschätzung der Pflegeperson nach falsch ausgeführt wurde.	B5: „Weil ich gemerkt habe, dass die Wundversorgung, wie die Person es vor mir gemacht hat, nicht optimal funktioniert hat. Die Wundplatte war nämlich nicht optimal auf die Wunde geklebt worden. Deswegen kam mir die Wundmanagerin sofort in den Sinn.“

<b>Grund für die Beschaffung von Informationen</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Um Zeit zu sparen	Mögliche Handlungsalternativen wurden abgelehnt, da das präferierte Vorgehen aus Sicht der Pflegeperson schneller war.	B1: „Das ist sehr viel mit Stress verbunden, weil man sich denkt, es sind zehn wertvolle Minuten in der Schicht, in der man in die Dokumentation mal hineinsieht oder mal nachfragt, wann und wie ich das zu erledigen habe.“

Die folgende Tabelle gibt die Häufigkeiten der Nennungen in der Gruppe der berufserfahrenen Pflegepersonen und der berufsunerfahrenen Pflegepersonen wieder:

**Tabelle 25: Gründe für die Beschaffung von Informationen nach Berufserfahrung**

<b>Erwägung möglicher Handlungsalternativen</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Keine zielführendere Alternative gesehen	5	5
Angst vor schlechter Beurteilung/Ärger mit Vorgesetzten	3	0
Arzt ansprechen, aber Ärzte wissen erfahrungsgemäß auch nicht weiter	1	3
Um dem Patienten nicht zu schaden	2	0
Wollte es richtig lernen	1	0
Da Tätigkeit bisher nicht richtig durchgeführt wurde	1	0
Um Zeit zu sparen	1	0
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Es fiel auf, dass die berufserfahrenen Pflegepersonen zwei unterschiedliche Gründe angaben, weswegen sie weitere Informationen benötigten: Entweder sie sahen keine Handlungsalternative oder überlegten, einen Arzt kontaktieren, entschieden sich aber dann dagegen, weil sie davon ausgingen, dass dieser auch nicht weiterhelfen konnte, weshalb sie andere Informationsquellen in Anspruch nehmen mussten. So berichtete B6 im Fall eines Verbandswechsels: „Die Ärzte haben keine Ahnung von Wundauflagen.“ Bei den berufsunerfahrenen Pflegepersonen waren die Gründe hingegen heterogener. Interessant war, dass die 3 Personen, die angaben, aufgrund von Angst vor schlechter Beurteilung bzw. Ärger mit Vorgesetzten entschieden zu haben, weitere Informationen hinzuziehen, diese Entscheidung erst während der Tätigkeitsausführung trafen (vgl. Kapitel 9.4.2.1). Aus den Interviews geht nicht eindeutig hervor, ob Ängste vor negativen Konsequenzen die berufsunerfahrenen Personen abhielten, Informationen zu erfragen, wenn sie sich bei der Übernahme einer Aufgabe unsicher waren, ob sie diese anforderungsgerecht bewältigen konnten.

Eine Vermutung, die unterschiedliche Präferenz für bestimmte Informationsquellen erklären könnte, wären unterschiedliche Positionen im sozialen Gefüge der Krankenhausabteilung im Zuge unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung. Möglicherweise sichern sich berufserfahrene Personen bei offenen Fragen zur Ausführung einer Arbeitstätigkeit eher ab, da sie negative Konsequenzen bei Fehlern fürchten. Eventuell übernehmen berufserfahrene Pflegepersonen auch selten anfallenden Tätigkeiten, bei denen auch andere Pflegenden oder Ärzte nicht weiterwissen.

#### 9.4.2.3 Art der erfragten/nachgelesenen Informationen

Im Folgenden wird betrachtet, welche Informationen erfragt bzw. nachgelesen wurden. Ein Überblick findet sich in der folgenden Tabelle.

**Tabelle 26: Klassifikation der Art der erfragten/nachgelesenen Informationen**

<b>Art der erfragten/nachgelesenen Informationen</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Durchführung Verbandswechsel	Es wurden Informationen, wie ein Verbandswechsel durchzuführen war bzw. welche Materialien zu verwenden waren, erfragt/nachgelesen.	B1: „Welche Wundauflage jetzt direkt draufkommt, ob das jetzt eine saugende oder welche sind, die Feuchtigkeit abgeben, ob ich ein Gel brauch‘ oder sonst was. Oder eben wie ich das Ganze zu binden, zu befestigen hatte.“
Durchführung Medikamentengabe	Es wurden Informationen zu Wirkstoffen sowie zur korrekten Verdünnung und Verabreichung von Medikamenten erfragt/nachgelesen.	B9: „Also ich habe gebraucht, also die Milliliterzahl hatte ich ja schon, musste aber sehen, ob ich das Ganze über Infusomaten laufen lassen muss, ob ich es über einen Perfusor laufen lassen muss, wie das Mischverhältnis ist und auch, wie viele Milliliter die Stunde zu laufen haben.“
Korrekte Bezeichnung von PEG-Anschlüssen	Es wurde gefragt/nachgelesen, um welche Art von Anschlüssen es sich bei einer PEG handelte.	B3: „Ja, wenn da irgendwie gestanden wäre ‚Pflegeüberleitungsbogen‘ von mir aus, dass man hineinschreibt, dass man am blauen oder am grünen Stöpsel, also es war ein weißer, grüner und ein blauer Stöpsel, also an einem von den beiden, anzuschließen hat, das wäre halt schon eine Hilfe gewesen“
Inhalt einer ärztlichen Laboranordnung	Es wurde gefragt/nachgelesen, was der Inhalt einer ärztlichen Laboranordnung war.	B3: „Und zwar, da hat der Arzt eine Anordnung aufgeschrieben für ein Labor und dann haben wir das entsprechend übertragen auf diesem Bogen, das ist auch alles ganz normal

		abgenommen worden und verschickt worden mit den Blutröhrchen. Und dann war das aber das Problem, dass das bei dem Labor nicht klar war und die bei uns wieder angerufen haben."
Durchführung Katheterisierung	Es wurde gefragt/nachgelesen, wie eine Katheterisierung durchzuführen war.	B2: „Ich habe es von der Theorie her gewusst wie es geht. Frauen habe ich schon gemacht und sie hat mich super angeleitet bei einem Mann, da ist nichts falsch gelaufen. Es war nur dieses Gefühl von meiner Seite aus, dass ich nicht drin bin.“
Durchführung Verwaltungstätigkeiten	Es wurde gefragt/nachgelesen, wie Verwaltungstätigkeiten durchzuführen waren.	B9: „Auf jeden Fall gibt es einen Schein, der runter zu denen kommt, aber mehr nicht und der andere Teil bleibt oben auf der Station oder geht es dann halt irgendwo anders hin an irgendeine Rohrpostnummer irgendwo im Haus. Aber wusste ich auch nicht und keine Ahnung. Und das fand ich halt ein bisschen ungut gelöst, weil ich dummerweise bei sowas keine Ahnung habe.“
Koordination	Es wurden Informationen zur Koordination von Tätigkeiten unterschiedlicher Personen erfragt/nachgelesen.	B5: „Ich dachte mir, dass sie ihren Hintern auch bewegen hätte können. Sie hätte den Patienten das Essen geben können.“
Vorgehen bei spezieller Mobilisation	Es wurden Informationen zur Durchführung einer Mobilisation erfragt/nachgelesen.	B16: "Es hieß einfach, in den nächsten sechs Wochen nur 20 Kilo belasten. Wie wir das umsetzen sollen, dafür gab es keine konkrete Anordnung. Beziehungsweise eine Idee.“
Fremdsprachige Begriffe	Es wurden fremdsprachige Begriffe nachgefragt/nachgelesen.	B10: "Ich glaube, dass es darum ging, einmal die Schmerz-situation zu erfassen (Anmerkung JK: Bei einem fremdsprachigen Patienten)“

Die folgende Tabelle zeigt die zahlenmäßige Verteilung zwischen den befragten berufserfahrenen und berufsunerfahrenen Pflegenden.

**Tabelle 27: Art der erfragten/nachgelesenen Informationen nach Berufserfahrung**

<b>Art der erfragten/nachgelesenen Informationen</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Durchführung Verbandswechsel	6	0
Durchführung Medikamentengabe	2	2
Koordination	2	3
Durchführung Verwaltungstätigkeiten	1	1
Inhalt einer Ärztlichen Anordnung	1	0
Durchführung Katheterisierung	1	0
Korrekte Bezeichnung von PEG-Anschlüssen	1	0
Vorgehen bei spezieller Mobilisation	0	1
Fremdsprachige Begriffe	0	1
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Wie auch in den Studien von KLEIN-FEDYSHIN (2015), KELLEY, DOCHERTY und BRANDON (2014) sowie von COGDILL (2003, 203ff.) wurden Informationen zur Medikation erfragt (vgl. Kapitel 6.4.2). Krankheitsbilder, Symptome oder ähnliches wurden von den befragten Personen nicht erfragt bzw. nachgelesen. Auch persönliche Informationen, wie beispielsweise Namen, schienen, anders als etwa bei GILMOUR ET AL. (2011, 1349ff.), keine Rolle zu spielen. Informationen wurden von den befragten Personen hingegen zur Durchführung einzelner Tätigkeiten hinzugezogen, wie zu Verbandswechseln oder zur Medikamentengabe. GILMOUR ET AL. (ebd.) berichten, dass von Pflegenden Hinweise zur Verbesserung der eigenen Praxis sowie zur Evidenzbasierung hinzugezogen werden. Auch bei BORYCKI ET AL. (2009, 913ff.) wurden Informationen zur Verbesserung des eigenen Vorgehens herangezogen. Somit bleibt festzuhalten, dass sich die Befunde der vorliegenden Arbeit hinsichtlich der erfragten Inhalte teilweise auch in internationalen Studien wiederfinden. Ein Erklärungsansatz für Abweichungen zwischen den eben referenzierten Vorbefunden und den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit hinsichtlich erfragter Inhalte sind unterschiedliche Tätigkeitsbereiche der befragten Pflegepersonen. Beispielsweise wurden bei COGDILL (2003) Nurse Practitioners befragt, die sehr arztnahe Tätigkeiten ausführen, was wiederum die vergleichsweise große Bedeutung von Fragen zur Medikation sowie zu Krankheitsbildern in dieser Studie erklärt.

Bezüglich möglicher Unterschiede zwischen berufserfahrenen und berufsunerfahrenen Pflegepersonen war auffällig, dass die Gruppe der Berufserfahrenen nicht berichtete, Fragen zu Verbandswechseln, zur Katheterisierung sowie zu PEG-Anschlüssen zu haben. Dies könnte, sofern man unterstellt, dass diese Tätigkeiten oft von den Befragten durchgeführt wurden, als weiteres Indiz für die in Kapitel 9.4.1.1 geäußerte Vermutung gewertet werden, dass berufserfahrene

Pflegende selten Probleme bei der Durchführung häufig anfallender Tätigkeiten erleben, da sie von Lerneffekten der Vergangenheit profitieren.

Mit Blick auf die Adressaten der vorliegenden Arbeit ist jedoch darüber hinaus festzuhalten, dass die Art der erfragten/nachgelesenen Informationen nicht immer zielführend mit Blick auf die Problemlösung war. Beispielsweise hat in einem Fall die (fehlerhafte) Anleitung zur Katheterisierung und somit eine erbetene Information schlussendlich zu einer Verletzung des Patienten geführt. Ferner ließ sich aus der Art der Aufgabe, die zur problemhaltigen Situation führte, nicht immer auf die Art der hinzugezogenen Information schließen. Beispielsweise wurden Verbandswechsel durchgeführt, um einem Warngeräusch einer Vakuumpumpe zu begegnen, wofür dann Informationen erfragt wurden. Da wiederum, wie im Fall der Katheterisierung, nicht zwangsläufig förderliche Informationen hinzugezogen wurden, schien es für den weiteren Verlauf der Arbeit als zielführender, sich eher auf die Art häufiger Probleme zu konzentrieren, die zur Beschaffung von Informationen führen, als auf die erfragten Inhalte.

#### ***9.4.2.4 Zwischenzusammenfassung zur Konkretisierung des Informationsbedarfs***

Berufserfahrene Pflegepersonen berichteten lediglich davon, vor oder nach der Tätigkeitsausführung festgestellt zu haben, dass sie weitere Informationen benötigten. Im Gegensatz dazu wurden in 8 der 14 Situationen von den berufsunerfahrenen Personen berichtet, dass sie während der eigentlichen Tätigkeitsausführung einen Informationsbedarf feststellten.

Berufserfahrene Pflegende gaben zwei unterschiedliche Gründe für ihren Informationsbedarf an: Sie sahen generell keine Alternative oder hätten eigentlich die Informationen eines Arztes benötigt, schätzten dies jedoch ebenfalls nicht als zielführend ein. Die berufsunerfahrenen Personen gaben als Gründe für den Informationsbedarf unter anderem auch Ängste vor Vorgesetzten bzw. schlechten Beurteilungen an. Vor allem zwei mögliche Aspekte könnten Erklärungsansätze für diese Unterschiede liefern: einerseits Lerneffekte durch das wiederholte Ausführen häufig anfallender Arbeitsaufgaben und andererseits eine Veränderung der sozialen Stellung innerhalb des jeweiligen Teams im Zuge steigender Berufserfahrung.

Die Aussagekraft der erfragten Inhalte für das betriebliche Bildungspersonal als Adressatengruppe der vorliegenden Arbeit wurde aufgrund der Ergebnisse der Interviews als eher gering eingeschätzt, da auch Informationen erfragt wurden, die nicht zielführend waren – etwa im Fall einer falschen Anleitung zur Katheterisierung.

### 9.4.3 Auswahl der befragten Personen/gelesenen Quellen

Im Folgenden wird zusammengefasst, von welchen Personen bzw. welchen Schriftquellen die Informationen herangezogen wurden (Kapitel 9.4.3.1). Darüber hinaus werden Gründe für diese Auswahl dargestellt (Kapitel 9.4.3.2). Eine Zwischenzusammenfassung (Kapitel 9.4.3.3) schließt das Kapitel ab. Dies soll dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise dazu liefern, über welche Quellen Informationen bereitgestellt werden können, damit sie auch von den Pflegenden nachgefragt werden.

#### 9.4.3.1 Befragte Personen/gelesene Quellen

In diesem Kapitel wird dargestellt, welche Personen von Seiten der Pflegenden zur Gewinnung von Informationen befragt und welche Schriftquellen dafür gelesen wurden. Das Ergebnis findet sich in der folgenden Tabelle. Auf Ankerbeispiele wurde hier im Gegensatz zu anderen Ergebnistabellen verzichtet, da angenommen wird, dass diese zum Verständnis vor dem Hintergrund der hier gegebenen Operationalisierungshinweise nicht erforderlich sind.

Tabelle 28: Klassifikation der befragten Personen / der gelesenen Quellen

<b>Befragte Person/ der gelesenen Quelle</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>
Anleitende Pflegeperson	Die befragte Person war in der Situation mit der Anleitung/Einarbeitung der Pflegeperson betraut.
Stationsleitung	Die befragte Person hatte in der Situation die Leitung/stellvertretende Leitung der betroffenen Station inne.
Wundmanager/in andere Pflegeperson	Die befragte Person war ausgebildete/r Wundmanager/in. Die befragte Person war Pflegeperson und zugleich weder Anleiter/in noch Leitung.
Arzt/Ärzte	Die befragte Person war Arzt/Ärztin.
andere Berufsgruppen (Hausapotheke/Sozialdienst/Transportdienst)	Die befragte Person war kein Mitglied des pflegerischen oder des ärztlichen Personals.
Internet	Es wurden schriftliche Informationen aus dem Internet hinzugezogen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick darüber, wie häufig in den Interviews von den berufserfahrenen und den berufsunerfahrenen Pflegepersonen jeweils geschildert wurde, die entsprechenden Personen befragt bzw. die entsprechenden Quellen gelesen zu haben:



**Tabelle 29: Befragte Personen / gelesene Quellen nach Berufserfahrung**

<b>Befragte Person / der gelesenen Quelle</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Anleitende Pflegeperson	5	0
Stationsleitung	3	0
Wundmanager/in	2	0
andere Pflegeperson	2	2
Arzt/Ärztin	1	3
andere Berufsgruppen (Hausapotheke/Sozialdienst/Transportdienst)	1	2
Internet	0	1
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Während in 5 der 14 beschriebenen Situationen von den berufsunerfahrenen Befragten anleitende Pflegepersonen befragt wurden, sowie in weiteren 3 der 14 Situationen die Stationsleitung, wurde dies in der Gruppe der berufserfahrenen Pflegenden nicht berichtet. Dort wurde in 3 der 8 geschilderten Situationen das ärztliche Personal befragt, während dies bei den berufsunerfahrenen Pflegepersonen lediglich in 1 von 14 Situationen der Fall war. Die Gründe für diese Quellenauswahl werden im kommenden Kapitel betrachtet und diskutiert, weshalb an dieser Stelle keine weitere Diskussion möglicher Ursachen stattfindet.

Im Vergleich zu den Vorbefunden, die im Rahmen des theoretischen Teils der vorliegenden Arbeit aufgearbeitet wurden, fällt auf, dass einige Informationsquellen, die dort genannt wurden, wie z.B. elektronische Datenbanken, während der Interviews keine Erwähnung fanden (KLEIN-FEDYSHIN 2015; FAROKHZADIAN, KHAJOUEI & AHMADIAN 2015; WAHOUSH & BANFIELD 2014; THORSTEINSSON 2013; O'LEARY & MHAOLRUNAIGH 2012; MAJID ET AL. 2011; DEE & STANLEY 2005). Unterschiede hinsichtlich der Tätigkeitsbereiche Pflegender verschiedener Länder könnten eine mögliche Ursache sein, jedoch wurden z.B. Datenbanken in Studien unterschiedlicher Herkunftsländer genannt. Daher konnte nicht mit Sicherheit angenommen werden, dass sämtliche relevanten Informationsquellen durch die Interviews erfasst wurden, was auch der Anzahl der Interviews geschuldet sein mag. Mit Blick auf die Gestaltung eines Fragebogens zur Durchführung einer quantitativen Erhebung wurde daher entschieden, nicht nur die Nutzung der Informationsquellen zu erfragen, von denen in der Interviewstudie berichtet wurde, sondern zusätzliche Antwortoptionen aus den Vorbefunden einzubeziehen. Darauf wird noch in Kapitel 10.1.2 eingegangen.

### 9.4.3.2 Gründe für die Auswahl der befragten Personen/gelesenen Quellen

Die folgende Tabelle fasst die Gründe der befragten Personen zusammen, die sie laut der Interviews dazu bewogen haben, sich an die im vorangegangenen Kapitel genannten Personen zu wenden bzw. die entsprechenden Schriftquellen zu lesen.

Tabelle 30: Klassifikation von Gründen für die Quellenauswahl

Grund für die Quellenauswahl	Operationalisierungshinweis	Ankerbeispiel
formal/hierarchisch vorgegeben	Die Pflegeperson war in der Situation dazu verpflichtet, die befragte Person/gelesene Quelle hinzuzuziehen.	B7: „In den ersten zwei Monaten ist uns ein Kollege fest zugeeilt. In dieser Woche war der Kollege für mich zuständig.“
als kompetent eingeschätzt	Die Pflegeperson schätzte die befragte Person oder den/die Verfasser/in der Schriftquelle als kompetent ein.	B9: „Aus Erfahrung weiß ich, dass die öfter Patienten haben, die diesen Perfusor auch haben oder auch dieses Medikament bekommen und sich somit da gut auskennen.“
Sympathisch	Die Pflegeperson schätzte die befragte Person oder den/die Verfasser/in der Schriftquelle als sympathisch ein.	B2: „Weil ich die mochte. Weil die immer sehr freundlich, sehr lieb war. Die hat mich vom ersten Tag an gut aufgenommen.“
war in der Nähe	Die befragte Person/gelesene Schriftquelle befand sich in der Nähe der Pflegeperson.	I1: „Warum hast du gerade die Kollegin herangezogen?“ B6: „Die war gerade da, ja, die war gerade da.“
Es waren keine anderen Personen/andere Quellen verfügbar.	Aus Sicht der Pflegeperson war es in der Situation nicht möglich, eine andere Person anzusprechen/eine andere Schriftquelle zu lesen.	B10: „Ich habe niemanden gefunden.“ (Anmerkung JK: Niemanden, von dem B10 hilfreiche Informationen zu seinem Problem erwartet hätte.)

Die folgende Tabelle zeigt, wie häufig die eben aufgeführten Gründe jeweils von den berufserfahrenen sowie von den berufsunerfahrenen Pflegepersonen beschrieben wurden:

Tabelle 31 Gründe für die Quellenauswahl nach Berufserfahrung

Grund für die Quellenwahl	Berufsunerfahrene Pflegepersonen	Berufserfahrene Pflegepersonen
formal/hierarchisch vorgegeben	8	3
als kompetent eingeschätzt	2	4
Sympathisch	1	0
war in der Nähe	3	0
Es waren keine anderen Personen/andere Quellen verfügbar.	0	1
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Gewisse Parallelen lassen sich hier zur Studie von MARSHALL, WEST und AITKEN (2013, 1424ff.) feststellen. Diese untersuchten, warum bestimmte Kolleginnen und Kolleginnen befragt werden, wenn es um die Bewältigung unsicherer Situationen geht. Demnach spielen vor allem der Umfang der Berufserfahrung, die hierarchische Position, spezifische Qualifikationen sowie die Einschätzung der Zugänglichkeit (im Sinne einer angenommenen entgegenkommenden Reaktion auf Fragen) eine Rolle, ob jemand befragt wurde oder nicht. Von hierarchisch/formal vorgegebenen Wegen beim Einholen von Informationen wurde nicht berichtet. Dies ist interessant, da die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation diesbezüglich abweichen. So berichteten gerade die berufsunerfahrenen Pflegenden von solchen „Dienstwegen“. Dieser Befund lässt auch Zweifel aufkommen, ob aus Sicht von Pflegenden tatsächlich eher die Bewertung von Quellen hinsichtlich ihrer Eignung als die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der zugrundeliegenden Informationen im Vordergrund steht, wie MARSHALL, WEST und AITKEN (2013, 1441) aus ihrer Studie schlossen: „In our study evaluation of the individual providing the information occurred more frequently than did evaluation of the information provided.“ In der folgenden Tabelle wird näher dargestellt, aus welchen Gründen bestimmte Quellen herangezogen wurden. „U“ steht darin für die Anzahl der Situationen, die von berufsunerfahrenen Pflegenden geschildert wurden – „E“ steht für die Anzahl der Situationen, die von berufserfahrenen Pflegenden berichtet wurden:

**Tabelle 32: Gründe für die Quellenwahl nach Quellen**

	<b>formal/hierarchisch vorgegeben</b>	<b>als kompetent eingeschätzt</b>	<b>sympathisch</b>	<b>war in der Nähe</b>	<b>keine anderen Personen/andere Quellen verfügbar</b>
Anleitende Pflegeperson	U: 4 E: 0	U: 0 E: 0	U: 1 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0
Stationsleitung	U: 1 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 1 E: 0	U: 0 E: 0
Wundmanager/in	U: 1 E: 0	U: 2 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0
andere Pflegeperson	U: 0 E: 0	U: 0 E: 2	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0
Arzt/Ärztin	U: 1 E: 3	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0
andere Berufsgruppen (Hausapotheke/Sozialdienst/Transportdienst)	U: 1 E: 0	U: 0 E: 2	U: 0 E: 0	U: 2 E: 0	U: 0 E: 0
Internet	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 0	U: 0 E: 1

Interessant an dieser Betrachtung erschienen insbesondere die Quellen, die aus formalen Gründen hinzugezogen werden mussten. Dies waren bei den berufsunerfahrenen Pflegenden in 4 von 14 geschilderten Situationen anleitende Pflegepersonen, bei den berufserfahrenen Pflegenden wurde diese Personengruppe in 0 von 8 geschilderten Situationen angesprochen. Bei berufsunerfahrenen Pflegenden wurde in einer von 14 Situationen aus formalen Gründen ärztliches Personal hinzugezogen, während dies im Fall der berufserfahrenen Personen in 3 der 8 geschilderten Situationen der Fall war.

Ein naheliegender Grund für das Hinzuziehen Anleitender durch berufsunerfahrene Personen war, dass diese sich in Phasen der Ausbildung oder ihrer Einarbeitung befanden. Ein häufigeres Ansprechen des ärztlichen Personals aufgrund formaler Gründe könnte ein, angesichts der Stichprobengröße vorsichtig zu wertender, Hinweis darauf sein, dass die berufserfahrenen Pflegepersonen häufiger „arznähere Tätigkeiten“ durchführen oder zumindest häufiger dabei Probleme wahrnehmen als berufsunerfahrene Pflegenden. Dafür spricht auch, dass berufserfahrene Pflegepersonen häufiger ihren Arbeitsauftrag durch ärztliche Anordnung erhielten als berufsunerfahrene Pflegepersonen.

Weiterhin ist interessant, dass in der Gruppe der berufsunerfahrenen Personen offenbar nur für das Hinzuziehen von Wundmanagern ausschlaggebend war, dass diese als kompetent eingeschätzt wurden. Dies könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass berufsunerfahrene Personen sich weniger zutrauen die Kompetenz von Kolleginnen und Kollegen einschätzen zu können als berufserfahrene Personen. Andererseits könnte es auch sein, dass solche Einschätzungen der Kompetenz für die Quellenwahl gerade in Ausbildungs- oder Anleitungssituationen eine geringere Bedeutung besitzen, weil eher formal geregelt ist, an wen eine bestimmte Frage zu richten ist, wie etwa an die anleitende Pflegeperson.

#### **9.4.3.3 Zwischenzusammenfassung: Auswahl der Personen/Quellen**

Zusammenfassend lässt sich bezüglich der Auswahl an Informationsquellen in problemhaltigen Situationen festhalten, dass die Befunde der vorliegenden Arbeit teilweise von den Ergebnissen internationaler Studien abwichen. So spielten etwa Datenbanken laut der durchgeführten Interviews keine Rolle als Informationsquelle. Um sicherzustellen, dass in der geplanten quantitativen Erhebung diese Aspekte nicht ignoriert werden, wurde entschieden, bestimmte Quellen unabhängig vom Ergebnis der Interviewstudie in den Fragebogen zu integrieren.

Ferner sprachen die Befunde für Unterschiede zwischen berufserfahrenen sowie berufserfahrenen Pflegepersonen. So berichteten die berufsunerfahrenen Pflegenden davon, stellvertretende

Stationsleitungen bzw. Stationsleitungen sowie Anleiter/innen befragt zu haben, wobei dies von den berufserfahrenen Pflegepersonen nicht erwähnt wurde. Ferner schienen ärztliche Anordnungen eine größere Rolle als Quelle bei den berufserfahrenen Pflegepersonen zu spielen. Ein häufiger Grund für das Hinzuziehen ärztlichen Personals sowie von anleitenden Personen war, dass dies formal vorgegeben war. Möglicherweise wurden berufserfahrene Pflegenden häufiger von Ärzten mit Aufgaben betraut. So erhielten in 3 von 14 der geschilderten Situationen die berufsunerfahrenen Pflegenden ihren Arbeitsauftrag durch eine ärztliche Anordnung, während dies in 3 von 8 der geschilderten Situationen bei den berufserfahrenen Pflegenden der Fall war (vgl. Kapitel 9.4.1.2). Dass Anleiter/innen von den berufsunerfahrenen Personen befragt wurden, da dies formal vorgegeben war, dürfte darauf zurückzuführen sein, dass diese Personen entweder von Situationen in ihrer Ausbildung oder während ihrer Einarbeitung berichteten.

#### 9.4.4 Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen

Eine Annahme der vorliegenden Arbeit war, dass die Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen nicht zwangsläufig von der Wahl der Informationsquelle abhängt. Gestützt wurde dies durch die häufige Nennung formaler Bestimmungen als Auswahlkriterium für die Befragung einer bestimmten Person durch berufsunerfahrene Pflegenden. So erschien es denkbar, dass beispielsweise eine anleitende Pflegeperson befragt und ihre Hinweise berücksichtigt werden mussten, obwohl letzteren nicht vertraut wurde. Dementsprechend wurde in den Interviews unabhängig von der Wahl einer bestimmten Informationsquelle nach den Gründen gefragt, wieso Informationen als glaubwürdig oder aber als nicht glaubwürdig bewertet wurden. Eine Zusammenfassung der geschilderten Gründe findet sich in der folgenden Tabelle:

Tabelle 33: Kategorisierung der Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen

<b>Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Passung Information und Wertvorstellung des Adressaten	Die Information stimmte mit dem Gerechtigkeitsempfinden der Pflegeperson überein/nicht überein und wird daher als vertrauenswürdig oder als nicht vertrauenswürdig bewertet.	B5: „Ich dachte mir, dass sie ihren Hintern auch bewegen hätte können. Sie hätte den Patienten das Essen geben können.“
Bisherige Erfahrung bzgl. Kompetenz der Urheberin/des Urhebers der Information	Die Information wurde aufgrund der Vorerfahrung der Pflegeperson mit der befragten Person/der gelesenen Quelle als vertrauenswürdig oder als nicht vertrauenswürdig eingeschätzt.	B9: „Weil ich die Pflegeperson gut gekannt habe, die dort oben gearbeitet hat und die kenne ich schon seit 8 Jahren und weiß, dass sie eine erfahrene Pflegekraft ist und ich mich darauf verlassen kann.“
Urheber/zur Urheberin der Information wird menschlich geschätzt	Die Information wird als vertrauenswürdig eingeschätzt,	B2: „Das Erste ist einmal der Umgang mit den Patienten.“

<b>Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
	da die Urheberin/der Urheber der Information durch die Pflegeperson als menschlich/sympathisch eingeschätzt wird.	Dann versuche ich wirklich einzuschätzen, wie ehrlich der Mensch ist. Ob das gespielt ist, ob der wirklich so lieb oder so freundlich ist. Und dann schaue ich auch, wie die arbeiten. Du kannst ja wirklich innerhalb von zwei Stunden schon wirklich trennen. Das geht schon dabei los, ob sie sich die Hände desinfizieren, die meisten machen das ja gar nicht."
Passung Information / vorhandenes Vorwissen	Die Information stimmt mit Erwartungen aufgrund des Vorwissens der Pflegeperson überein/nicht überein und wird daher als vertrauenswürdig/nicht vertrauenswürdig bewertet.	B3: „Ja weil es eben war, was ich vorhin schon herausgefunden habe über Telefon, über die alten Unterlagen und über das Internet und ja gut, die Dame arbeitet bei uns im Haus und die macht ihre Arbeit eigentlich immer gut, da gibt es eigentlich nichts zu beanstanden, von daher. Wenn sie jetzt was anderes gesagt hätte, dann weiß ich nicht, wie ich da reagiert hätte."
Formale Qualifikation/berufliche Position der Urheberin/des Urhebers der Information	Die Information wurde als vertrauenswürdig eingeschätzt, da der Urheber über eine bestimmte Qualifikation oder berufliche Qualifikation verfügte.	B2: „Ja, ich denke mal im Krankenhaus eine Stationsleitung, eine stellvertretende wirst du nicht, wenn du nichts drauf hast."
Berufserfahrung der Urheberin/des Urhebers der Information	Die Information wurde als vertrauenswürdig eingeschätzt, da der Urheber über eine bestimmte Berufserfahrung verfügte.	B8: „Sie ist schon länger examiniert als ich. Sie hat eine gewisse Routine und sie hat eigentlich in dem, was sie mir gesagt hat, sicher gewirkt."

Die Nennung dieser Faktoren zur Informationsbewertung verteilte sich folgendermaßen zwischen den berufsunerfahrenen sowie den berufserfahrenen Pflegepersonen, die im Rahmen der Interviewstudie befragt wurden (siehe Tabelle 34):

**Tabelle 34: Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen nach Berufserfahrung**

<b>Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Berufserfahrung der Urheberin/des Urhebers der Information	4	1
Passung Information / vorhandenes Vorwissen	3	2
Passung Information und Wertvorstellung des Adressaten	2	0

Urheber/zur Urheberin der Information wird menschlich geschätzt	2	0
Formale Qualifikation/berufliche Position der Urheberin/des Urhebers der Information	2	2
Bisherige Erfahrung bzgl. Kompetenz der Urheberin/des Urhebers der Information	1	3
<b>Summe</b>	<b>14</b>	<b>8</b>

Interessant war einerseits, dass durch die befragten Personen nicht nur die Quelle der Information bewertet wurde, etwa aufgrund ihrer Qualifikation, sondern auch die Information selbst, etwa anhand ihrer Passung zum Vorwissen. Dies legt nahe, dass es zumindest in einigen der beschriebenen Situationen eine gewisse Unabhängigkeit der Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit der Quelle von der Vertrauenswürdigkeit der Information gab, wie bereits in Kapitel 9.4.3.2 vermutet wurde. Dies widerspricht, zumindest bezogen auf diese Fälle, der Annahme von MARSHALL, WEST und AITKEN (2013, 1441) bei der Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen wäre die Quellenbeurteilung entscheidend.

An den Befunden war vor allem auffällig, dass die Berufserfahrung der Urheberin/des Urhebers von Informationen in der Gruppe der berufsunerfahrenen Personen eine größere Rolle zu spielen schien als in der Gruppe der berufserfahrenen Personen. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass berufsunerfahrene Personen ihre Kolleginnen und Kollegen weniger gut kennen und daher leicht zu überprüfende Ansatzpunkte zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit nachgefragter Informationen präferieren. Dass in der Gruppe der berufsunerfahrenen Personen berichtet wurde, dass die Vertrauenswürdigkeit von Informationen danach beurteilt wurde, ob deren Urheber menschlich geschätzt wurde, könnte darauf zurückgeführt werden, dass in dieser Gruppe teilweise Sorgen vor möglichen negativen Folgen von Rückfragen geäußert wurden (vgl. Kapitel 9.4.1.3).

#### **9.4.5 Kontextuelle Rahmenbedingungen/Arbeitsorganisation**

In diesem Kapitel werden Befunde dargestellt, die ausgewählte Aspekte der Arbeitsorganisation betreffen, die die Rahmenbedingungen der Situationen darstellen, von denen in der Interviewstudie berichtet wurde. Zuerst wird darauf eingegangen, inwiefern aus Sicht der Pflegenden in ihren Stationen eher Bereichs- oder Funktionspflege praktiziert wurde (Kapitel 9.4.5.1). Die beiden folgenden Kapitel widmeten sich der konkreten Aufteilung von Aufgaben zwischen einzelnen Akteuren innerhalb des Rahmens der Pflegeorganisation. So widmet sich Kapitel 9.4.5.2 der Abgrenzung und Aufteilung zwischen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben. In Kapitel 9.4.5.3 wird schließlich betrachtet, inwiefern es in den Abteilungen der Befragten

Aufgaben gab, die primär von berufserfahrenen bzw. von berufsunerfahrenen Personen bewältigt werden. Eine Zwischenzusammenfassung (Kapitel 9.4.5.4) schließt das Kapitel ab.

Zur Interpretation ist zu beachten, dass die Pflegepersonen je zwei Situationen schilderten, die jeweils in einer Abteilung stattfanden. Zudem wurden, anders als in den vorangegangenen Kapiteln, auch die Interviews der berufserfahrenen Personen in die Auswertung einbezogen, die angaben, keine problemhaltigen Situationen erlebt zu haben. Wurde von einzelnen Personen mehr als einer Station beschrieben, wurde immer nach Unterschieden zwischen den Stationen hinsichtlich des zu erhebenden Merkmals gefragt, was in allen Fällen verneint wurde. Dementsprechend beziehen sich hier die Ergebnisse immer auf die Kontexte, in denen die Pflegenden gearbeitet haben, also 8 bei den berufserfahrenen Personen und 7 bei den berufsunerfahrenen Personen, da eine berufsunerfahrene Person ausgeschlossen blieb, die berichtete, nicht in einer Normalstation zu arbeiten.

#### **9.4.5.1 Bereichspflege VS Funktionspflege**

Inwiefern die Pflegeorganisation eher verrichtungsorientiert war, wie im Fall der Funktionspflege oder eher patientenorientiert, wie bei der Bereichspflege, könnte die Aufgabenverteilung bzw. -auswahl und dadurch auch die Problementstehung beeinflusst haben. Zwar legten empirische Befunde von BÜSSING und GLASER (1996, 35) nahe, dass die Einführung einer Pflegeorganisation, die sich am Konzept der Bereichspflege orientierte, nicht mit höheren kognitiven Anforderungen verbunden war. Allerdings wurden hier Zweifel geäußert, ob nicht zumindest teilweise am alten, funktionsorientierten System festgehalten wurde (vgl. Kapitel 5.4). Da die Diskussion um die Veränderung der Pflegeorganisation hin zu einer Stärkung der Bereichspflege bereits in den 1990er Jahren intensiv geführt wurde, und der Begriff der Funktionspflege häufig mit einer negativen Konnotation verbunden ist, wurde angenommen, dass sich die Bereichspflege inzwischen als dominierende Form der Pflegeorganisation etabliert haben dürfte.

Wie die folgende Tabelle zeigt, berichteten die befragten Pflegepersonen jedoch sowohl von Stationen, in denen Bereichspflege als auch von Stationen, in denen diverse Mischformen zwischen Bereichs- und Funktionspflege praktiziert wurden:

**Tabelle 35: Klassifikation der Pflegeorganisation**

<b>Bereichspflege/Funktionspflege</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Reine Bereichspflege	Jede Pflegeperson übernimmt sämtliche pflegerischen Aufgaben bei den ihr zugeteilten Patienten.	B8: „Du hast eigentlich keine Ahnung, wenn du in einem anderen Bereich arbeitest, wie die Patienten heißen. Ich finde es schon fast schwierig, weil wenn



<b>Bereichspflege/Funktionspflege</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
		du an das Telefon gehst und die sagen irgendwelche Patientennamen und du denkst dir: ‚Was, das habe ich noch nie gehört.‘ So auf die Art. Aber ja, Bereichspflege."
Bereichspflege mit funktionspflegerischen Anteilen	Zwar ist die Bereichspflege die vorherrschende Form der Pflegeorganisation, jedoch gibt es auch Aufgaben, die unabhängig von einer Zuteilung bestimmter Patienten ausgeführt werden, z.B. Blutdruckmessen auf der gesamten Abteilung.	B10: „Genau. Funktionspflege kann vorkommen, wenn gefordert wird, dass sehr funktionsmäßig gearbeitet werden soll. Beispielsweise wenn jemand krank geworden ist. Es gibt auch manchmal Situationen, dass Funktionspflege tatsächlich auch mal ganz praktisch sein kann, indem man tatsächlich auch mal etwas stur durcharbeitet."
Ausgebildete Pflegepersonen praktizieren überwiegend Bereichspflege, Auszubildende praktizieren überwiegend Funktionspflege	Zwar ist die Bereichspflege die vorherrschende Form der Pflegeorganisation, jedoch gibt es auch Aufgaben, die unabhängig von einer Zuteilung bestimmter Patienten ausgeführt werden, z.B. Blutdruckmessen auf der gesamten Abteilung. Typischerweise werden diese Aufgaben von Auszubildenden übernommen.	B1: „Eigentlich ist es so, dass die ausgelernen Schwestern dann wirklich die Bereichspflege durchführen, allerdings die Praktikanten oder Schüler, wenn man es genau nimmt, eigentlich Funktionspflege betreiben, weil die dann nur fürs Waschen zuständig sind oder nur fürs Blutdruck messen."
Bereichspflege, nur Sitzwache praktiziert Funktionspflege.	Zwar ist die Bereichspflege die vorherrschende Form der Pflegeorganisation, jedoch gibt es auch Aufgaben, die unabhängig von einer Zuteilung bestimmter Patienten ausgeführt werden, z.B. Blutdruckmessen auf der gesamten Abteilung. Typischerweise werden diese Aufgaben von Sitzwachen übernommen.	B11: „Dann macht jeder seinen Bereich und die Sitzwache macht Blutdruckkontrolle."

Die folgende Tabelle zeigt, wie häufig berufserfahrene und berufsunerfahrene Pflegepersonen von Bereichspflege bzw. von den oben aufgeführten Mischformen zwischen Bereichs- und Funktionspflege berichteten.

Tabelle 36: Pflegeorganisation nach Berufserfahrung

<b>Bereichspflege/Funktionspflege</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Reine Bereichspflege	3	5

Bereichspflege mit funktionspflegerischen Anteilen	1	2
Ausgebildete Pflegepersonen praktizieren überwiegend Bereichspflege, Auszubildende praktizieren überwiegend Funktionspflege	3	0
Bereichspflege, nur Sitzwache praktiziert Funktionspflege	0	1
<b>Summe (siehe Hinweise zu Beginn des Kapitel 9.4.5)</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass keine der befragten Pflegepersonen angab, in Stationen mit einer funktionspflegerisch geprägten Pflegeorganisation zu arbeiten. Stattdessen wurde entweder von Bereichspflege oder von Mischformen zwischen Funktions- und Bereichspflege berichtet. Die häufigere Beachtung der Tätigkeiten von Auszubildenden bei den berufs-unerfahrenen Personen könnte dadurch erklärt werden, dass diese teilweise von Situationen aus ihrer Ausbildung berichteten bzw. die Ausbildung noch nicht so lange zurücklag und sie daher die Aufgabenverteilung aus einer anderen Perspektive betrachteten.

#### **9.4.5.2 Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal**

Im nächsten Schritt wurde betrachtet, inwiefern in den Stationen, in denen die befragten Pflegenden tätig waren, eindeutig war, welche Tätigkeiten in den Zuständigkeitsbereich des ärztlichen bzw. des pflegerischen Personals fielen. Dies wurde untersucht, da angenommen wurde, dass eine unscharfe Definition der interprofessionellen Aufgabenverteilung zu Aufgaben mit unklarer Zuständigkeit führt, was wiederum zur Folge hat, dass Annahmen über den eigenen Tätigkeitsspielraum getroffen werden müssen, was die Komplexität von Arbeitsaufgaben erhöht. Von einer unklaren Rollenverteilung zwischen pflegerischem sowie ärztlichem Personal gehen beispielsweise BOLLINGER, GERLACH und GREWE (2006, 76) aus (vgl. Kapitel 3.2.1).

Die Ergebnisse der Interviewstudie werden in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

**Tabelle 37: Kategorisierung der Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal**

<b>Aufgabenteilung ärztliches und pflegerisches Personal</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Aufgabenteilung zwischen Pflege und ärztlichem Personal ist eindeutig geregelt.	Es ist eindeutig, welche Aufgaben durch das ärztliche und welche durch das pflegerische Personal durchgeführt werden. Das pflegerische Personal weiß, dass es ärztlich delegierte Aufgaben auch ausführen darf.	B15: „Wir haben ziemlich klare Regeln, was die Ärzte machen und was wir machen.“

<b>Aufgabenteilung ärztliches und pflegerisches Personal</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Pflege übernimmt keine ärztlichen Aufgaben.	Es ist eindeutig, welche Aufgaben durch das ärztliche und welche durch das pflegerische Personal durchgeführt werden. Eine Delegation ärztlicher Aufgaben an das pflegerische Personal findet nicht statt.	B11: „Also viel Arzttätigkeit machen wir hier gar nicht mit.“
Pflege übernimmt ärztliche Aufgaben, auch wenn dies nicht rechtens ist.	Es werden Aufgaben durch das ärztliche Personal an das pflegerische Personal delegiert, bei dem letzteres annimmt, dass es die Aufgaben aus rechtlicher Sicht nicht durchführen dürfte.	B2: „Ja, also ich denke mal es waren sehr viele Vac-Pumpen im Einsatz, das ist wahrlich nicht die Aufgabe der Pflegekraft, die zum Laufen zu bringen. Dann sowieso alles mit Infusionen, dann was ich mitbekommen habe, bei einer Bluttransfusion, bei der eigentlich der Arzt dableiben muss, der das an eine Pflegekraft weitergegeben hat. Das sind so die ganz typischen Sachen, die normal Arztsache sind und die weitergegeben werden.“
Pflege übernimmt ärztliche Aufgaben, ist jedoch unsicher, ob dies rechtens ist.	Es werden Aufgaben durch das ärztliche Personal an das pflegerische Personal delegiert, bei dem sich letzteres unsicher ist, ob es die Aufgaben aus rechtlicher Sicht durchführen darf.	B1: „Das ist schwierig zu sagen, weil man nie weiß was offiziell nur ärztlich ist und was nur pflegerisch.“

Die nächste Tabelle zeigt, wie häufig die oben beschriebenen Gegebenheiten von unerfahrenen und erfahrenen Pflegepersonen geäußert wurden:

**Tabelle 38: Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal nach Berufserfahrung**

<b>Aufgabenverteilung ärztliches / pflegerisches Personal</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Aufgabenteilung zwischen Pflege und ärztlichem Personal ist eindeutig geregelt.	2	4
Pflege übernimmt keine ärztlichen Aufgaben.	1	3
Pflege übernimmt ärztliche Aufgaben, auch wenn nicht rechtens.	3	1
Pflege übernimmt ärztliche Aufgaben, ist unsicher, ob rechtens.	1	0
<b>Summe</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

Es drängt sich der Eindruck auf, dass sich berufsunerfahrene Pflegepersonen unsicherer waren, inwiefern Aufgaben, die von ärztlicher Seite an Pflegende delegiert wurden, von ihnen aus rechtlicher Sicht auch durchgeführt werden dürfen. So schilderten die berufserfahrenen Pflegepersonen mit nur einer Ausnahme (1 von 8 Personen), dass es entweder eine eindeutige Aufteilung pflegerischer und ärztlicher Aufgaben in den betroffenen Abteilungen gab (4 von 8 Personen) oder dass in diesen Abteilungen keine ärztlichen Aufgaben durch pflegerisches Personen übernommen worden wären (3 von 8 Personen). Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass die befragten berufserfahrenen Personen sich aufgrund ihrer Erfahrungswerte sicherer bei der Einschätzung ihres Tätigkeitsbereichs waren. Alternativ könnte es jedoch auch so sein, dass die berufsunerfahrenen Personen aufgrund ihrer erst kürzlich zurückliegenden Ausbildung sensibler gegenüber rechtlichen Grenzen ihres Handelns waren. Zu beachten ist gerade bei dieser Frage, die faktisch auch darauf gerichtet war, ob rechtliche Vorgaben berücksichtigt werden oder nicht, dass möglicherweise auch sozial erwünschte Antworten gegeben wurden und eventuell mehr Personen die widerrechtliche Übernahme ärztlicher Aufgaben durch die Pflege beobachtet haben. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

#### **9.4.5.3 Aufteilung von Aufgaben zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen**

In Kapitel 9.4.1.1 wurde bereits die Vermutung geäußert, dass berufserfahrene Personen möglicherweise mit komplexeren Aufgaben betraut sind als berufsunerfahrene Personen. Dies wäre ein Erklärungsansatz für entsprechende Unterschiede bei den Arbeitsaufträgen, die zu Problemen geführt haben (ebd.). Die folgende Tabelle fasst die Ergebnisse diesbezüglich zusammen:

**Tabelle 39: Klassifikation der Aufteilung von Aufgaben zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen**

<b>Aufgabenteilung berufserfahrene/berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Operationalisierungshinweis</b>	<b>Ankerbeispiel</b>
Gleiche Aufgaben	Berufserfahrene Pflegepersonen führen die gleichen Aufgaben durch wie berufsunerfahrene Pflegepersonen.	B2: „Also, da im Team war es so, das war sehr ausgewogen, da hat wirklich jeder alles gemacht. Und selbst sogar der Capo (Anmerkung JK: Die Stationsleitung) von oben hat einmal eine Windel gewechselt.“
Es gibt Aufgaben, die eher von berufserfahrenen Pflegepersonen übernommen werden.	Es gibt Aufgaben, die eher von berufserfahrenen Pflegepersonen übernommen werden als von berufsunerfahrenen Pflegepersonen.	B9: „Zum Beispiel, wenn man jemand von der Intensivstation übernimmt, auch wenn das der Bereich von der nicht so erfahrenen Pflegekraft ist oder

**Aufgabenteilung berufserfahrene/berufsunerfahrene Pflegepersonen**

**Operationalisierungshinweis**

**Ankerbeispiel**

		sowas, dann - das heißt nicht, dass man das ganz übernimmt, aber dann unterstützt man die Person halt, indem man halt ihr da ein bisschen hilft oder so was, weil das am Anfang schon sehr überfordernd ist, muss man wirklich sagen."
Die Qualifikation/Position ist ausschlaggebend für unterschiedliche Aufgaben.	Berufserfahrene Pflegepersonen führen grundsätzlich die gleichen Aufgaben durch, wie berufsunerfahrene Pflegepersonen. Es existieren aber Aufgaben, die eher von Pflegenden ausgeführt werden, die über eine bestimmte, über die grundständige Berufsausbildung hinausgehende, Qualifikation verfügen oder die eine bestimmte berufliche Position (z.B. Leitungsfunktion) innehaben.	B1: „Also die, die natürlich eine Weiterbildung haben. Zum Beispiel Wundmanager, Stationsleitung oder Praxisanleitung. Die haben natürlich eine andere Aufgabe als normale Pflegekraft, allerdings muss es nicht unbedingt sein, dass es sehr erfahrene sind."

Die nächste Tabelle gibt wieder, wie häufig, diese Variationen der Aufgabenteilung durch berufserfahrene und durch berufsunerfahrene Pflegepersonen jeweils geschildert wurden.

**Tabelle 40: Aufteilung von Aufgaben zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen**

<b>Aufgabenteilung berufserfahrene/berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufsunerfahrene Pflegepersonen</b>	<b>Berufserfahrene Pflegepersonen</b>
Gleiche Aufgaben	5	5
Es gibt Aufgaben, die eher von berufserfahrenen Pflegepersonen übernommen werden.	1	3
Qualifikation/Position ist ausschlaggebend für unterschiedliche Aufgaben.	1	0
<b>Summe</b>	<b>7</b>	<b>8</b>

Eine Mehrheit der berufserfahrenen (5 von 8) und der berufsunerfahrenen Pflegepersonen (5 von 7) äußerten, dass berufserfahrene und berufsunerfahrene Pflegepersonen jeweils die gleichen Aufgaben ausführten. Somit wird vermutet, dass die Annahme, die Berufserfahrung von

Pflegenden würde das Tätigkeitsspektrum beeinflussen, unzutreffend sein könnte. Eine Erklärung könnte sein, dass zwar die Art der übernommenen Aufgaben unabhängig von der Berufserfahrung sein könnte, nicht aber deren Komplexität. Damit ist gemeint, dass beispielsweise in bestimmten Stationen Verbandswechsel zwar unabhängig von der Berufserfahrung vorgenommen werden müssen, aber etwa besonders komplizierte Verbandswechsel trotzdem tendenziell von erfahreneren Pflegepersonen durchgeführt werden.

#### ***9.4.5.4 Zwischenzusammenfassung: Kontextuelle Rahmenbedingungen/Arbeitsorganisation***

In den letzten Kapiteln wurden die Ergebnisse hinsichtlich der kontextuellen Rahmenbedingungen dargestellt, in denen die befragten Pflegepersonen arbeiteten. Hintergrund war die Annahme, dass kontextuelle Rahmenbedingungen, in die konkrete Pflegesituationen eingebettet sind, über ihre Wirkung auf verschiedene situationale Komponenten die Komplexität pflegerischer Aufgaben aus Sicht Pflegenden beeinflussen (siehe auch Kapitel 5.4). Somit liefert Kapitel 9.4.5 zusätzliche Erklärungsansätze für die Entstehung von Problemen, für damit einhergehende Lerneffekte und dadurch auch für die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden.

Es wurde festgestellt, dass die Pflegeorganisation überwiegend patientenzentriert ausgerichtet war, dass also tendenziell eine Pflegeperson für die gesamte Planung, Durchführung und Dokumentation der Pflege einer oder mehrerer Patienten zuständig war, wobei gerade hinsichtlich der Aufgaben von Auszubildenden teilweise von funktionszentrierter Arbeitsverteilung berichtet wurde. Damit ist in diesem Fall beispielsweise gemeint, dass Auszubildende den Arbeitsauftrag erhalten, in der gesamten Station Blutdruck zu messen, auch wenn die entsprechenden Patienten nicht in deren „Zuständigkeitsbereich“ fallen. Eine patientenzentrierte Pflegeorganisation begünstigt somit eine höhere Aufgabenkomplexität aufgrund des größeren Spektrums an durchzuführenden (Teil-)Tätigkeiten, aber auch für eine höhere Anzahl an Lerngelegenheiten. Ferner ergab sich ein gemischtes Bild, inwiefern auch Aufgaben durchgeführt wurden, die eher in den ärztlichen Aufgabenbereich fielen. So wurde teilweise von einer klaren Aufgabentrennung berichtet, teilweise aber auch davon, dass auch solche Aufgaben durchgeführt wurden, die eigentlich das Hinzuziehen ärztlichen Personals erfordert hätten. Dies wurde so gedeutet, dass teilweise Unsicherheiten über den eigenen Tätigkeitsspielraum bestanden. Ferner wurde überwiegend berichtet, dass der Umfang der Berufserfahrung keine wesentliche Rolle spielte, welche Aufgaben übernommen wurden. Dies widerspricht einerseits der Vermutung aus Kapitel 9.4.1.1, es gäbe Aufgaben, die tendenziell nur mit einer bestimmten Berufserfahrung

ausgeführt werden. Allerdings könnte es auch sein, dass zwar die Art der übernommenen Aufgaben mit wachsender Berufserfahrung gleich blieb, jedoch die Komplexität der einzelnen Aufgaben variierte.

## 9.5 Bewertung der Aussagekraft der Interviews zur Konstruktion eines quantitativen Fragebogens

Ziel der Interviewstudie war die Erarbeitung einer empirischen Grundlage für die Entwicklung eines Fragebogens zur Gewinnung quantitativer Daten, da dazu solche Items formuliert werden mussten, die aus Sicht der Pflegenden eindeutig zu beantworten waren und gleichzeitig möglichst relevante Merkmale des Untersuchungsgegenstands erfassten (KALLUS 2010, 14f.). Dies bedeutet, dass solche Merkmale identifiziert werden, die eine besondere Häufigkeit oder Intensität für die Befragten aufweisen. Zunächst wird in diesem Kapitel daher die Qualität der Ergebnisse anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien untersucht (Kapitel 9.5.1). Darüber hinaus wurde zu Validierungszwecken eine weitere Expertenbefragung durchgeführt, deren Anlage und Ergebnisse in Kapitel 9.5.2 dargestellt werden.

### 9.5.1 Überprüfung der Qualität anhand inhaltsanalytischer Gütekriterien

Während einschlägige Lehrbücher in der Regel empfehlen, die Gütekriterien Objektivität, Validität und Reliabilität an sämtliche quantitative Erhebungsinstrumente anzulegen (z.B. SEEL & HANKE 2014, 836), ist die Antwort auf die Frage, welche Gütekriterien qualitativ ausgerichtete Studien erfüllen sollen, umstritten. So existieren gegenwärtig mehrere Kriterienkataloge zu Gütekriterien qualitativer Forschung nebeneinander – ohne dass sich jedoch Kernkriterien herauskristallisiert hätten, über die ein breiter Konsens besteht (DÖRING & BORTZ 2016, 107). MAYRING (2010, 126) greift auf eine Systematik von KRIPPENDORF (1980) zu Gütekriterien von Inhaltsanalysen zurück:

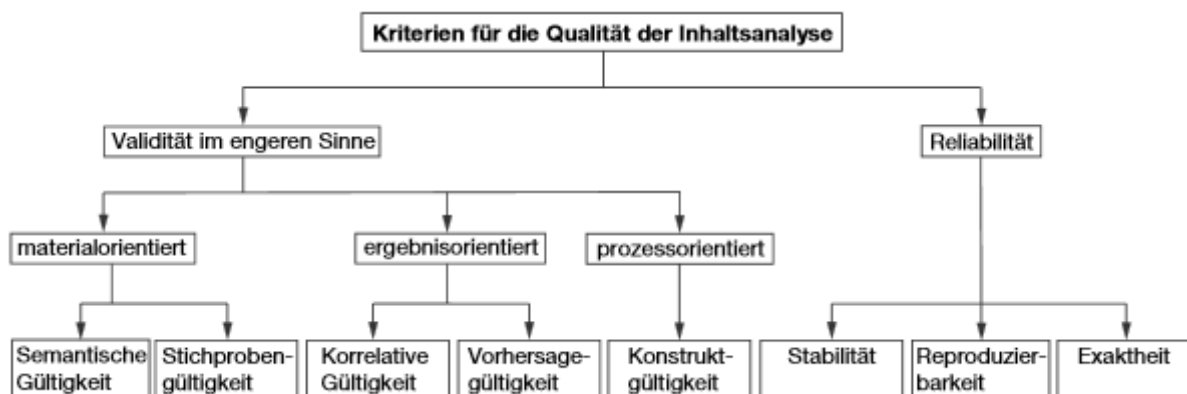


Abbildung 8: Inhaltsanalytische Gütekriterien (KRIPPENDORF 1980, zitiert nach MAYRING 2010, 126)

Dabei bezieht sich die semantische Gültigkeit auf die Bedeutungsrekonstruktion des Materials. Zur Überprüfung dieses Kriteriums wurden nochmals alle Textstellen gesammelt, denen eine Bedeutung zugemessen wurde und diese auf ihre Homogenität hin überprüft (MAYRING 2010, 126). „Homogenität“ wurde hier so verstanden, dass die Textstellen durchgehend den Operationalisierungshinweisen der jeweils definierten Kategorien genügten. Dies war überwiegend der Fall, auch wenn hier berücksichtigt werden muss, dass einige befragte Personen sich detaillierter und andere Personen sich weniger detailliert zu einzelnen Aspekten äußerten. Davon abgesehen wurde dieses Kriterium als erfüllt angesehen. Um eine angemessene Ziehung der Stichproben zu gewährleisten und somit dem Kriterium der Stichprobengültigkeit zu genügen, wurden bei der Planung der Interviewstudie umfangreiche Vorüberlegungen angestellt, die nicht nur das Studium einschlägiger Methodenliteratur, sondern auch das Treffen theoretisch begründeter Annahmen über die zu befragenden Personen umfassten (vgl. Kapitel 9.4.3.1). Unter der korrelativen Gültigkeit wird die Validierung anhand eines „Außenkriteriums“ im Sinne bereits bestehender Befunde verstanden (MAYRING 2010, 126). Dies erfolgte in der Diskussion der Ergebnisse der Interviews, da diese mit entsprechenden Vorbefunden verglichen wurden. Daher wird dieses Kriterium als erfüllt angesehen.

Das Kriterium Vorhersagegültigkeit kann laut MAYRING (ebd., 127) nur herangezogen werden, wenn aus den Befunden Prognosen abgeleitet und diese dann validiert werden können. Das ist gegenwärtig nicht der Fall, da hier weitere Befunde erhoben und angelegt werden müssten. Allerdings wird dies hier nicht als zentrales Gütekriterium angesehen, da die Interviewstudie das Ziel hatte, einen gegenwärtigen Ausschnitt der beruflichen Praxis Pflegender zu erheben und nicht, künftige Prognosen zu treffen. Das Kriterium der Konstruktvalidität wird von MAYRING (ebd., 120) nicht im engeren Sinne definiert, sondern nur folgende Vorschläge zur Überprüfung aufgelistet, ohne auf diese näher einzugehen:

- bisherige Erfolge mit ähnlichen Konstrukten und/oder Situationen;
- Erfahrungen mit dem Kontext des vorliegenden Materials;
- etablierte Theorien und Modelle;
- repräsentative Interpretationen und Experten.

Präziser werden DÖRING und BORTZ (2016, 95), die Konstruktvalidität folgendermaßen beschreiben: „Die im Zusammenhang mit dem Forschungsproblem interessierenden theoretischen Konstrukte bzw. Konzepte müssen anhand des Forschungsstandes und der theoretischen Hintergründe möglichst exakt definiert sein.“ Diese Definition entspringt allerdings dem Kontext



quantitativer Messungen. Es würde also schwerpunktmäßig um die Passung zwischen zu messendem Konstrukt und der Gestaltung des Messinstruments gehen. Übertragen auf die vorliegende Arbeit sei hier auf die Begründung des methodischen Vorgehens sowie auf die Aufarbeitung des Forschungsstands verwiesen, womit auch dieses Kriterium als erfüllt angesehen wird.

Auf eine kommunikative Validierung, also auf den Abgleich der Ergebnisse mit den befragten Personen (MAYRING 2010, 120), wurde aufgrund der Erfahrungen mit der Stichprobengewinnung verzichtet, denn es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass sich dadurch Verzerrungen aufgrund sozialer Erwünschtheit bzw. Unerwünschtheit bestimmter Inhalte ergeben könnten. So wurde es beispielsweise für möglich gehalten, dass Aussagen zur Durchführung von Aufgaben durch Pflegende, die eigentlich in den Bereich des ärztlichen Personals fallen, wieder zurückgezogen werden könnten. Die unscharf abgegrenzten Kriterien der Stabilität sowie der Reproduzierbarkeit beziehen sich darauf, inwiefern sich die Befunde bei dem gleichen Kategoriensystem reproduzieren lassen – so empfiehlt MAYRING (ebd.) zur Überprüfung beider Merkmale die Bestimmung der Interraterreliabilität. Dazu wurde das Kategoriensystem inklusive der Operationalisierungshinweise einer studentischen Hilfskraft übergeben, die das Interviewmaterial auf dieser Grundlage erneut auswertete. Im Anschluss wurde das Interreliabilitätsmaß „Cohens Kappa“ (WIRTZ & CASPAR 2002, 56ff.) berechnet. Tabelle 40 zeigt die Ergebnisse.

**Tabelle 41: Interraterreliabilitäten bei der Interviewstudie**

<b>Kategorie</b>	<b>Cohen's Kappa</b>
<b>Problementstehung</b>	
Problemauslösende Aufgabe	.89
Auftragsübermittlung/-festlegung	.60
Emotionales Empfinden	.76
Emotionsregulation	.88
<b>Konkretisierung des Informationsbedarfs</b>	
Zeitpunkt des Informationsbedarfs	.55
Grund für die Beschaffung von Informationen zur Problemlösung	.82
Art der erfragten/nachgelesenen Informationen	.83
<b>Auswahl der befragten Personen/gelesenen Quellen</b>	
Befragte Personen/gelesene Quellen	.89
Gründe für die Auswahl der befragten Personen/gelesenen Quellen	.37
Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Information	.60
<b>Kontextuelle Rahmenbedingungen / Arbeitsorganisation</b>	
Pflegeorganisation	.76
Aufgabenteilung zwischen ärztl. Personal und Pflege	.44

Aufgabenteilung zwischen erfahrenen und berufsunerfahrenen Pflegenden 1.00

MÜLLER (2011, 275) verweist in ihrem Handbuch zur Statistik in der Pflege auf folgenden Vorschlag zur Beurteilung von Cohen's Kappa nach LAUDIS & KOCH (1977, 165):

**Tabelle 42: Interpretation von Cohen's Kappa nach LAUDIS & KOCH (1977, 165). Darstellung zitiert nach MÜLLER (2011, 275)**

Wert von Cohen's Kappa	Bedeutung
0.00-0.20	Armselig (poor)
0.21-0.40	Mäßig (fair)
0.41-0.60	Mittel (moderate)
0.61-0.80	Substantiell, groß (substantial)
0.81-1.00	Sehr groß (almost perfect)

Die errechneten Kappas deuten auf zufriedenstellende Interraterübereinstimmungen hin, mit Ausnahme der Gründe für die Auswahl der befragten Personen/der gelesenen Quellen. Die Übereinstimmung ist als mäßig (fair) zu betrachten. Als mögliche Ursache dafür wurde vermutet, dass einige Aussagen der befragten Personen nicht eindeutig einer Kategorie zuzuordnen waren. Analoge Annahmen können auch für das vergleichsweise niedrige Kappa bezüglich der Aufteilung zwischen ärztlichen und pflegerischen Aufgaben getroffen werden.

Als Ergebnis des Kapitels 9.5.1 wurde aufgrund der vorangegangenen Ausführungen festgestellt, dass die durchgeführte Interviewstudie keine der hinzugezogenen Gütekriterien entscheidend verletzt. Die mäßige Interraterreliabilität hinsichtlich der Gründe für die Auswahl befragter Personen bzw. gelesener Personen ist an der Stelle zwar kritisch zu betrachten, jedoch erschien es vor dem Hintergrund der Erfüllung sämtlicher weiterer Gütekriterien nicht erforderlich, eine weitere Befragung zu konzipieren und durchzuführen.

### **9.5.2 Expertenbefragung zur Validierung**

Ziel des qualitativen Vorgehens war es, den zu untersuchenden Merkmalsbereich weiter zu präzisieren (KALLUS 2010, 28ff.), um häufige sowie intensive Merkmalsausprägungen zu erfassen (JONKISZ, MOOSBRUGGER & BRANDT 2012, 36f.). Dazu wurden in einer Interviewstudie berufsunerfahrene sowie berufserfahrene Pflegepersonen nach Problemen gefragt, die sie erlebt und durch das Hinzuziehen von Informationen bewältigt haben. Dementsprechend wurden spezifische, subjektiv wahrgenommene Probleme geschildert, die in den einzelnen Krankenhausstationen erlebt wurden, in denen die Befragten jeweils beschäftigt waren. Für die Konstruktion

eines Fragebogens zur Erhebung quantitativer Daten zum Einsatz in verschiedenen Krankenhausstationen war es nun wichtig herauszufinden, ob die erfassten Probleme auch stationsübergreifend als häufig und relevant angesehen wurden. Daher wurden im nächsten Schritt „systematisierende Experteninterviews“ (BOGNER & MENZ 2002, 37f.) mit Personen durchgeführt, denen zugeschrieben wurde, dass sie entsprechende Einschätzungen treffen können. Laut der Problemdefinition der vorliegenden Arbeit entstehen Probleme subjektiv, also aus der Sicht von Pflegenden, wenn diese eine Aufgabe bewältigen möchten, aber den Lösungsweg nicht kennen (vgl. Kapitel 4.2.3.2). Die Befragten, die hier im Rahmen der systematisierenden Experteninterviews befragt wurden, wurden so ausgewählt, dass aufgrund ihrer beruflichen Situation und Biographie davon auszugehen war, dass sie von Pflegenden aus verschiedenen Bereichen erfahren, welche Aufgaben diese als Problem wahrnehmen. Somit können sie, so die Annahme, Aussagen über die stationsübergreifende Häufigkeit und Relevanz der entsprechenden Probleme treffen. Ferner wurden die Befragten danach ausgewählt, dass sie sich mit technologischen und organisationalen Entwicklungen der Pflege beschäftigen und somit Einschätzungen zur künftigen Relevanz pflegerischer Aufgaben treffen können.

**Tabelle 43: Teilnehmerübersicht bei der Expertenbefragung zur Validierung der Interviewstudie**

<b>Nr.</b>	<b>Berufliche Position</b>	<b>Grund für Auswahl</b>
1	Hochschullehrer/in	Hat für eine Krankenhausleitung gearbeitet und forscht pflegewissenschaftlich. Darüber hinaus befasst sie/er sich mit technologischen Entwicklungen im Bereich der Pflege. Aus diesen Gründen wurde angenommen, dass sie/er Einschätzungen hinsichtlich der gegenwärtigen sowie der zukünftigen Häufigkeit pflegerischer Handlungen treffen kann.
2	Leitung einer Stabsstelle für Informatik in der Pflege an einer Klinik in der Schweiz	Aufgrund der intensiven Beschäftigung mit aktuellen und künftigen Einsatzmöglichkeiten von Technologie in der Pflege, die eine Verfolgung von Trends und Entwicklungen in der Pflege beinhaltet, wurde angenommen, dass diese Person insbesondere Einschätzungen zu künftigen Häufigkeiten pflegerischer Aufgaben machen kann.
3	Leitung der zentralen Praxisanleitung einer Klinik	Es wurde angenommen, dass die Person aufgrund verschiedener Anfragen aus unterschiedlichen klinischen Abteilungen eine Einschätzung über die Häufigkeit pflegerischer Tätigkeiten, aber auch über Folgen einer falschen Ausführung sowie über künftige Entwicklungen treffen kann.
4	Hochschullehrer/in	Führt Forschungsprojekte zu Entwicklungen der Pflege in unterschiedlichen Settings durch und ist darüber hinaus auch berufspolitisch aktiv. Es wurde daher angenommen, dass diese Person insbesondere Aussagen über die gegenwärtige sowie künftige Häufigkeit pflegerischer Tätigkeit treffen kann.
5	Pflegeperson ohne Leitungsfunktion	Hat in fachlich unterschiedlichen Krankenhausabteilungen in verschiedenen Häusern gearbeitet. Der Person wurde daher insbesondere zugeschrieben, Folgen bei fehlerhafter Ausführung pflegerischer Tätigkeiten bewerten zu können.

<b>Nr.</b>	<b>Berufliche Position</b>	<b>Grund für Auswahl</b>
6	Pflegeperson mit Leitungsfunktion	Es wurde angenommen, dass diese Person aufgrund ihrer Leitungsfunktion und ihres regelmäßigen Austauschs mit anderen leitenden Pflegenden einen besonderen Überblick hinsichtlich der gegenwärtigen Häufigkeit unterschiedlicher pflegerischer Aufgaben besitzt.

Konkret wurden die ausgewählten Personen befragt, ob die problemauslösenden Aufgaben, die in der Interviewstudie identifiziert wurden (Kapitel 9.4.1):

- ...zum Zeitpunkt der Befragung (2016) häufig in der stationären Krankenpflege auftreten.
- ...in 10 Jahren häufiger oder seltener als jetzt in der stationären Krankenpflege auftreten werden.
- ...bei falscher Ausführung zu gravierenden Konsequenzen bei pflegebedürftigen Personen führen können.

Die konkrete Formulierung der jeweiligen Fragen zu den problemauslösenden Aufgaben zur Erstellung eines Interviewleitfadens richtete sich an den Ergebnissen der Interviewstudie aus, jedoch wurde in drei Fällen davon abgewichen:

Statt nach Häufigkeit etc. der „sonstigen speziellen Pflege (Katheterisierung/Absaugen)“ zu fragen, wurden Fragen zur Häufigkeit etc. von Katheterisierung sowie des Absaugens von Tracheostomas getrennt voneinander gestellt. Hintergrund war, dass es für möglich gehalten wurde, dass z.B. Absaugen als Tätigkeit mit wachsender Häufigkeit eingeschätzt wird, Katheterisierung aber nicht. Aus dem gleichen Grund wurde auch nicht nur nach fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen gefragt, sondern zusätzlich spezifisch nach der Dosis sowie der Verabreichung von Medikamenten. Ferner wurde nicht nach „zwischenmenschlichen Konflikten“, sondern explizit nach Konflikten zwischen dem ärztlichen Personal und Angehörigen von Patienten gefragt, da dies so in den Interviews geschildert wurde.

Die Auswertung der Befunde erfolgte nach einer Frequenzanalyse im Sinne von MAYRING (2010, 15). Die Ergebnisse finden sich in Tabelle 43.

Tabelle 44: Ergebnisse der Befragung zur Validierung der Interviewstudie

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Wichtigkeit (Folgen bei falscher Ausführung)</b>	<b>Häufigkeit (aktuell, 2016)</b>	<b>Entwicklung in 10 Jahren</b>	<b>Unterschiede Innere Medizin/Chirurgie</b>
Verbandswechsel	Technisch/hygienisch korrekte Ausführung erforderlich, da sonst Infektionsgefahr für Patienten besteht (6 von 6)	Häufig (2 von 6)  Häufigkeit hängt von Station ab (2 von 6)  Häufigkeit hängt von Station ab, wird teilweise eher durch Ärzte ausgeführt (2 von 6)	Bedeutung wird steigen, da Verbandsmaterial ein wichtiger Kostenfaktor ist (1 von 6)  Bedeutung bleibt gleich, auch wenn neue Verbände/neue Geräte entwickelt werden (2 von 6)  Unklare Entwicklung, da einerseits mehr Patienten mit Wunden erwartet werden, andererseits von mehr „Outsourcing“ von Verbandswechseln ausgegangen wird (2 von 6)  Abnehmende Bedeutung aufgrund zunehmender Übernahme durch ärztliches oder anderes Personal (2 von 6)	In der Chirurgie fallen häufiger Verbände an als in der Inneren Medizin (2 von 6)  In der Chirurgie fallen zwar häufiger Verbände an, als in der Inneren Medizin, diese werden jedoch weniger von der Pflege sondern eher durch das ärztliche Personal versorgt (2 von 6)  Kein Unterschied (2 von 6)
Bedienung medizinischer Geräte	Wichtig, da sonst tödliche Folgen möglich sind, z.B. bei der Gabe von Medikamenten oder im Fall von Aspirationspneumonien bei PEGs (6 von 6)	Häufige Aufgabe (3 von 6)  Häufig ist der Umgang mit Infusomaten und PEGs, andere Geräte sind selten oder stationsabhängig (2 von 6)  Auf Normalstationen nicht so häufig, eher häufig auf Intensivstationen oder in der	Wird insgesamt häufiger (5 von 6)  Wird in einigen Fachabteilungen häufiger (1 von 6)	Keine Unterschiede (4 von 6)  In der Chirurgie sind Vakuumpumpen häufiger (1 von 6)  In der Chirurgie geringerer Einsatz med. Geräte (1 von 6)

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Wichtigkeit (Folgen bei falscher Ausführung)</b>	<b>Häufigkeit (aktuell, 2016)</b>	<b>Entwicklung in 10 Jahren</b>	<b>Unterschiede Innere Medizin/Chirurgie</b>
		Frührehabilitation (1 von 6)		
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	Wichtig, da sonst Patientengefährdung droht. Pflege ist Kontrollinstanz/hat Durchführungsverantwortung (5 von 6)  Wichtig im Hinblick auf Folgen für Patienten, aber eigentlich keine pflegerische Aufgabe (1 von 6)	Häufig (5 von 6)  Selten aufgrund ärztlicher Professionalität (1 von 6)	Wird aufgrund jüngerer Ärzte sowie aufgrund von Zeitmangel häufiger (3 von 6)  Eventuell künftig Unterstützung durch pharmazeutisch vorgebildete Spezialisten (1 von 6)  Künftig Einsatz elektronischer Kontrollsysteme (1 von 6)  Wird künftig verstärkt diskutiert (1 von 6)	Häufiger in der Chirurgie, da sich Chirurgen weniger genau mit Medikamenten befassen als Internisten (3 von 6)  Kann keine Einschätzung machen (2 von 6)  Häufiger in der Inneren Medizin, da es in der Chirurgie weniger ärztliche Anordnungen an die Pflege gibt (1 von 6)
Legen/Versorgen eines Blasenkateters	Wichtig, da sonst Verletzungen/Infektionen bei Patienten auftreten können (4 von 6)  Wichtig, weil erkannt werden muss, wann ein Katheter indiziert ist (2 von 6)	Häufige Aufgabe (4 von 6)  Kommt vor, es gibt aber häufigere Aufgaben (1 von 6)  Selten, da es von der Pflege häufig an ärztliches Personal abgegeben wird (1 von 6)	Wird aufgrund der Entwicklung der Patientenstruktur häufiger (2 von 6)  Bleibt gleich (1 von 6)  Wird seltener, da die Pflege das Legen/Versorgen von Blasenkatetern zunehmend abgeben wird (1 von 6)  Wird seltener, da das Legen von Kathetern zunehmend vermieden wird (1 von 6)  Kann keine Einschätzung machen (1 von 6)	Häufiger in der Chirurgie aufgrund postoperativer Versorgung (2 von 6)  Kein Unterschied (2 von 6)  Kommt wegen der Patientenstruktur häufiger in der Inneren Medizin vor (1 von 6)  Generell seltener in Normalstationen, kommt eher in der Aufnahme oder im OP vor (1 von 6)

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Wichtigkeit (Folgen bei falscher Ausführung)</b>	<b>Häufigkeit (aktuell, 2016)</b>	<b>Entwicklung in 10 Jahren</b>	<b>Unterschiede Innere Medizin/Chirurgie</b>
Absaugen von Tracheostomae	<p>Wichtig, da sonst schwerwiegende bis lebensbedrohliche Komplikationen für Patienten möglich sind (4 von 6)</p> <p>Wichtig und kritisch, da Unsicherheit bei Pflegenden (2 von 6)</p>	<p>Stationsabhängig, vor allem in Intensivstationen sowie in der Neurologie (5 von 6)</p> <p>Sehr selten (1 von 6)</p>	<p>Wird aufgrund der Patientenstruktur sowie der Abrechnung häufiger (2 von 6)</p> <p>Wird häufiger, kann aber keine Gründe nennen (1 von 6)</p> <p>Wird auf Normalstationen aufgrund der Trennung von Normal-/Intensivbehandlung seltener (2 von 6)</p> <p>Wird seltener, da Pflege diese Aufgabe zunehmend an das ärztliche Personal abgibt (1 von 6)</p>	<p>Häufiger in der Chirurgie (2 von 6)</p> <p>Auf Normalstationen generell selten, vor allem im OP und in der Chirurgie (2 von 6)</p> <p>Keine Unterschiede (2 von 6)</p>
Verwaltungsaufgaben	<p>Wichtig ist die Pflegedokumentation aufgrund der Nachvollziehbarkeit des pflegerischen Handelns (4 von 6).</p> <p>Wichtig ist die Pflegedokumentation aufgrund der Nachvollziehbarkeit des pflegerischen Handelns Strittig ist aber, ob andere administrative Aufgaben Teil des pflegerischen Tätigkeitsbereichs sind (2 von 6).</p>	<p>Häufige Aufgabe (5 von 6)</p> <p>Unterschiedlich, teilweise wird die Aufgabe durch Dokumentationsassistenten übernommen (1 von 6)</p>	<p>Wird häufiger – keine weitere Begründung (2 von 6)</p> <p>Wird aufgrund steigender Anforderungen z.B. bzgl. der rechtlichen Absicherung häufiger (1 von 6)</p> <p>Wird aufgrund zunehmender Bedeutung klinischer bzw. pflegerischer Daten häufiger/bedeutsamer</p> <p>Wird aufgrund von Stelleneinsparungen in der Pflege bedeutsamer (1 von 6)</p>	<p>Betrifft alle Bereiche der Pflege (6 von 6)</p>

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Wichtigkeit (Folgen bei falscher Ausführung)</b>	<b>Häufigkeit (aktuell, 2016)</b>	<b>Entwicklung in 10 Jahren</b>	<b>Unterschiede Innere Medizin/Chirurgie</b>
			Wird vielleicht nicht häufiger, die Anforderungen an die Dokumentationsqualität wird jedoch höher (1 von 6)	
Verabreichung/Dosierung von Medikamenten (Anmerkung: Wurde später unter der Kategorie „Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen“ subsumiert)	Geringe Wichtigkeit, da dies keine pflegerische Aufgabe ist (4 von 6)  Kann Schäden beim Patienten verursachen (2 von 6)	Häufige Aufgabe (4 von 6)  Ist selten/die Ausnahme (2 von 6)	Schwer einschätzbar (2 von 6)  Bleibt etwa gleich (2 von 6)  Wird häufiger, da ärztliches Personal direkt nach dem Studium beschäftigt wird (1 von 6)	Keine Unterschiede zwischen verschiedenen Abteilungen (2 von 6)  Eher in chirurgischen Abteilungen, da dort eine geringere ärztlichen Präsenz herrscht (2 von 6)
Vermittlung bei Konflikten zwischen ärztlichem Personal und Angehörigen	Wichtig, da sonst Patienteninteressen nicht vertreten werden, Vertrauensverlust, psychische/gesundheitliche/rechtliche Folgen (3 von 6)  Nicht Aufgabe der Pflege (2 von 6)  Auf der einen Seite wichtig wegen „geringer kommunikativer Kompetenz der Medizin“ auf der anderen Seite keine Aufgabe der Pflege (1 von 6)	Häufige pflegerische Aufgabe (4 von 6)  Kommt vor (1 von 6)  Einzelfälle (1 von 6)	Wird aufgrund zunehmender interdisziplinärer Arbeit häufiger (1 von 6)  Wird häufiger, da die Rolle der Angehörigen wichtiger wird (1 von 6)  Wird häufiger (keine weitere Begründung) 1 von 6)  Wird aufgrund der geringeren Ausbildungszeiten häufiger (1 von 6)  Wird unwichtiger, da die Konfliktlösung an sogenannte „Konfliktmanager“	Keine Unterschiede zwischen unterschiedlichen Abteilungen (5 von 6)  Häufiger in der Chirurgie, da der Fokus eher auf „Handwerklichem“ als auf „Zwischenmenschlichem“ liegt.



<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Wichtigkeit (Folgen bei falscher Ausführung)</b>	<b>Häufigkeit (aktuell, 2016)</b>	<b>Entwicklung in 10 Jahren</b>	<b>Unterschiede Innere Medizin/Chirurgie</b>
			ausgelagert wird (1 von 6)	
Einschätzung der Ressourcen von Patienten	Wichtig, um Ressourcen von Patienten zu erhalten (3 von 6)  Wichtig um Ressourcen von Patienten zu fördern (2 von 6)  Wichtig um Patienten in den Pflegeprozess zu integrieren (1 von 6)	Häufig/Alltäglich (6 von 6)	Wird aufgrund Änderung der Patientenstruktur/Verweildauer häufiger (2 von 6)  Wird wegen der Veränderungen des Tätigkeitsbereichs von Pflegenden häufiger (2 von 6)  Hoffen, dass es häufiger wird bzw. sehen es als notwendig an, dass es häufiger wird (2 von 6)	Kein Unterschied/betrifft Abteilungen gleichermaßen (3 von 6)  Weiß Person nicht/keine Aussage (2 von 6)  Wichtiger in der Chirurgie, da dort weniger Zeit vorhanden ist, als in der Inneren Medizin (1 von 6)
Mobilisation	Wichtig zur Erhaltung/optimalen Nutzung der Fähigkeiten von Patienten (3 von 6)  Wichtig, da sonst Sturzgefahr/Gefährdung von Patienten (2 von 6)	Häufige Aufgabe (6 von 6)	Wird häufiger aufgrund Trend zu schnellerer Entlassung von Patienten/kürzerer Bettruhe (2 von 6)  Wird häufiger aufgrund demographischer Entwicklungen der Patientenstruktur (1 von 6)  Wird seltener wegen Personalsituation in der Pflege (1 von 6)	Keine Unterschiede zwischen unterschiedlichen Stationen (3 von 6)  Häufiger in der Chirurgie (2 von 6)  Unterschiede je nach Patientenstruktur der Stationen (1 von 6)
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	Wichtig, da sonst Behandlungserfolg gefährdet werden könnte (2 von 6)	Häufig/sehr häufig/regelmäßig (4 von 6)  Standortabhängig, eher städtisches Phänomen (1 von 6)  Selten, da primär deutschsprachige	Wird wegen der Zuwanderung/Flüchtlingen häufiger (4 von 6)  Wird wegen älter werdenden Menschen mit Migrationshintergrund häufiger (1 von 6)	Betrifft alle Abteilungen gleichermaßen (4 von 6)  Keine Einschätzung (2 von 6)

<b>Problemauslösende Aufgabe</b>	<b>Wichtigkeit (Folgen bei falscher Ausführung)</b>	<b>Häufigkeit (aktuell, 2016)</b>	<b>Entwicklung in 10 Jahren</b>	<b>Unterschiede Innere Medizin/Chirurgie</b>
		Patienten (1 von 6)	Es könnte sein, dass die Entwicklung technischer Mittel zur Übersetzung einen Einfluss auf die künftige Relevanz nimmt (1 von 6)	

Abschließend wurden die Befragten gebeten, eventuell fehlende problemhaltige Aufgaben zu ergänzen, die sie noch als häufig und relevant einschätzten. Die Anmerkungen, die diesbezüglich gemacht wurden, ließen sich jedoch unter den bisher erfassten Arten problemauslösender Aufgaben subsumieren. So wurde etwa vorgeschlagen den Umgang mit MRSA-Infektionen zu berücksichtigen, also den Umgang mit Infektionen durch spezielle Bakterien, die gegen eine große Zahl gängiger Antibiotika resistent sind. Dies als zusätzliche Kategorie in den Fragebogen aufzunehmen erschien nicht als sinnvoll, da sie Verbandswechsel, aber auch z.B. fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen betreffen kann.

Als Ergebnis der Expertenbefragung zur Validierung wurde festgehalten, dass die meisten problemhaltigen Aufgaben, die im Rahmen der Interviewstudie geschildert wurden, als häufige und subjektiv intensive Merkmale bezeichnet werden können. Dementsprechend wurden sie, mit zwei Ausnahmen, als Grundlage für die Itemformulierung verwendet:

- Das Absaugen von Tracheostomae wurde von mehreren Befragten übereinstimmend als Aufgabe beschrieben, die eher in Intensivstationen anfällt. Daher wurde sie nicht weiter bei der Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung quantitativer Daten berücksichtigt.
- Die Verabreichung/Dosierung von Medikamenten wurde ursprünglich als gesonderte problemauslösende Aufgabe kategorisiert, später aber unter fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen subsumiert. Daher findet sich diese Kategorie auch nicht mehr unter den problemauslösenden Aufgaben in Kapitel 9.4.1.1 und wurde auch nicht weiter bei der Konzeption des Fragebogens zur Erfassung quantitativer Daten berücksichtigt.

## **9.6 Zusammenfassung der qualitativen Empirie**

Da die Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden, auf Basis des bisherigen Forschungsstands nicht hinreichend beantwortet werden konnte (vgl. Kapitel 7), wurde eine eigene

empirische Untersuchung durchzuführen. Dabei erschien es zielführend, quantitative Daten zu erheben, um entsprechende Aussagen über Häufigkeiten treffen zu können. Dazu wurde eine rationale Konstruktionsstrategie präferiert (vgl. Kapitel 8.3), deren Voraussetzungen jedoch Kenntnisse über die Häufigkeit sowie die Intensität der zu erfassenden Merkmale waren. Dementsprechend bestand das zentrale Ziel der qualitativen Erhebung darin, diese Merkmale zu identifizieren. Dazu wurde ein Interviewleitfaden auf Basis der theoretischen Vorstellungen der Arbeit zu komplexitätsfördernden Merkmalen pflegerischer Situationen (vgl. Kapitel 5) sowie zum Informationsprozess (vgl. Kapitel 6) konstruiert (vgl. zur Konstruktion des Interviewleitfadens Kapitel 9.1.2). Bei der Auswahl der zu befragenden Personen wurde darauf geachtet, Pflegende unterschiedlicher Abteilungen und mit unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung einzubeziehen. Dies geschah aufgrund der Annahme, dass die Berufserfahrung einen wichtigen Einfluss auf das Erleben unterschiedlicher Merkmale problemhaltiger Situationen haben kann (vgl. Kapitel 5 in Verbindung mit Kapitel 9.1.1).

Zentrales Ergebnis ist, dass andere problemauslösende Aufgaben geschildert wurden als in anderen Studien, was schwerpunktmäßig darauf zurückgeführt wird, dass in der vorliegenden Arbeit gezielt nach solchen Problemen gefragt wurde, die durch das Hinzuziehen von Informationen gelöst wurden. Inhaltlich schienen als Ursachen von Problemen unter anderem unklare/fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen, Verbandswechsel bzw. Wundversorgungen sowie die Bedienung medizinischer Geräte eine wichtige Rolle gespielt zu haben. Berufserfahrene Pflegepersonen unterschieden sich von berufsunerfahrenen Pflegepersonen hinsichtlich der Aufgaben, die bei ihnen als problemhaltig wahrgenommen wurden. Ferner konnten Unterschiede dahingehend festgestellt werden, wie die zugrundeliegenden Arbeitsaufträge identifiziert wurden. Mögliche Ursachen für diese Unterschiede könnten einerseits Lerneffekte durch die Bewältigung einer höheren Anzahl an Arbeitsaufgaben im Zuge wachsender Berufserfahrung sein. Andererseits könnte auch eine Veränderung der eigenen Rolle in der jeweiligen Station dafür verantwortlich sein (vgl. Kapitel 9.4.1.1 und Kapitel 9.4.1.2). Darüber hinaus ergab sich das Bild, dass berufsunerfahrene Pflegende häufiger von negativen Emotionen berichteten, als berufserfahrene Pflegende, was beispielsweise auf Besonderheiten ihrer Rolle als Personen in Lern- bzw. Anleitungssituationen zurückgeführt wird. Nicht beantwortet werden kann hier die interessante Frage, ob bestimmte negative Emotionen, insbesondere Ängste vor negativen Konsequenzen bei Rückfragen, dazu führen können, dass Pflegende zögern, Informationen einzuholen, auch wenn sie diese eigentlich benötigen würden. Weiterhin wurde vermutet, dass die Emotionsregulation als zusätzlich zu berücksichtigendes Tätigkeitsziel neben den übrigen Zielen der jeweiligen Arbeitstätigkeit, zusätzlich Aufmerksamkeit bindet. Somit würde die

Emotionsregulation die Komplexität von Arbeitsaufgaben und damit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass diese als Problem wahrgenommen werden. Hier stellte sich jedoch heraus, dass einige Pflegende, trotz offensichtlich am Arbeitsplatz unerwünschter Emotionen, wie z.B. Wut, diese Emotionen nicht regulierten, sondern ausdrückten (vgl. Kapitel 9.4.1.3 und Kapitel 9.4.1.4). Hier wäre es für künftige Untersuchungen interessant herauszufinden, unter welchen Bedingungen Pflegende Emotionsregulation betreiben und wann sie Emotionen auch dann ausdrücken, wenn diese als unerwünscht eingeschätzt werden. Ein weiteres zentrales Ergebnis war, dass berufserfahrene Pflegende, anders als berufsunerfahrene Pflegende, Informationen nicht während der eigentlichen Tätigkeitsausführung, sondern zuvor oder danach zur Problemlösung hinzuzogen (vgl. Kapitel 9.4.2.1). Unter Berücksichtigung der geschilderten Gründe für das Hinzuziehen von Informationen (vgl. Kapitel 9.4.3.2) könnten auch hier Besonderheiten der Rolle als Lernende bei den befragten Personen ein wichtiger Erklärungsansatz sein. In Kapitel 9.4.3.1 konnten verschiedene Quellen identifiziert werden, die von den Pflegenden zur Beschaffung von Informationen hinzugezogen werden. Eine wichtige Rolle schienen bei den berufserfahrenen Personen vor allem anleitende Pflegepersonen sowie Stationsleitungen zu spielen, während berufserfahrene Personen vergleichsweise häufig angaben, sich bei Fragen an ärztliches Personal gewandt zu haben. Möglicherweise waren dafür Unterschiede in der Stellung innerhalb der jeweiligen Station verantwortlich. So liegt es nahe, dass berufsunerfahrene Pflegepersonen häufig eine anleitende Pflegeperson als festen Ansprechpartner zur Seite gestellt bekommen. Ferner könnte es sein, dass berufserfahrene Pflegende „arzneinähere“ Aufgaben übernehmen bzw. übertragen bekommen (vgl. Kapitel 9.4.3.2). Darüber hinaus wurden Ansatzpunkte zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit identifiziert, die sich entweder auf Eigenschaften der Information selbst beziehen, etwa, ob diese als kongruent zum Vorwissen der Pflegenden eingeschätzt wurde oder aber auf Eigenschaften des Urhebers der jeweiligen Information, z.B. ob die jeweilige Person bereits als kompetent eingeschätzt wurde (vgl. Kapitel 9.4.4). Bezüglich der Pflegeorganisation (vgl. Kapitel 9.4.5.1) beschrieben die Pflegenden durchgehend, im Rahmen der Bereichspflege tätig zu sein, wobei auch teilweise von einzelnen funktionspflegerischen Elementen, etwa bei der Aufgabenverteilung an Auszubildende, berichtet wurde. Ein heterogenes Bild zeigte sich bei den Interviews hinsichtlich einer klaren Regelung der Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal (vgl. Kapitel 9.4.5.2). Einerseits wurde von einigen Personen von klaren Regelungen diesbezüglich berichtet, andererseits wurde teilweise angegeben, auch solche Tätigkeiten selbst durchzuführen, für die eigentlich das Hinzuziehen ärztlichen Personals erforderlich gewesen wäre. Ein recht großer Konsens bestand in den Interviews hingegen dahingehend, dass berufserfahrene sowie berufsunerfahrene Pflegende

keine unterschiedlichen Aufgaben durchführten (vgl. Kapitel 9.4.5.3), wobei allerdings nicht erfasst wurde, ob diesbezüglich Unterschiede hinsichtlich der Aufteilung unterschiedlich komplexer Aufgaben des gleichen Typs bestanden.

Zur Bewertung der Aussagekraft der qualitativen Erhebung wurden einerseits inhaltsanalytische Gütekriterien herangezogen, die überwiegend als erfüllt angesehen werden können (vgl. Kapitel 9.5.1). Ferner wurde eine Expertenbefragung hinsichtlich der identifizierten problemauslösenden Aufgaben als zentrales Element der Interviewstudie durchgeführt, deren gegenwärtige und zukünftige Relevanz und Häufigkeit größtenteils bestätigt wurde (vgl. Kapitel 9.5.2).

Einschränkend ist an dieser Stelle anzumerken, dass wegen der geringen Stichprobengröße die Aussagekraft der angeführten Vergleiche zwischen Merkmalen berufserfahrener und berufsunerfahrener Pflegepersonen zurückhaltend zu bewerten sind. Daher werden diesbezüglich im quantitativen Teil der vorliegenden Arbeit für ausgewählte Bereiche weitere Analysen durchgeführt.

## **10. Anlage, Durchführung und Befunde des quantitativen empirischen Teils**

Für das empirische Vorgehen wurde ein Mixed-Method-Design gewählt, dessen qualitativer Teil der Präzisierung des zu untersuchenden Merkmalsbereichs und somit der Vorbereitung zur Entwicklung eines Fragebogens zur Gewinnung quantitativer Daten diente. Diese Entwicklung des Fragebogens ist Gegenstand des Kapitels 10.1. In Kapitel 10.2 wird die Durchführung der Erhebung beschrieben, während in Kapitel 10.3 die Auswertung der Daten sowie die Darstellung ausgewählter Befunde erfolgt. Kapitel 10.4 beschäftigt sich kritisch mit der Frage, inwiefern die quantitative Untersuchung im Rahmen der vorliegenden Arbeit einschlägigen statistischen Gütekriterien genügt. Schließlich werden in Kapitel 10.5 die Ergebnisse des quantitativen Teils der Empirie zusammengefasst.

### **10.1 Entwicklung des Fragebogens zur Gewinnung quantitativer Daten auf Basis der qualitativen Befunde**

Für ein systematisches Vorgehen zur Entwicklung des Fragebogens wurde folgendes Vorgehen von KALLUS (2010, 14f.) zugrunde gelegt, an dem sich der inhaltliche Aufbau dieses Kapitels orientiert:

- a) Abgrenzung und Klärung des zu erfassenden Merkmalsbereichs und der Zielpopulation;
- b) Spezifizierung des Merkmalsbereichs und Sammlung von Beispielen;

- c) Gruppierung der Manifestationen in Teilbereiche, die in ähnlicher Weise mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen variieren;
- d) Formulierung der Items;
- e) Prüfung der Items auf sprachliche Konsistenz, Einfachheit und Verständlichkeit;
- f) Festlegung von Instruktionen, Ankern und Vorgabemodalitäten;
- g) Fixierung der Itemreihenfolge;
- h) Durchführung einer Studie zur Prüfung der Subtests/Items;
- i) Kürzung/Ergänzung des Fragebogens;
- j) Festlegung von Varianten des Fragebogens;
- k) Normierung und Auswertungsrichtlinien;
- l) Validierung und Interpretationsrichtlinien.

Es wurde in zweierlei Hinsicht von diesem Vorschlag abgewichen:

- Die Schritte j, k und l wurden nicht vorgenommen, da hier das Ziel nicht die Entwicklung eines standardisierten Messinstruments war. Der zu entwickelnde Fragebogen wurde lediglich für den Einsatz im Rahmen der vorliegenden Arbeit konzipiert.
- Da im qualitativ-empirischen Teil bereits umfassende Vorarbeiten zur Fragebogenkonstruktion erfolgt sind, wurden zur Vermeidung von Wiederholungen und somit zur besseren Lesbarkeit verschiedene Aspekte zusammengefasst.

Die Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung quantitativer Daten wird in den folgenden Kapiteln dargestellt: Zunächst werden in Kapitel 10.1.1 die Erkenntnisse über den Merkmalsbereich zusammengetragen und strukturiert (umfasst a-c). Aufbauend darauf wird in Kapitel 10.1.2 die Entwicklung der Items beschrieben (umfasst d-g). Schließlich folgen in Kapitel 10.1.3 die Darstellung des Pretests und der daraus folgenden Anpassung des Tests (umfasst h-i).

### **10.1.1 Erkenntnisse über den Merkmalsbereich auf Basis der qualitativen Befunde**

Für die Entwicklung des Fragebogens wurde aufgrund der Vorbefunde eine rationale Konstruktionsstrategie JONKISZ, MOOSBRUGGER und BRANDT (2012, 36ff.) gewählt. Diese ist von einer intuitiven Konstruktionsstrategie abzugrenzen, die bei gering ausgeprägtem Forschungsstand empfohlen wird, und bei der subjektive Einschätzungen des Testkonstruktors im Vordergrund stehen (ebd.). Dementsprechend bilden die Erkenntnisse des qualitativ-empirischen Teils der Arbeit die Basis der Itementwicklung, die in diesem Kapitel dargestellt wird. KALLUS (2010,

38) formuliert vier Fragen zur Operationalisierung der zu messenden Merkmalsfacetten für die später beschriebene Auswahl von Antwortskalen:

- Lassen sich (repräsentative) Verhaltensweisen/Ereignisse/Zustände benennen?
- Worin zeigt sich die Variation der Merkmalsfacetten besonders prägnant?
- Ist diese Variation auch für die Antwortenden gut sichtbar?
- Welcher Antwortmodus ist für (fast) alle Items anwendbar?

Im qualitativ-empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wurden Verhaltensweisen/Ereignisse sowie Zustände hinsichtlich des zu untersuchenden Merkmalsbereichs herausgearbeitet. Diesbezüglich werden in der folgenden Tabelle zunächst Kennzeichen der Variation dargestellt, die als gut sichtbar für potenzielle Befragte erschienen. Unter „Kennzeichen der Variation“ werden hier empirisch erfassbare Unterscheidungskriterien zwischen möglichen Verhaltensweisen, Ereignissen und Zuständen eines Merkmals verstanden.

**Tabelle 45: Kennzeichen der Variation der zu erfassenden Merkmale im quantitativen Teil der Erhebung**

<b>Verhaltensweise/Ereignis/Zustand</b>	<b>Besonders prägnante und sichtbare Kennzeichen der Variation</b>
Art der problemauslösenden Aufgabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Arten problemauslösender Aufgaben</li> <li>• Häufigkeit des Auftretens einzelner Arten problemlösender Aufgaben</li> </ul>
Art der Auftragsübermittlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Arten der Auftragsübermittlung</li> <li>• Häufigkeit des Auftretens einzelner Arten der Auftragsübermittlung</li> </ul>
Emotionales Empfinden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene emotionale Zustände</li> <li>• Häufigkeit einzelner emotionaler Zustände</li> <li>• Intensität einzelner emotionaler Zustände</li> </ul>
Emotionsregulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Strategien zur Emotionsregulation</li> <li>• Häufigkeit einzelner Strategien zur Emotionsregulation</li> </ul>
Zeitpunkt des Informationsbedarfs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Zeitpunkte der Wahrnehmung eines Informationsbedarfs in Relation zum Zeitpunkt der Wahrnehmung eines Problems</li> <li>• Häufigkeit einzelner Zeitpunkte, zu denen ein Informationsbedarf wahrgenommen wurde</li> </ul>
Grund für die Beschaffung von Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Gründe zur Beschaffung von Informationen zum Lösen von Problemen.</li> </ul>

<b>Verhaltensweise/Ereignis/Zustand</b>	<b>Besonders prägnante und sichtbare Kennzeichen der Variation</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufigkeit einzelner Gründe, wegen denen Informationen zur Lösung von Problemen beschafft wurden.</li> </ul>
Art der erfragten/nachgelesenen Informationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Arten von Informationen, die zur Lösung von Problemen erfragt/nachgelesen wurden</li> <li>• Häufigkeit, mit der einzelne Arten von Informationen zur Lösung von Problemen nachgefragt/nachgelesen wurden.</li> </ul>
Ausgewählte Informationsquellen (gelesene Schriftquellen/befragte Personen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Arten von Informationsquellen, aus denen Informationen erfragt/nachgelesen wurden.</li> <li>• Häufigkeit, mit der jeweils auf die jeweiligen Quellen zugegriffen wurde.</li> </ul>
Gründe für die Auswahl einzelner Quellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Arten von Informationsquellen, aus denen Informationen erfragt/nachgelesen wurden.</li> <li>• Häufigkeit, mit der die jeweiligen Gründe ausschlaggebend für die Wahl einzelner Quellen waren.</li> </ul>
Bewertung der Vertrauenswürdigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschiedene Kategorien, die zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen herangezogen wurden.</li> <li>• Häufigkeit, mit der einzelne Kategorien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit herangezogen wurden.</li> </ul>
Bereichspflege vs. Funktionspflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Ausprägungen der Pflegeorganisation zwischen den beiden Extrempolen Bereichspflege sowie Funktionspflege.</li> </ul>
Regelungsgrad der Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Möglichkeiten, wie die Übernahme ärztlicher Aufgaben durch Pflegende geregelt war.</li> </ul>
Aufteilung von Aufgaben zwischen berufserfahrenen und berufsunterfahrenen Pflegenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Möglichkeiten, inwiefern berufserfahrene Pflegenden andere Aufgaben übernahmen, als berufsunterfahrene Pflegenden.</li> </ul>

Diese Zusammenfassung der Erkenntnisse bildet die Grundlage für die Wahl eines geeigneten Antwortmodus sowie der konkreten Itemformulierung, was Gegenstand des folgenden Kapitels ist.

### **10.1.2 Formulierung und Auswahl der Items**

Nach der Zusammenstellung der bisherigen Erkenntnisse über den Merkmalsbereich bestand der nächste Arbeitsschritt im Finden eines möglichst für alle Items geeigneten Antwortmodus (KALLUS 2010, 38). Aus Tabelle 45 geht hervor, dass die Variabilität der Merkmalsausprägungen überwiegend von Häufigkeitsunterschieden geprägt ist. Als Konsequenz wurden



Häufigkeiten auch als geeigneter Antwortmodus für den überwiegenden Teil der zu formulierenden Items gewählt. Häufigkeitsfragen gelten in der Literatur als verbreitet, wenn es um die Untersuchung des Erlebens am Arbeitsplatz geht. So finden sie sich in einer ganzen Reihe gängiger, standardisierter arbeitspsychologischer Instrumente (siehe z.B. FRIELING 1999, 117; HACKER ET AL. 1995, 2015; SEMMER, ZAPF & DUNCKEL 1999, 189). Laut BÜHNER (2011, 135) ist bei der Formulierung von Häufigkeitsfragen auf drei Aspekte zu achten:

- a) Definition des Ereignisses: Eine genaue Beschreibung des interessierenden Ereignisses, um eine korrekte Interpretation der Frage sicherzustellen.
- b) Wahl des Referenzzeitraums: Wahl des Referenzzeitraums, da große Referenzzeiträume eher implizieren, dass sich die Frage auf seltene bzw. wichtige Ereignisse bezieht.
- c) Wahl der Antwortkategorie: Die Wahl eines Antwortformats, wobei hier Ratingskalen, die Vorgabe von Zeiträumen sowie offene Antwortformate möglich sind.

Zu a): Zur Definition der jeweiligen Ereignisse lagen inhaltlich bereits hinreichend Erkenntnisse aus den theoretischen Vorüberlegungen sowie aus dem qualitativ empirischen Teil der Arbeit vor. Zur sprachlichen Ausgestaltung, wurde in Anlehnung an die Ausführungen von KALLUS (2010, 56ff.), auf folgende Aspekte geachtet:

- Sind die Fragen klar und verständlich aus Sicht der Befragten, also aus der Sicht von Pflegenden, formuliert?
- Sind die Fragen für Pflegende einfach zu beantworten?
- Weisen die Fragen einen Bezug zum Erleben und Verhalten der Befragten auf, ohne deren Privatsphäre zu verletzen?

Zu b): BÜHNER (2011, 135) führt nicht aus, was er unter großen und kleinen Referenzzeiträumen versteht. Mangels weiterer theoretischer Entscheidungshilfen wurde sich daher zunächst bei der Wahl eines geeigneten Referenzzeitraums am „Tätigkeitsbewertungssystem“ (TBS) nach HACKER ET AL. (1995, 215) orientiert. Dort wird auf einen mehrjährigen Zeitraum Bezug genommen, was vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Berufserfahrung der Pflegenden als ungünstig hinsichtlich der intersubjektiven Vergleichbarkeit erschien. Aus diesem Grund wurde der Referenzzeitraum bei examinierten Pflegenden auf das jeweils letzte Jahr bis zum Erhebungszeitpunkt bezogen. Da der eigentlichen Erhebung ein Pretest vorgeschaltet war, wurde erwartet, mögliche Schwierigkeiten der Befragten mit dem Bezugszeitraum rechtzeitig erkennen zu können.

Zu c): Als mögliche Antwortkategorie standen, folgt man BÜHNER (2011, 135), Ratingskalen, offene Antwortformate oder eine Auswahl aus konkreten Zeiträumen zur Verfügung. Für Ratingskalen sprach eine einfache Konstruktion sowie eine gute Verständlichkeit. Zudem findet sich in der methodischen Literatur die verbreitete, wenn auch umstrittene Position, man könne von gleichen Abständen zwischen den einzelnen Abstufungen der Skalen ausgehen (z.B. ebd., 523), was der Annahme mindestens einer Intervallskalierung gleichkäme (EID, GOLLWITZER & SCHMITT 2015, 121f.). Trotzdem wurde der Einsatz von Ratingskalen zur Abfrage von Häufigkeiten aufgrund fehlender intersubjektiver Vergleichbarkeit in der vorliegenden Arbeit abgelehnt, da vermutet wurde, dass Personen die Häufigkeit von Ereignissen in Relation zu ihren subjektiven Standards setzen (BÜHNER 2011, 135). So wurde angenommen, dass zwischen den einzelnen Befragten unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen könnten, wie oft ein bestimmtes Ereignis auftreten muss, um auf einer Ratingskala auch tatsächlich als „häufig“ gewertet zu werden. Die Verwendung offener Fragen hätte die Erfassung absolutskalierter Daten (EID, GOLLWITZER & SCHMITT 2015, 123) ermöglicht, jedoch wurde davon ausgegangen, dass es den Befragten schwerfallen könnte, sich an die exakte Anzahl einzelner Ereignisse innerhalb des letzten Jahres zu erinnern. Dies hätte eine geringere Antwortbereitschaft und somit eine höhere Zahl an fehlenden Werten („Missing Values“) zur Folge haben können. Daher wurde entschieden, eine Häufigkeitsskala mit vorgegebenen Antwortoptionen zu erstellen, wie sie beispielsweise auch HACKER ET AL. (1995, 215) in ihrem Tätigkeitsbewertungssystem (TBS) verwenden, um abzufragen, wie häufig sich Arbeitsaufträge ändern. Da das TBS als sehr verbreitet und gut erprobt gilt, wurde entschieden, sich an der Formulierung seiner Items zu orientieren und den Referenzzeitraum auf ein Jahr anzupassen. Als Konsequenz wurde folgende Häufigkeitsskala für den Großteil der zu formulierenden Items verwendet:

1 (Nie); 2 (Einmal im gesamten Jahr); 3 (Einmal pro Halbjahr); 4 (monatlich); 5 (wöchentlich); 6 (täglich).

Um erfassen zu können, welche Kriterien Pflegende zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen heranziehen, wurde angenommen, dass eine differenzierte Einschätzung von Befragten, wie häufig sie auf einzelne Kriterien zurückgreifen, nicht zu erwarten war. Ferner wurde vermutet, dass Präferenzen für einzelne Kriterien situationsübergreifend gültig sind. Daher wurde eine abgestufte Zustimmungsskala gewählt, wie sie KALLUS (2010, 44f.) vorschlägt:

1 (trifft überhaupt nicht zu); 2 (trifft nicht zu); 3 (trifft eher nicht zu); 4 (weder/noch); 5 (trifft eher zu); 6 (trifft zu); 7 (trifft voll und ganz zu)

Als einen Vorteil dieser Form der Skala führt KALLUS (ebd.) die einfache Beantwortbarkeit bei Einstellungsmessungen an, warnt jedoch vor dem Risiko, dass Befragte auch bei Unklarheiten Angaben machen, etwa bei missverständlichen bzw. unpräzisen Itemformulierungen. Zur besseren Verständlichkeit wurde entschieden, die Frage nach der Zustimmung zur Relevanz einzelner Kriterien bezüglich der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit so zu formulieren: „Ich verlasse mich nur auf Informationen, die...“ und dann eine Auswahl mehrerer Kriterien zur Auswahl zu stellen, zu denen jeweils der Grad der Zustimmung mit der eben angeführten Zustimmungsskala auszuwählen war. Dass die Formulierungen „sich auf etwas verlassen“ und „auf etwas vertrauen“ aus sprachlicher Sicht als Pendant verwendet werden können, spricht auch dafür, dass diese Formulierungen von der Online-Ausgabe des Duden als Synonyme vorgeschlagen werden (DUDENREDAKTION o.J., o.S.).

Ferner wurde eine Reihe demographischer Merkmale erfasst, um die Stichprobe besser beschreiben zu können. Für die Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung wurde zudem gefragt, wie lange der Abschluss der Ausbildung zurücklag und wie lange die Pflegenden zum Befragungszeitpunkt jeweils in der aktuellen Station beschäftigt waren. Um die Fragebogenlänge im Rahmen zu halten und dadurch den Rücklauf nicht zu gefährden, wurden unter anderem Fragen nach dem emotionalen Erleben nicht in den Bogen aufgenommen, da dessen Erfassung ein vergleichsweise geringerer Nutzen für das betriebliche Bildungspersonal zugeschrieben wurde, als anderen Aspekten der Problementstehung sowie des Informationsprozesses.

Um auch Auszubildende befragen zu können, wurde eine zweite, leicht veränderte Version der Fragebögen entwickelt. Einerseits wurde erfragt, in welchem Ausbildungsjahr diese sich befinden. Andererseits wurden die Befragten jeweils gebeten, Schätzungen über die jeweils letzte Abteilung, in der sie beschäftigt waren, abzugeben. Dies war dem Umstand geschuldet, dass angehende Krankenpflegepersonen in ihrer Ausbildung verschiedene Abteilungen sowie theoretische Phasen durchlaufen müssen. Daher konnte nicht angenommen werden, dass Auszubildende ein gesamtes Jahr in einer Abteilung beschäftigt waren. Aufgrund der unterschiedlichen Bezugszeiträume wurden bei der Auswertung die Befragung ausgebildeter Pflegepersonen und die Befragung auszubildender Pflegepersonen getrennt voneinander ausgewertet.

Als Erhebungsmethode wurde eine Onlinebefragung ausgewählt, um möglichst einfach eine heterogene Stichprobe erfassen zu können. Entscheidend dafür war, dass in der methodischen (Ratgeber-)Literatur auf die hohe Akzeptanz dieser Form der Befragung aufgrund ihrer Freiwilligkeit, Flexibilität sowie Anonymität verwiesen wurde (z.B. THIELSCH & WELTZIN 2012, 111f.). Letzteres wurde als Vorteil für die Befragung einer größeren Stichprobe gewertet. Dies

hatte jedoch Konsequenzen auf die Auswahl der Items, denn es wurde angenommen, dass die Dauer der Befragung einen kritischen Faktor für die Rücklaufquote von Onlinebefragungen darstellt. So nennt auch MESSINGSCHLAGER (2012, 114) die Zeit für das Interview als eine mögliche Ursache für Unit Nonresponse und somit dafür, dass einzelne Befragten durchgehend keine Angaben machen.

**Tabelle 46: Auswahl der Items für den Pretest des Fragebogens zur Erfassung quantitativer Daten**

<b>Aufgenommenes Merkmal</b>	<b>Begründung (Angenommener Nutzen der Erkenntnis für das betriebliche Bildungspersonal)</b>	<b>Anzahl Items</b>
Häufigkeit der Fragen, die im letzten Jahr zu bestimmten Aufgaben aufgetreten sind.	Kann dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise dazu geben, bei welchen Aufgaben häufig Informationen erfragt werden, damit diese in wissenschaftlich überprüfter Form beschafft und zur Verfügung gestellt werden können.	9 Items: 1 Item pro Aufgabe, die im qualitativ-empirischen Teil identifiziert wurde.
Häufigkeit, mit der bestimmte Informationsquellen (Personen oder Schriftquellen) bei Fragen zu bestimmten Aufgaben im letzten Jahr herangezogen wurden.	Kann dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise darauf geben, welche Informationsquellen bei bestimmten Aufgaben präferiert werden, um Informationen über diese Quellen bereitzustellen.	81 Items: Für 9 mögliche Aufgaben wurde jeweils nach der Häufigkeit des Zugriffs auf 9 möglichen Quellen erfragt, die im qualitativen Teil der Arbeit identifiziert und auf Basis der Vorbefunde ergänzt wurden.
Häufigkeit, mit der bestimmte Gründe für die Wahl einzelner Quellen bei Fragen zu bestimmten Aufgaben im letzten Jahr ausschlaggebend waren.	Kann dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise darauf geben, wie es die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, dass bestimmte Quellen gewählt werden und/oder sie selbst befragt werden.	81 Items: Für 9 mögliche Aufgaben wurde jeweils nach der Häufigkeit von 9 möglichen Gründen gefragt, die zur Wahl von Informationsquellen geführt haben, die im empirisch-qualitativen Teil der Arbeit herausgearbeitet wurden.
Inwiefern stimmen die Befragten zu, dass einzelne Kriterien entscheidend für die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen sind.	Kann dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise darauf geben, wie es die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, dass Informationen auch als vertrauenswürdig eingeschätzt und somit auch tatsächlich zur Lösung von Problemen herangezogen werden.	7 Items: 7 Bewertungskriterien, die im qualitativ-empirischen Teil identifiziert wurden.

<b>Aufgenommenes Merkmal</b>	<b>Begründung (Angenommener Nutzen der Erkenntnis für das betriebliche Bildungspersonal)</b>	<b>Anzahl Items</b>
Häufigkeit, mit der das gesamte Team der Befragten im vergangenen Jahr mit bestimmten Aufgaben konfrontiert war.	Ermöglicht die Untersuchung der These, inwiefern die Häufigkeit, mit der bestimmte Aufgaben anfallen Einfluss darauf hat, ob diesbezüglich offene Fragen bestehen, die Aufgabe also als Problem wahrgenommen wird.	9 Items: Ein Item pro Aufgabe, die im qualitativ-empirischen Teil der Arbeit identifiziert wurde.
Persönliche Daten	Beschreibung der untersuchten Stichprobe, Verständnis des Einflusses der Berufserfahrung	11 Items
Gesamtzahl der Items:		189

Auch wenn bei der Formulierung auf eine kurze, einfache Formulierung geachtet wurde, erschien es an dieser Stelle unsicher, ob der Fragebogen bei dieser Itemanzahl nicht zu lang war. Zudem wurde zwar bei der Formulierung der Items auf Klarheit und Verständlichkeit geachtet, jedoch musste getestet werden, ob auch die Personen innerhalb der zu befragenden Stichprobe die Fragen als klar und verständlich einschätzten. Daher wurde ein Pretest geplant, dessen Anlage, Durchführung und Ergebnis Gegenstand des kommenden Kapitels sind.

### **10.1.3 Anlage, Durchführung und Ergebnis des Pretests**

KALLUS (2010, 65) empfiehlt, Personen der anvisierten Zielgruppe vor der eigentlichen Befragung zu bitten, die Items auf Verständlichkeit und Relevanz für den zu untersuchenden Merkmalsbereich zu prüfen. Dazu wurde im Pretest zu jedem Item erfragt, inwiefern die Formulierung eindeutig sei. Darüber hinaus wurde den Befragten die Möglichkeit eingeräumt, zu kommentieren, warum Items nicht als eindeutig wahrgenommen wurden.

Als Stichprobe für den Pretest wurden aufgrund der Erfahrungen bei der Teilnehmerakquise der Interviewstudie Studierende sowie eine Promovierende mit pflegerischer Berufsausbildung angesprochen. Darüber hinaus nahm ein Praxisanleiter am Pretest teil, der persönlich kontaktiert wurde. Insgesamt ergab sich somit ein Rücklauf von N=8. Die Befragten waren im Durchschnitt 34.3 Jahre alt (SD=8.55), wobei eine Befragte bereits 50 und ein weiterer Befragter 47 Jahre alt waren. Zudem hatte eine weitere Person kein Alter angegeben. Der Median betrug 30 Jahre. Im Mittel hatten die Befragten ihre Ausbildung seit 11.50 Jahren beendet (SD=7.26;

Median=8.00) und waren seit 6.50 Jahren in ihrer aktuellen Krankenhausabteilung beschäftigt (SD=4.03; Median=6.50).

2 der 8 Testpersonen gaben durchgehend bei jeder Frage an, dass diese nicht eindeutig formuliert war. Dennoch kreuzten bei sämtlichen Fragen die befragten Personen überwiegend an, dass sie eindeutig formuliert waren. Für eine Verbesserung des Fragebogens wurden insbesondere auf inhaltliche Überschneidungen in den Kommentaren geachtet, wenn diese Formulierungen betrafen, die als nicht eindeutig eingeschätzt wurden. Diesbezüglich fielen besonders zwei konstruktive Hinweise wiederholt auf:

- Die Häufigkeitsskala bot laut der Befragten nicht die Möglichkeit, „vierteljährlich“ als Antwortoption auszuwählen.
- Das Erinnern an genaue Häufigkeiten sei schwierig, einfacher für die Probandinnen und Probanden wäre es, die Häufigkeitsskalen durch Zustimmungsskalen zu ersetzen.

Als Reaktion auf den ersten Hinweis wurde die Ausgestaltung der Häufigkeitsskalen entsprechend angepasst. Es wurden folgende Auswahlmöglichkeiten mit Blick auf die Häufigkeit der erfragten Merkmale im vergangenen Jahr gegeben:

- nie,
- 1-3 Mal,
- vierteljährlich,
- monatlich,
- wöchentlich,
- täglich.

Die Dauer der Befragung wurde systembedingt nicht durch die verwendete Erhebungsplattform erfasst. Die Befragten äußerten retrospektiv, dass sie zwischen 20 und 40 Minuten benötigt hätten.

#### **10.1.4 Zwischenfazit: Entwicklung des Fragebogens zur Gewinnung der quantitativen Daten**

Im letzten Kapitel wurde die Entwicklung eines Fragebogens zur Gewinnung der quantitativen Daten beschrieben. Dazu wurden die Befunde des qualitativ-empirischen Teils der Arbeit zusammengefasst. Auf dieser Grundlage wurden Items formuliert sowie Antwortformate ausgewählt. Um eine möglichst große und heterogene Gruppe von Personen befragen zu können, wurde eine Online-Befragung als Methode ausgewählt. Dabei war laut Methodenliteratur zu

beachten, dass ein langer Fragebogen und dementsprechend eine ausgeprägte Bearbeitungszeit zu einer Teilnahmeverweigerung führen kann. Daher wurde entschieden, nicht alle Merkmalsbereiche zu untersuchen, sondern nur bestimmte Aspekte, die als besonders relevant für das betriebliche Bildungspersonal eingestuft wurden. Inwiefern die Items eindeutig formuliert waren, wurde dabei in einem Pretest geprüft und es wurden Verbesserungsvorschläge eingearbeitet.

## **10.2 Durchführung der Fragebogenerhebung zur Gewinnung quantitativer Daten**

Dieses Kapitel beschreibt die Durchführung der Erhebung zur Gewinnung quantitativer Daten. In Kapitel 10.2.1 wird einerseits dargestellt, wie die Stichprobe ausgewählt wurde. Andererseits wird begründet, warum der Fragebogen während der Erhebung nochmals modifiziert wurde. Kapitel 10.2.2 beschreibt den Ablauf der Datenerhebung mit der modifizierten Version des Fragebogens. Aufgrund des vergleichsweise geringen Rücklaufs wurden Überlegungen zum Umgang mit fehlenden Werten angestellt, um Einschränkungen der Datenqualität zu minimieren. Diese Überlegungen sind in Kapitel 10.2.3 dargestellt.

### **10.2.1 Stichprobenziehung und Revision des Fragebogens**

Ziel der Stichprobenezusammenstellung war es, eine möglichst repräsentative Stichprobe zu generieren, um aus den Ergebnissen der Erhebung Aussagen über Parameter der Grundgesamtheit treffen zu können (SCHUMANN 2012, 84). Ideal wäre dazu das Ziehen einer einfachen Zufallsstichprobe gewesen (DÖRING & BORTZ 2016, 310ff.). Dies wäre zu realisieren gewesen, wenn im Vorfeld Hinweise über die Häufigkeitsverteilung der zu untersuchenden Merkmale in der Grundgesamtheit vorgelegen hätten. Allerdings lagen solche Hinweise aufgrund bestehender Forschungslücken nicht vor. Gleichzeitig wurde aufgrund der Erfahrungen bei der Erhebung der qualitativen Stichprobe mit Schwierigkeiten bei der Teilnehmerakquise gerechnet, insbesondere bei Kliniken, zu denen keine persönlichen Kontakte bestanden. Daher wurde entschieden, eine Gelegenheitsstichprobe (ebd., 305ff.) zu ziehen und dazu mehrere Möglichkeiten der Akquise zu kombinieren. Insgesamt wurden 10 Kliniken kontaktiert, von denen sich 3 bereit erklärten, die Umfrage zu unterstützen. Zudem wurden 5 Krankenpflegeschulen kontaktiert, von denen 3 positiv antworteten. Darüber hinaus wurden Studierende einer Fachhochschule befragt, die parallel zum Studium eine Pflegeausbildung absolvierten bzw. über eine dreijährige Pflegeausbildung verfügten und pflegerisch tätig waren. Ferner wurden im Internet Links über unterschiedliche soziale Medien verteilt, wobei hier teilweise auch persönliche Kontakte genutzt wurden.

Nachdem der Link zur Befragung in der ersten Klinik verschickt wurde, in der etwa 2000 Pfle-  
gende beschäftigt waren, blieb ein nennenswerter Rücklauf an ausgefüllten Fragebögen zu-  
nächst aus. Da angenommen wurde, dass die Länge des Fragebogens dafür verantwortlich sein  
könnte (MESSINGSCHLAGER 2012, 114; SCHNELL 2012) wurde die Zahl der Items im Fragebo-  
gen erheblich reduziert. Konkret wurden folgende Änderungen am Fragebogen vorgenommen:

- Statt zu jeder einzelnen problemauslösenden Aufgabenart die Häufigkeit abzufragen,  
mit der verschiedene Quellen genutzt wurden, wurde lediglich erfasst, wie häufig ein-  
zelne Quellen insgesamt genutzt wurden. Dazu waren 9 statt 81 Items erforderlich.
- Um trotz dieser Reduktion von Items herauszufinden, zu welchen Aufgaben das betrieb-  
liche Bildungspersonal häufig mit Fragen rechnen muss, wurde zusätzlich die Frage  
aufgenommen, wie häufig die Befragten Fragen zu spezifischen Aufgaben an das be-  
triebliche Bildungspersonal hatten, wobei das „betriebliche Bildungspersonal“ in der  
Frage als „Praxisanleiter/in, Mentor/in sowie sonstige Person, die für Ihre Einarbeitung  
zuständig war“ beschrieben wurde. Dies entspricht inhaltlich der Definition für betrieb-  
liches Bildungspersonal, die in Kapitel 3.1.4 ausführlich dargelegt wurde. Die Einfüh-  
rung dieser Frage bedeutete, dass weitere 9 Items eingefügt werden mussten.
- Statt zu jeder einzelnen problemauslösenden Aufgabenart die Häufigkeit abzufragen,  
mit der verschiedene Gründe jeweils ausschlaggebend für die Quellenwahl waren,  
wurde lediglich erfasst, wie häufig einzelne Quellen insgesamt genutzt wurden.  
Dadurch wurden 9 statt 81 Items verwendet.

Aufgrund der Modifikation konnte der Fragebogenumfang auf knapp ein Drittel der ursprüng-  
lichen Größe gekürzt werden. Allerdings mussten dafür Verluste an Erkenntnissen in Kauf ge-  
nommen werden. Zusätzlich zu der Überarbeitung der Items wurde den Teilnehmer/innen die  
Möglichkeit angeboten bei der Verlosung von insgesamt 5 Gutscheinen zu je 30€ eines Online  
Versandhandels teilzunehmen.

### **10.2.2 Datenerhebung mit dem revidierten Fragebogen und Stichprobenbeschreibung**

Nach der Überarbeitung des Fragebogens wurde im Frühling 2016 die Haupterhebung gestartet.  
Die Rohdaten der Befragung wurden aufgrund der unterschiedlichen Zeiträume, auf die sich  
die Fragebögen bei Auszubildenden und ausgebildeten Pflegenden bezogen (vgl. Kapitel  
10.1.2) in zwei Datensätze zusammengefasst: Einen „Auszubildendendatensatz“, in dem die  
Daten der Auszubildenden enthalten sind und einen „Pflegepersonendatensatz“ mit den Daten  
der Pflegepersonen, die eine abgeschlossene dreijährigen Ausbildung vorwiesen.



Dementsprechend erfolgen im Weiteren sowohl die Stichprobendarstellung als auch die Darstellung der Befunde jeweils getrennt.

Im Auszubildendendatensatz wurden Daten von Personen entfernt, die angaben, keine Krankenpflegeausbildung zu absolvieren. Dies war insbesondere bei Praktikant/innen der Fall. Insgesamt wurden aus dem Auszubildendendatensatz somit Angaben von 40 Personen entfernt. Aus dem Pflegepersonendatensatz wurden insgesamt die Daten von 39 Personen entfernt, die nicht in Normalstationen beschäftigt waren. Ein naheliegender Erklärungsansatz für die relativ hohe Anzahl an auszuschließenden Personen ist die schlechte Steuerbarkeit der Adressatengruppe durch die Art der Erhebung. So konnte nicht kontrolliert werden, welche Pflegenden in welchen Stationen die jeweiligen Links erhielten und inwiefern diese weitergeleitet wurden. Insgesamt konnten Daten von 97 ausgebildeten Pflegepersonen gewonnen werden:

**Tabelle 47: Zusammensetzung des Pflegepersonendatensatzes**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl der Befragten</b>	<b>Versorgungsstufe (Art. 4 Abs. 2 BayKrG)</b>	<b>Anzahl der Belegbetten</b>
Internetumfrage (soziale Medien, Foren)	26	Unbekannt (diverse Kliniken)	M=402.72 SD=303.40
Pflegestudierende mit abgeschlossener Ausbildung einer süddeutschen Fachhochschule	16	Unbekannt (diverse Kliniken)	M=767.86 SD=753.49
Bayerische Klinik I	29	Maximalversorgung	700
Bayerische Klinik II	13	Maximalversorgung	2200
Österreichische Klinik	13	Siehe Anmerkungen	1800

**Anmerkungen:** Eine Einschätzung der Versorgungsstufe wurde nur bei bayerischen Kliniken vorgenommen, da es sich um eine landesrechtlich geregelte Einteilung handelt. Die Bettenzahl wurde der Klinikhomepage entnommen und zur Anonymisierung auf volle Hundert gerundet, sofern die Kliniken bekannt waren (Stand 22.03.2017). Ansonsten wurden sie durch die Befragten geschätzt.

Zum Verhältnis zwischen Belegbetten und der Anzahl von Pflegepersonen sei darauf verwiesen, dass die Bayerische Klinik II laut ihrer Homepage angibt, etwa 3000 Pflegenden zu beschäftigen. Die Rücklaufquote konnte nicht zuverlässig ermittelt werden, da die Fragebögen von Mitarbeitenden der jeweiligen Kliniken verschickt wurden.

Die insgesamt 97 ausgebildeten Pflegepersonen waren im Mittel 34.76 Jahre alt (SD=10.72 Jahre). Sie beendeten ihre Berufsausbildung durchschnittlich vor 12.43 Jahren (SD=10.06 Jahre) und arbeiten seit 6.98 Jahren in ihrer aktuellen Station (SD=7.02 Jahre). Von den 97 befragten Personen waren 78 weiblich (80.4%) und 17 männlich (17.5%), 2 Personen machten keine Angaben. Ein Studium neben dem Beruf absolvierten 20 der 97 (20,6%) ausgebildeten Pflegepersonen, über einen Studienabschluss verfügten 10 der 97 (10%) der Pflegenden, wobei 7 Personen keine Angabe machten.

Es konnten Daten von insgesamt 98 Krankenpflegeauszubildenden gewonnen werden. Die folgende Tabelle fasst zusammen, aus welchen Quellen die Daten gewonnen wurden. Vorweg sei angemerkt, dass die Versorgungsstufe und die Anzahl der Belegbetten sich jeweils auf die Kliniken beziehen, an die die jeweilige Krankenpflegeschule angeschlossen war.

**Tabelle 48: Zusammensetzung der Auszubildendenstichprobe**

<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl der Befragten</b>	<b>Versorgungsstufe (Art. 4 Abs. 2 BayKrG)</b>	<b>Anzahl der Belegbetten der angeschlossenen Kliniken</b>
Internetumfrage (soziale Medien, Foren)	14	Unbekannt (diverse Kliniken)	M=695.00 SD=586.29
Pflegestudierende mit abgeschlossener Ausbildung einer süddeutschen Fachhochschule	16	Unbekannt (diverse Kliniken)	M=593.63 SD=594.85
Bayerische Klinik I	9	Maximalversorgung	700
Bayerische Klinik III	19	Grund- und Regelversorgung	200
Bayerische Klinik IV	40	Grund- und Regelversorgung	200

Die befragten Auszubildenden waren durchschnittlich 22.22 Jahre alt (SD=5.84). 85 der 98 Befragten waren weiblich (=86.7%), wobei eine Person ihr Geschlecht nicht angegeben hatte. 18 der 98 Befragten (=18.4%) absolvierten zum Zeitpunkt der Befragung ein Studium neben der Ausbildung, 3 der 98 Befragten gaben an, bereits über einen Studienabschluss zu verfügen (=3.1%). Von den 98 Befragten besuchten 49 (50%) das erste Ausbildungsjahr, 19 (19.4%) das zweite Ausbildungsjahr und 30 (30.6%) das dritte Ausbildungsjahr.

### 10.2.3 Zum Umgang mit fehlenden Werten

Insgesamt fehlten im Pflegepersonendatensatz 233 numerische<sup>12</sup> Werte, was einem Anteil von 5.50% der Werte im Datensatz entspricht. Im Auszubildendendatensatz fehlten analog dazu 78 numerische Werte, was einem Anteil von 1.40% im Datensatz entspricht. Nun stellte sich die Frage nach dem Umgang mit den fehlenden Werten, der mögliche Verzerrungen minimierte. Grundsätzlich kamen hierfür zwei Möglichkeiten in Betracht (CHEN ET AL. 2005, 288):

- Der traditionelle Ansatz besteht darin, nur vollständige Fälle in die Analyseverfahren einzubeziehen („Complete Case Analysis“) – unvollständige Fälle werden dementsprechend in den einzelnen Verfahren ausgeschlossen.

<sup>12</sup> Hier wurden keine Variablen betrachtet, die Text enthielten, da diese nicht mit statistischen Mitteln geschätzt werden können.

- Eine weitere Möglichkeit besteht in der Multiplen Imputation, also dem Ersetzen der fehlenden Werte durch plausible Schätzungen. Da in der vorliegenden Arbeit bereits viele Fälle ausgeschlossen werden mussten und die Rücklaufquote äußerst gering war, schien die Multiple Imputation ein besonders interessanter Ansatz zu sein, um nicht noch weitere Informationsverluste in Kauf nehmen zu müssen.

MESSINGSCHLAGER (2012, 104) hat im Rahmen seiner Dissertation unterschiedliche Ansätze zum Umgang mit fehlenden Werten in sozialwissenschaftlichen Untersuchungen bezüglich ihrer Auswirkung auf die Datenqualität anhand einer Simulation verglichen. Er rät im Fall von Item Nonresponse grundsätzlich dazu, fehlende Werte zu imputieren. Dies gilt im Fall von MCAR ausdrücklich auch für ordinalskalierte Daten<sup>13</sup>. „MCAR“ steht für „Missing Completely at Random“ und bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für einen fehlenden Wert innerhalb einer Variablen weder von Ausprägungen in der gleichen Variablen noch von Ausprägungen anderer Variablen abhängt (BALTES-GÖTZ 2013, 7). In Abgrenzung dazu unterscheidet man MAR „Missing at Random“ und MNAR („Missing Not at Random“). Die Voraussetzungen von MAR sind weniger streng als die von MCAR und somit beim Vorliegen von MCAR stets erfüllt. Liegt MNAR vor, ist mit Präzisionsverlusten bei der Multiplen Imputation zu rechnen. Dies ist der Fall, wenn „...das Muster der fehlenden und beobachteten Werte mit den beobachteten UND unbeobachteten Werten zusammenhängt“ (BÖWING-SCHMALENBROCK & JURCZOK 2012, 11). Zur Überprüfung der globalen MCAR Bedingung wurde für den Auszubildendendatensatz und den Pflegepersonendatensatz jeweils der MCAR-Test nach Little durchgeführt<sup>14</sup> (BALTES-GÖTZ 2013, 7ff.). Sowohl beim Auszubildendendatensatz als auch beim Pflegepersonendatensatz konnte MCAR angenommen werden, da  $p$  jeweils  $>.05$  war (Auszubildendendatensatz: Chi-Quadrat=1081.79;  $df=1009$ ;  $p=.06$ ; Pflegepersonendatensatz: Chi-Quadrat=1620.63;  $df=1569$ ;  $p=.18$ ). Allerdings zeigte sich bei der Betrachtung von Histogrammen, dass einige Variablen deutlich erkennbare schiefe Verteilungen aufwiesen. Auch zeigten Kolmogorow-Smirnov-Tests sowie QQ-Plots, dass diese Variablen nicht normalverteilt waren. Tritt dies bei ordinalskalierten Daten auf, raten CHEN ET AL. (2005, 297f.) als Ergebnis einer Simulationsstudie von einer Multiplen Imputation ab und empfehlen, bei fehlenden Werten auf Ausschlussverfahren zurückzugreifen. Dem wurde hier gefolgt und es wurde entschieden, mit listenweisen Fallausschlüssen zu arbeiten, da MCAR angenommen werden konnten. Paarweise

---

<sup>13</sup> Diesbezüglich erfolgte zusätzlich zur Sichtung besagter Dissertation eine Rückfrage per Mail am 23.03.2017, die Herr Dr. Messingschlager freundlicherweise am 24.03.2017 beantwortete.

<sup>14</sup> Bei allen statistischen Tests in der vorliegenden Arbeit wird bei  $p < .05$  von signifikanten Ergebnissen ausgegangen.

Fallausschlüsse wurde wegen der Gefahr zu breiter Konfidenzintervalle und somit einer Überschätzung der Signifikanz einzelner Befunde abgelehnt (BALTES-GÖTZ 2013, 26).

### **10.3 Auswertung und Darstellung ausgewählter quantitativer Befunde**

Nachdem in Kapitel 10.2 die Durchführung der quantitativen Erhebung und der Umgang mit fehlenden Werten dargestellt wurden, sind wesentliche Ergebnisse der Auswertung Gegenstand dieses Kapitels. Zunächst werden in Kapitel 10.3.1 Ergebnisse auf Basis deskriptiver Statistik dargestellt, während in Kapitel 10.3.2 mit Hilfe hypothesenprüfender Verfahren eine Untersuchung von Unterschieden aufgrund unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung erfolgt.

#### **10.3.1 Deskriptive Darstellung zentraler Ergebnisse der quantitativen Fragebogenerhebung**

Im Folgenden werden zentrale deskriptive Befunde der quantitativen Fragebogenerhebung dargestellt. Die erhobenen Daten waren überwiegend ordinal skaliert. Da sich in der Literatur unterschiedliche Vorgehensweisen beim Umgang mit Ordinalskalen finden, wird das weitere Vorgehen bei der Darstellung der Befunde zunächst in Kapitel 10.3.1.1 begründet. Die Ergebnisse werden in den Kapiteln 10.3.1.2 bis 10.3.1.6 wiedergegeben. Die Auswahl und Reihenfolge der dargestellten Befunde orientiert sich an den Kernfragen der quantitativen Erhebung, die in Kapitel 10.1.3 dargestellt sind. Da das betriebliche Bildungspersonal die primäre Zielgruppe der vorliegenden Arbeit ist, wird zunächst in Kapitel 10.3.1.2 aufgezeigt, mit welcher Häufigkeit Fragen zu bestimmten Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal gerichtet wurden. Die Häufigkeit, mit der allgemein Fragen zu einzelnen Aufgaben auftraten, also ohne, dass sie zwangsläufig zum Hinzuziehen von Informationsquellen geführt haben, ist Gegenstand von Kapitel 10.3.1.3. In Kapitel 10.3.1.4 wird dargelegt, wie oft Fragen an bestimmte Personen gerichtet wurden bzw. wie häufig spezifische Schriftquellen zur Beantwortung von Fragen gelesen wurden. Wie oft bestimmte Gründe für die Quellenauswahl ausschlaggebend waren, ist in Kapitel 10.3.1.5 beschrieben. In Kapitel 10.3.1.6 wird auf die Bedeutung einzelner Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen eingegangen.

##### ***10.3.1.1 Vorüberlegungen zur Darstellung ordinalskaliertter Daten***

Bei der Itemformulierung (vgl. Kapitel 10.1.2) wurden primär Häufigkeitsskalen verwendet, in denen jeweils die folgenden Antwortoptionen mit Bezug auf das letzte Jahr zur Verfügung gestellt wurden: „Nie“, „1-3 Mal“, „vierteljährlich“, „monatlich“, „wöchentlich“ sowie „täglich“. Diese Form der Skala wurde gewählt, da dadurch nachvollziehbarere Aussagen sowie eine bessere interobjektive Vergleichbarkeit im Vergleich zu einer Ratingskala, wie z.B. von „nie“ über verschiedene Abstufungen bis hin zu „sehr häufig“ erwartet wurden. Nun stellte sich vor der

Durchführung der deskriptiv-statistischen Berechnungen die Frage einer sinnvollen und möglichst aussagekräftigen Darstellungsweise. Teilweise werden ordinale Daten in der sozialwissenschaftlichen Forschungspraxis behandelt wie zumindest intervallskalierte Daten – dies betrifft z.B. Schulnoten (z.B. ABELE 2011, 13ff.) oder Ratingskalen. Zur Begründung der Intervallskalierung von Ratingskalen finden sich in einigen Quellen Hinweise auf empirische Studienergebnisse, die dafür nahelegen, dass die Abstände zwischen den einzelnen Wertausprägungen auf diesen Skalen von Probanden subjektiv als gleich bzw. annähernd gleich eingeschätzt werden (DÖRING & BORTZ 2016, 244ff.). Wäre dem gefolgt worden, wären insbesondere Mittelwerte und Standardabweichungen anzugeben gewesen, um Ergebnisse der Befragung deskriptiv darzustellen. Dies erschien hier aufgrund möglicher Fehlinterpretationen der Mittelwerte wegen ungleicher Abstände der möglichen Ausprägungen der hier verwendeten Häufigkeitsskala nicht als sinnvoll: So entspricht beispielsweise die Ausprägung „4“ (monatlich) auf dieser Skala nicht der doppelten Häufigkeit der Ausprägung „2“ (1-3 Mal im Jahr). Dementsprechend kann ein doppelt so hoher Mittelwert auf der Häufigkeitsskala nicht mit einer doppelten Häufigkeit gleichgesetzt werden. Um solche Fehlinterpretationen zu vermeiden, wurden bei der folgenden Darstellung nicht nur Mittelwerte angegeben, sondern zusätzlich die Mediane bestimmt. Zusätzlich wurden durchschnittliche Rangplätze ermittelt, um die gemessenen Merkmale in eine auf- bzw. absteigende Reihenfolge, der Häufigkeit bzw. der Zustimmung folgend, bringen zu können. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Im Fragebogen wurde erfasst, wie häufig einzelne Gründe zur Auswahl von Informationsquellen im letzten Jahr ausschlaggebend waren. Zur Verfügung standen die Antworten „Nie“; „1-3 Mal“, „vierteljährlich“, „monatlich“, „wöchentlich“ sowie „täglich“. Nun wurden für jede Versuchsperson absteigend Ränge, je nach gewählter Häufigkeit, vergeben, wie im folgenden Beispiel anhand eines fiktiven Teilnehmers an der Erhebung gezeigt wird:

- Quelle war in der Nähe: täglich, entspricht Rang 5, da am häufigsten im Vergleich zu den anderen Auswahlmöglichkeiten;
- befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war kompetent. Gewählt wurde „monatlich“, entspricht Rang 3;
- befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war sympathisch. Gewählt wurde „wöchentlich“, entspricht Rang 4;
- es war verpflichtend, die befragte Person zu fragen/die Schriftquelle zu lesen. Gewählt wurde „1-3 Mal“ (im Jahr), entspricht Rang 2;

- es waren keine anderen Personen/andere Schriftquellen verfügbar. Gewählt wurde „Nie“, entspricht Rang 1.

Nun wurde für jeden einzelnen Grund die Summe aus den Rängen aller befragten Personen (Rangsumme) gebildet und dann durch die Anzahl der Personen geteilt (Durchschnittlicher Rangplatz). Bei der Interpretation der Werte ist zu beachten, dass SPSS im Fall, dass zwei Merkmale den gleichen Rangplatz belegen, mittlere Rangplätze vergibt (EID, GOLLWITZER & SCHMIDT 2013, 137). Das heißt also, wenn z.B. eine Person bei zwei Gründen angibt, dieser wäre im vergangenen Jahr täglich ausschlaggebend für die Auswahl von Informationsquellen gewesen, was jeweils dem Rang „5“ entspricht, so würden beide jeweils den Rang „4.5“ zugeteilt bekommen. Innerhalb der Tabellen zur Darstellung der Ergebnisse werden in den folgenden Kapiteln die einzelnen Merkmale nach ihren durchschnittlichen Rangplätzen geordnet. Dass ein Merkmal, also z.B. ein bestimmter Grund zur Auswahl einer Informationsquelle, den höchsten durchschnittlichen Rangplatz erhalten hat, bedeutet damit, dass die Befragten ihm die größte Häufigkeit im Vergleich zu den anderen Gründen bezüglich der Auswahl einer Informationsquelle zugeschrieben haben. Der durchschnittliche Rangplatz wird im Folgenden mit „d.R.“ abgekürzt.

### ***10.3.1.2 Zur Häufigkeit von Aufgaben, zu denen Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gestellt wurden***

Dieses Kapitel fasst die Antworten zu der Frage zusammen, wie häufig Pflegende im Jahr vor der Befragung Fragen zu bestimmte Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal gestellt haben. „Betriebliches Bildungspersonal“ wurde dabei im verwendeten Fragebogen umschrieben als „eine/n Praxisanleiter/in, eine/n Mentor/in oder eine sonstige Person, die für Ihre Einarbeitung zuständig war“ (vgl. Kapitel 3.1.4). Die Tabelle 49 zeigt die Ergebnisse der Auszubildenden:

**Tabelle 49: Häufigkeit von Aufgaben, zu denen Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gestellt wurden (Auszubildende)**

<b>Aufgabe</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Patientendokumentation/Administration	6.31	5.00	4.00	1.76	1.00	6.00
Mobilisation von Patient/innen	5.64	4.00	3.50	1.87	1.00	6.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	5.44	4.00	3.53	1.78	1.00	6.00
Bedienung medizinischer Geräte	5.31	2.00	3.27	1.75	1.00	6.00
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	5.20	3.50	3.26	1.99	1.00	6.00
Verbandswechsel	4.24	2.00	3.13	1.63	1.00	6.00
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	4.08	2.00	2.54	1.58	1.00	6.00
Zwischenmenschliche Konflikte	3.82	2.00	2.37	1.67	1.00	6.00
Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen	3.62	2.00	2.39	1.57	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=98; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Im Verhältnis zu den oben genannten Aufgaben nahm in der Gruppe der Auszubildenden die Häufigkeit von Fragen zur Patientendokumentation bzw. zu administrativen Aufgaben den höchsten Rang ein. Dabei betrug der Median 5.00, was der Ausprägung „wöchentlich“ auf der zugrundeliegenden Skala entspricht. Den niedrigsten durchschnittlichen Rangplatz nahm die Häufigkeit von Fragen zur Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen ein, wobei der Median 2.00 betrug, was der Ausprägung „ein bis zwei Mal“ im letzten Jahr auf der eingesetzten Skala entspricht. Die Ergebnisse der ausgebildeten Pflegepersonen finden sich in Tabelle 50:

**Tabelle 50: Häufigkeit von Aufgaben, zu denen Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gestellt wurden (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Aufgabe</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	6.09	3.00	3.07	1.84	1.00	6.00
Patientendokumentation/Administration	5.95	3.00	2.98	1.84	1.00	6.00
Verbandswechsel	5.15	2.00	2.41	1.42	1.00	6.00
Bedienung medizinischer Geräte	5.12	2.00	2.34	1.35	1.00	6.00
Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen	4.94	2.00	2.50	1.66	1.00	6.00
Zwischenmenschliche Konflikte	4.92	2.00	2.44	1.57	1.00	6.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	4.62	1.50	2.31	1.71	1.00	6.00
Mobilisation von Patient/innen	4.61	1.00	2.33	1,78	1.00	6.00
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	3.43	1.00	1.71	1.24	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=97; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

In der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen nahm die Häufigkeit der Fragen an das betriebliche Bildungspersonal zu fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen den höchsten durchschnittlichen Rangplatz ein. Der Median betrug 3.00, was einer vierteljährlichen Häufigkeit auf der verwendeten Skala entspricht. Einen Median von 1.00 („nie“) wurde bei der Häufigkeit von Fragen zur Mobilisation von Patient/innen sowie zum Legen/Entfernen von Blasen-kathetern identifiziert. Somit werden dem betrieblichen Bildungspersonal auch von einem Teil der ausgebildeten Pflegepersonen Fragen zu bestimmten Aspekten gestellt.

### **10.3.1.3 Zur Häufigkeit offener Fragen zu spezifischen Aufgaben**

Dieses Kapitel fasst die Antworten zur Frage zusammen, wie häufig Pflegende im Jahr vor der Befragung allgemein offene Fragen zu bestimmten Aufgaben hatten. Zunächst werden die Antworten der Auszubildenden in Tabelle 51 dargestellt:

**Tabelle 51: Häufigkeit offener Fragen zu spezifischen Aufgaben (Auszubildende)**

<b>Aufgabe</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Patientendokumentation/Administration	6.47	5.00	4.25	1.62	1.00	6.00
Mobilisation von Patient/innen	5.90	4.00	3.88	1.91	1.00	6.00
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	5.46	5.00	3.73	1.97	1.00	6.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	5.20	4.00	3.50	1.82	1.00	6.00
Bedienung medizinischer Geräte	4.96	2.00	3.28	1.67	1.00	6.00
Verbandswechsel	4.77	2.00	2.99	1.51	1.00	6.00
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	4.56	3.00	3.10	1.61	1.00	6.00
Zwischenmenschliche Konflikte	3.98	2.00	2.82	1.68	1.00	6.00
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	3.56	2.00	2.45	1.28	1.00	5.00

**Anmerkungen:** N=98; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Unter den oben genannten Aufgaben nahm in der Gruppe der Auszubildenden die Häufigkeit offener Fragen zur Patientendokumentation/Administration den höchsten durchschnittlichen Rangplatz ein. Der Median betrug 5.00, was auf der verwendeten Skala einer wöchentlichen Häufigkeit entspricht. Den niedrigsten durchschnittlichen Rangplatz nahm die Häufigkeit von Fragen zum Legen und Entfernen von Blasenkathetern ein. Der entsprechende Median betrug 2.00, was auf der verwendeten Skala einer Häufigkeit von 1-3 Mal im Jahr entspricht. Die Antworten der ausgebildeten Pflegepersonen finden sich in Tabelle 52.

**Tabelle 52: Häufigkeit offener Fragen zu spezifischen Aufgaben (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Aufgabe</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	6.32	5.00	4.45	1.59	1.00	6.00
Patientendokumentation/Administration	6.02	5.00	4.18	1.78	1.00	6.00
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	5.59	4.00	4.04	1.53	1.00	6.00
Mobilisation von Patient/innen	5.32	4.00	3.82	1.89	1.00	6.00
Verbandswechsel	5.22	4.00	3.76	1.51	1.00	6.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	4.65	4.00	3.53	1.86	1.00	6.00
Zwischenmenschliche Konflikte	4.41	4.00	3.47	1.55	1.00	6.00
Bedienung medizinischer Geräte	4.18	3.00	3.23	1.53	1.00	6.00
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	2.90	3.00	2.65	1.54	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=97; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen nahmen unter den spezifischen Aufgaben, zu denen offene Fragen auftraten, den höchsten durchschnittlichen Rangplatz ein. Der Median betrug hier 5.00, was auf der verwendeten Skala einem wöchentlichen Auftreten entspricht. Den niedrigsten durchschnittlichen Rangplatz wies das Legen/Entfernen von Blasenkathetern auf. Der Median diesbezüglich betrug 3.00, was auf der verwendeten Skala einer vierteljährlichen Häufigkeit entspricht.



### 10.3.1.4 Zur Häufigkeit, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung offener Fragen konsultiert wurden

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung zur Häufigkeit des Rückgriffs auf einzelne Quellen bei offenen Fragen dargestellt. Darunter wurden sowohl Personen als auch Schriftquellen verstanden, die jeweils im qualitativ-empirischen Teil der vorliegenden Arbeit identifiziert und ergänzt wurden. Tabelle 53 fasst die Ergebnisse bei den Auszubildenden zusammen:

**Tabelle 53: Häufigkeit des Rückgriffs auf spezifische Quellen (Auszubildende)**

Quelle	d.R.	Median	M	SD	Min	Max
Anleitende Pflegepersonen	7.54	5.00	4.56	1.72	1.00	6.00
Pflegedokumentation	7.44	5.00	4.46	1.86	1.00	6.00
Sonstige Pflegepersonen der eigenen Station (keine Leitung/keine Anleitung)	7.32	5.00	4.48	1.79	1.00	6.00
Internet	5.93	4.00	3.77	1.77	1.00	6.00
Stationsleitung/stellvertretende Stationsleitung	5.27	2.00	3.13	1.72	1.00	6.00
Pflegestandards	4.82	2.00	2.84	1.75	1.00	6.00
Ärztinnen/Arzt	4.81	2.00	2.89	1.76	1.00	6.00
Fachbücher	4.66	2.00	2.77	1.63	1.00	6.00
Angehörige sonstiger Berufsgruppen	3.98	2.00	2.45	1.76	1.00	6.00
Pflegepersonen außerhalb der eigenen Station	2.65	1.00	1.58	1.79	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=98; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Bezüglich der Häufigkeiten des Rückgriffs auf einzelne Quellen nahmen innerhalb der Gruppe der Auszubildenden anleitende Pflegepersonen den höchsten durchschnittlichen Rangplatz ein. Der Median lag, wie auch bei der Pflegedokumentation sowie bei sonstigen Pflegepersonen der eigenen Station, bei 5.00, was auf der verwendeten Skala einer wöchentlichen Häufigkeit entspricht. Die Ergebnisse der ausgebildeten Pflegepersonen finden sich in Tabelle 54:

**Tabelle 54: Häufigkeit des Rückgriffs auf spezifische Quellen (ausgebildete Pflegepersonen)**

Quelle	d.R.	Median	M	SD	Min	Max
Ärztinnen/Arzt	6.81	4.50	4.10	1.58	1.00	6.00
Internet	6.64	4.00	4.09	1.32	1.00	6.00
Stationsleitung/stellvertretende Stationsleitung	6.25	4.00	3.87	1.45	1.00	6.00
Pflegedokumentation	6.22	4.00	3.86	1.90	1.00	6.00
Angehörige sonstiger Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie, Apotheke, Transportdienst etc.)	5.37	3.00	3.32	1.59	1.00	6.00
Sonstige Pflegepersonen der eigenen Station (keine Leitung/keine Anleitung)	5.22	3.00	3.25	1.72	1.00	6.00
Pflegepersonen, die für Ihre Einarbeitung/Anleitung zuständig waren	4.82	3.00	3.05	1.60	1.00	6.00
Pflegestandards	4.78	3.00	3.15	1.77	1.00	6.00
Fachbücher	4.60	3.00	3.13	1.45	1.00	6.00

<b>Quelle</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Pflegepersonen, die nicht in der eigenen Station gearbeitet haben	3.27	3.00	3.25	1.72	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=97; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Hinsichtlich der Häufigkeit einzelner Quellen, auf die bei offenen Fragen durch die ausgebildeten Pflegenden zurückgegriffen wurde, nahmen Ärztinnen/Ärzte den höchsten durchschnittlichen Rangplatz ein. Der Median betrug hier 4.50, was auf der verwendeten Skala zwischen den Ausprägungen „wöchentlich“ sowie „monatlich“ anzusiedeln ist. Den geringsten durchschnittlichen Rangplatz nahmen Pflegepersonen ein, die nicht in der Station der Befragten gearbeitet haben. Der Median betrug hier 3.00 was auf der verwendeten Skala einer vierteljährlichen Häufigkeit entspricht.

### **10.3.1.5 Zur Häufigkeit von Gründen, die zur Wahl einer bestimmten Quelle geführt haben**

In diesem Kapitel wird zusammenfassend dargestellt, wie häufig aus Sicht der Befragten spezifische Gründe entscheidend für die Auswahl von Quellen waren. Die Tabelle 55 fasst die Angaben der Auszubildenden zusammen:

**Tabelle 55: Häufigkeit von Gründen zur Entscheidung für den Rückgriff auf spezifische Quellen (Auszubildende)**

<b>Grund</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Quelle war in der Nähe	3.45	6.00	4.86	1.69	1.00	6.00
Befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war kompetent	3.44	5.00	4.83	1.53	1.00	6.00
Befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war sympathisch	3.32	5.00	4.80	1.59	1.00	6.00
Es war verpflichtend, die befragte Person zu fragen/die Schriftquelle zu lesen	2.74	5.00	3.91	1.89	1.00	6.00
Es waren keine anderen Personen/andere Schriftquellen verfügbar	2.05	2.00	2.86	2.00	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=98; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Hinsichtlich der Häufigkeit einzelner Gründe zur Wahl von Informationsquellen nahm in der Gruppe der Auszubildenden den höchsten durchschnittlichen Rangplatz ein, dass sich eine Quelle in der Nähe der jeweiligen Pflegeperson befand. Der Median beträgt hier 6.00, was auf der verwendeten Skala der Häufigkeit „täglich“ entspricht. Den niedrigsten durchschnittlichen Rangplatz nahm der Grund ein, dass keine anderen Personen/anderen Schriftquellen verfügbar waren. Der Median diesbezüglich betrug 2.00, was auf der verwendeten Skala einer Häufigkeit von 1-3 Mal im Jahr entspricht.

**Tabelle 56: Häufigkeit von Gründen zur Entscheidung für den Rückgriff auf spezifische Quellen (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Grund</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Quelle war in der Nähe	3.51	5.00	4.13	1.69	1.00	6.00
Befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war kompetent	3.41	4.00	4.05	1.54	1.00	6.00
Befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war sympathisch	3.40	4.00	4.06	1.69	1.00	6.00
Es war verpflichtend, die befragte Person zu fragen/die Schriftquelle zu lesen	2.57	3.00	3.08	1.58	1.00	6.00
Es waren keine anderen Personen/andere Schriftquellen verfügbar	1.93	1.00	2.13	1.54	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=97; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Die Rangfolge der Häufigkeiten, mit der einzelne Gründe zu der Entscheidung führten, auf eine bestimmte Quelle zurückzugreifen, entsprach in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen der Gruppe der Auszubildenden, auch wenn sich die Mediane unterschieden: Der Median der Häufigkeit, mit der der Grund, dass sich eine Quelle in der Nähe befand, entscheidend dafür war, dass auf sie zurückgegriffen wurde, betrug in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen 5.00, was auf der verwendeten Skala einer wöchentlichen Häufigkeit entspricht. Der Median der Häufigkeit, mit der Quellen deshalb gewählt wurden, weil keine anderen Quellen verfügbar waren, betrug 1.00, was auf der verwendeten Skala einer Häufigkeit von 1-3 Mal im Jahr entspricht.

### **10.3.1.6 Zur Zustimmung zu Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen**

In diesem Kapitel werden die Antworten der Befragten zur Relevanz von Kriterien für die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen abgebildet. Hier kam keine Häufigkeits-, sondern eine Zustimmungsskala zum Einsatz, bei der eine Behandlung als Intervallskala eher zu diskutieren war als bei der Häufigkeitsskala, die den Fragen der letzten Kapitel zu Grunde lag. Aus Gründen der Stringenz wurde auch diese Skala als Ordinalskala behandelt und dementsprechend wurden die nachfolgenden Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen nach ihrem durchschnittlichen Rangplatz (d.R.) geordnet, den sie hinsichtlich der Ausprägung ihrer Zustimmungswerte im Vergleich zu den anderen Kriterien einnahmen. Tabelle 57 fasst die Angaben der Auszubildenden zusammen:

**Tabelle 57: Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen (Auszubildende)**

<b>Ich verlasse mich nur auf Informationen, die...</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
von Personen stammen, die ich bereits als zuverlässig erlebt habe.	5.05	6.00	5.74	.95	2.00	7.00
für mich nachvollziehbar sind.	4.88	6.00	5.67	.95	2.00	7.00

<b>Ich verlasse mich nur auf Informationen, die...</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
nicht im Widerspruch zu dem stehen, was ich schon weiß.	4.06	5.00	4.98	1.68	1.00	7.00
von erfahrenen Pflegepersonen stammen.	3.60	5.00	4.91	1.39	1.00	7.00
von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen.	3.77	5.00	4.90	1.37	1.00	7.00
von Personen stammen, die ich als Mensch schätze	3.30	5.00	4.73	1.46	1.00	7.00
Nicht im Widerspruch zu meinen Wertvorstellungen stehen	3.31	5.00	4.59	1.71	1.00	7.00

**Anmerkungen:** N=98; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: trifft überhaupt nicht zu (1); trifft nicht zu (2); trifft eher nicht zu (3); weder/noch (4); trifft eher zu (5); trifft zu (6); trifft voll und ganz zu (7)

Den höchsten durchschnittlichen Rangplatz nahm in der Gruppe der Auszubildenden die Zustimmung zu dem Kriterium ein, dass sich auf Informationen verlassen wird, die von Personen stammen, die bereits als zuverlässig erlebt wurden (Median=6.00, entspricht „trifft zu“ auf der verwendeten Skala). Einen etwas niedrigeren durchschnittlichen Rangplatz, jedoch ebenfalls mit einem Median von 6.00 erreichte das Kriterium, dass die Informationen als nachvollziehbar empfunden wurden. Die Zustimmung zu den weiteren Kriterien, die in Tabelle 57 angeführt werden, erreichten niedrigere durchschnittlicher Rangplätze, jedoch jeweils mit einem Median von 5.00, was „trifft eher zu“ auf der gewählten Skala entspricht. Einen Median von 5.00 erreichten auch alle übrigen zur Auswahl gestellten Bewertungskriterien.

**Tabelle 58: Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Ich vertraue nur Informationen, die...</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
für mich nachvollziehbar sind.	4.86	6.00	5.56	1.26	1.00	7.00
von Personen stammen, die ich bereits als zuverlässig erlebt habe.	4.84	6.00	5.56	1.27	1.00	7.00
von erfahrenen Pflegeperson stammen.	3.86	5.00	4.76	1.60	1.00	7.00
von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen.	3.69	5.00	4.73	1.53	1.00	7.00
nicht im Widerspruch zu dem stehen, was ich schon weiß.	3.57	5.00	4.64	1.67	1.00	7.00
Nicht im Widerspruch zu meinen Wertvorstellungen stehen	3.56	5.00	4.56	1.91	1.00	7.00
von Personen stammen, die ich als Mensch schätze	3.46	5.00	4.58	1.61	1.00	7.00

**Anmerkungen:** N=97; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: trifft überhaupt nicht zu (1); trifft nicht zu (2); trifft eher nicht zu (3); weder/noch (4); trifft eher zu (5); trifft zu (6); trifft voll und ganz zu (7)

Wie Tabelle 58 zeigt, nahm in der Stichprobe der ausgebildeten Pflegepersonen die Zustimmung die höchsten durchschnittlichen Rangplätze ein, dass die Informationen als nachvollziehbar wahrgenommen wurde und dass sie von Personen stammten, die bereits als zuverlässig

erlebt wurden. Der Median betrug hier jeweils 6.00, was auf der verwendeten Skala „trifft zu“ entspricht.

### **10.3.2 Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung auf die Entstehung sowie die Lösung von Problemen durch das Hinzuziehen von Informationen**

In diesem Kapitel wird dargestellt, inwiefern sich zwischen unterschiedlich berufserfahrenen Pflegenden Unterschiede hinsichtlich der Problementstehung sowie des weiteren Informationsprozesses zeigten. Überlegungen zur Relevanz und zum methodischen Vorgehen hierzu finden sich in Kapitel 10.3.2.1. In Kapitel 10.3.2.2 werden Unterschiede zwischen unterschiedlich erfahrenen Pflegenden hinsichtlich der Häufigkeit von Fragen an das betriebliche Bildungspersonal und in Kapitel 10.3.2.3 Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Fragen generell, also unabhängig von der Nutzung spezifischer Informationsquellen dargestellt. Im Anschluss daran wird betrachtet, inwiefern sich Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit zeigten, mit der einzelne Quellen zur Informationsbeschaffung genutzt wurden (Kapitel 10.3.2.4). Unterschiede bezüglich der Häufigkeit, mit der einzelne Gründe zur Auswahl bestimmter Informationsquellen geführt haben, werden in Kapitel 10.3.2.5 thematisiert. Danach wird in Kapitel 10.3.2.6 auf Unterschiede zwischen unterschiedlich berufserfahrenen Pflegenden hinsichtlich ihrer Zustimmung zu verschiedenen Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen eingegangen.

#### ***10.3.2.1 Zur Relevanz des Einflusses der Berufserfahrung und Überlegungen zum methodischen Vorgehen***

Als Defizit des Forschungsstandes zur Problementstehung sowie zum Informationsprozess wurde herausgestellt, dass in den zugrundeliegenden Studien ein möglicher Einfluss der Berufserfahrung nicht hinreichend berücksichtigt wurde (vgl. Kapitel 7).

Das Ignorieren des Einflusses der Berufserfahrung könnte jedoch dazu führen, dass die Forschungsfrage, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden, nicht vollständig beantwortet wird. Dass die Berufserfahrung hier möglicherweise einen relevanten Einfluss ausübt, legen einerseits die theoretischen Vorüberlegungen der Arbeit, aber auch teilweise die Ergebnisse der qualitativen Empirie nahe. Im Kern wurde dies auf Lerneffekte durch eine höhere Zahl an zu lösenden Aufgaben mit wachsender Berufserfahrung sowie auf Veränderungen der Position innerhalb des sozialen Gefüges der jeweiligen Station zurückgeführt.

Gerade für das betriebliche Bildungspersonal in der Pflege ist dies relevant, da davon auszugehen ist, dass dieses häufig in Teams mit einer heterogenen Erfahrungsstruktur tätig ist. Laut

HASSELHORN, MÜLLER und TACKENBERG (2005, 11) gehören Pflegende in vielen europäischen Ländern vor allem jüngeren Altersgruppen an, da Pflegende mittleren oder höheren Alters den Beruf häufiger verlassen als dies in anderen Berufen der Fall ist. Laut dem Bericht der EXIT-Studie trifft es in Relation zu anderen europäischen Ländern gerade auf Deutschland zu, dass in der Pflege vor allem jüngere Menschen beschäftigt sind (ebd., 24). Auch in der hier untersuchten Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen waren etwa die Hälfte (51.1%) der Befragten 30 Jahre alt oder jünger. Sollte sich also die Berufserfahrung als wichtiger Einflussfaktor herauskristallisieren, wäre im Anschluss zu diskutieren, ob es für das betriebliche Bildungspersonal sinnvoll ist, dies bei der Bereitstellung generalisierbarer Informationen zu berücksichtigen.

Als methodischer Zugang kommen in der Expertiseforschung, in der die Untersuchung des Einflusses der Berufserfahrung auf die Kompetenz eine wichtige Rolle spielt, typischerweise kontrastierende Querschnittsdesigns zum Einsatz (GRUBER, WEBER & ZIEGLER 1996, 169). Ein charakteristisches Beispiel wäre ein Vergleich zweier Gruppen von Schachspielern, von denen angenommen werden kann, dass sie sich hinsichtlich ihrer Expertise unterscheiden, was im Schach anhand der Turnierergebnisse gut nachvollziehbar ist (ebd., 173). Vergleichbare Kennzahlen zur Einschätzung der Kompetenzentwicklung existieren für die Pflege nicht, entsprechende Selbst- und Fremdeigenschätzungen wurden hier aufgrund angenommener Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit als unzuverlässig eingeschätzt.

Daher wurde entschieden, den Einfluss der Berufserfahrung über Vergleiche zwischen Pflegepersonen, die unterschiedlich lange in einem Kontext tätig waren, zu untersuchen. Ausgangspunkt für eine wachsende Kompetenzentwicklung im Zuge einer steigenden Berufserfahrung ist das Bewältigen einer höheren Anzahl subjektiv problemhaltiger Aufgaben (vgl. Kapitel 4.2.3.2; siehe auch GOLLER 2017, 319). Dies wiederum setzt voraus, dass diese Aufgaben in den untersuchten Stationen auch regelmäßig auftraten und somit als potenzielle Lerngelegenheiten dienten. Daher wurde zunächst überprüft, ob die Aufgaben, die in den Fragebogen aufgenommen wurden, in den gesamten Teams der befragten Pflegenden regelmäßig angefallen sind und somit davon auszugehen ist, dass entsprechende Lerngelegenheiten bestanden. Die Darstellung erfolgte analog zu der Aufarbeitung der Befunde in Kapitel 10.3.1. Die Ergebnisse in der Gruppe der Auszubildenden finden sich in Tabelle 59:

**Tabelle 59: Häufigkeit, mit der Aufgaben im letzten Jahr für das gesamte Pflegeteam angefallen sind (Auszubildendengruppe)**

<b>Aufgabe</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Mobilisation von Patient/innen	6.49	6.00	5.46	1.31	1.00	6.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	6.48	6.00	5.45	1.31	1.00	6.00
Patientendokumentation/Administration	6.31	6.00	5.40	1.30	1.00	6.00
Verbandswechsel	5.50	6.00	4.96	1.53	1.00	6.00
Bedienung medizinischer Geräte	5.42	6.00	5.01	1.45	1.00	6.00
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	3.97	5.00	4.28	1.60	1.00	6.00
Zwischenmenschliche Konflikte	3.72	5.00	4.11	1.55	1.00	6.00
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	3.41	5.00	4.18	1.52	1.00	6.00
Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen	3.34	4.00	3.97	1.56	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=98; d.R.= durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

In der Tabelle 60 zeigen sich die Befunde der ausgebildeten Pflegepersonen:

**Tabelle 60: Häufigkeit, mit der Aufgaben im letzten Jahr für das gesamte Pflegeteam angefallen sind (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Aufgabe</b>	<b>d.R.</b>	<b>Median</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
Mobilisation von Patient/innen	6.26	6.00	5.65	.86	2.00	6.00
Patientendokumentation/Administration	6.25	6.00	5.69	.72	2.00	6.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	5.77	6.00	5.52	.94	2.00	6.00
Verbandswechsel	5.27	6.00	5.44	1.06	1.00	6.00
Bedienung medizinischer Geräte	4.89	6.00	5.13	1.21	1.00	6.00
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	4.85	5.00	5.12	1.15	1.00	6.00
Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen	3.89	5.00	4.69	1.29	1.00	6.00
Zwischenmenschliche Konflikte	3.58	5.00	4.63	1.24	1.00	6.00
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	3.28	5.00	4.52	1.06	1.00	6.00

**Anmerkungen:** N=97; d.R.=durchschnittlicher Rangplatz; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Skala: Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Aufgrund der Mediane wurde angenommen, dass sämtliche Aufgaben, die in den Fragebogen aufgenommen wurden, auch regelmäßig im erfassten Zeitraum für das gesamte Team der Auszubildenden und der ausgebildeten Pflegepersonen angefallen sind. Dementsprechend war von entsprechenden Lerngelegenheiten auszugehen. Inwiefern diese auch wahrgenommen wurden, konnte aufgrund der Erhebung nicht festgestellt werden.

Mögliche Einflüsse kontextbezogener Berufserfahrung auf Aspekte der Problementstehung sowie des Informationsprozesses durch Korrelationsanalysen zu bestimmen wurde schon aus Gründen der theoretischen Stringenz abgelehnt, da bislang mit Unterschieden der Berufserfahrung und ihrer Auswirkung auf verschiedene Aspekte der Problementstehung sowie des Informationsprozesses argumentiert wurde (z.B. Kapitel 5.7). Zudem wurden sie aufgrund statistischer Überlegungen abgelehnt, da die Anzahl der Pflegenden, die eine bestimmte Anzahl an

Jahren nach Abschluss der Ausbildung in einem Kontext beschäftigt waren, äußerst ungleich verteilt waren. So wiesen knapp die Hälfte der ausgebildeten Pflegepersonen eine Berufserfahrung von 3 Jahren oder weniger auf. Daher wäre bei der Verwendung von Rangkorrelationsverfahren (EID, GOLLWITZER & SCHMITT 2013, 543ff.) mit einer geringen Aussagekraft zu rechnen gewesen, da jeweils verhältnismäßig viele Pflegenden den gleichen Rang zugewiesen bekommen hätten. Ebenfalls abgelehnt wurde eine Mediandichotomisierung, wie sie REUSCHENBACH (2008, 270) zur Aufteilung seiner Stichprobe in Experten und Novizen durchführte, da in der vorliegenden Arbeit eine Gelegenheitsstichprobe gezogen wurde und knapp die Hälfte der ausgebildeten Pflegenden eine Berufserfahrung von drei oder weniger Jahren aufwiesen. Somit wurde entschieden, eine theoriegeleitete Einteilung der Pflegenden in Erfahrungsstufen vorzunehmen und dann Tests auf Unterschiede durchzuführen. Da kein anderes Modell zur Einteilung quantifizierbarer Stufen der Berufserfahrung bekannt war, das auf empirischer Basis Unterschiede zwischen den einzelnen Stufen der Berufserfahrung nachweist, wurde, trotz aller Kritik auf das Stufenmodell von BENNER (vgl. Kapitel 4.3.1) zurückgegriffen. Dazu ist jedoch zu sagen, dass sich die Kritik (ebd.) vorwiegend darauf bezog, dass das Modell keine professionelle Kompetenzentwicklung im Sinne der vorliegenden Arbeit beschreibt. Ihm wurde jedoch zugeschrieben, typische Unterschiede im Handeln Pflegenden mit unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung in einem Kontext zu beschreiben. Dementsprechend wurden folgende Gruppeneinteilungen vorgenommen (BENNER 2012, 63ff.):

Der Auszubildendendatensatz wurde, wie auch in Kapitel 10.3.1, gesondert behandelt. Auszubildende sind nach Benner auf der Stufe 1 (Neuling) anzusiedeln. Abweichend von Benner wurden die Auszubildenden nach Ausbildungsjahren (1-3) eingeteilt, um zu untersuchen, ob Unterschiede zwischen den Ausbildungsjahren erkennbar waren.

Im Datensatz der Pflegepersonen mit abgeschlossener Berufserfahrung wurde jeweils die Berufserfahrung in einer Station für die Gruppeneinteilung zugrunde gelegt, da BENNER (ebd.) die Rolle der Berufserfahrung in einem spezifischen Kontext hervorhebt. Hier wurden folgende Gruppen gebildet:

- Gruppe 1 (Fortgeschrittene Anfänger): Bis zu zwei Jahre Berufserfahrung in einer Station;
- Gruppe 2 (Kompetente Pflegenden): Zwei bis drei Jahre Berufserfahrung in einer Station;
- Gruppe 3 (Erfahrene Pflegenden): Vier bis fünf Jahre in einer Station. Hier ist anzumerken, dass BENNER (ebd., 68ff.) eigentlich drei bis fünf Jahre als typischen Zeitraum



veranschlagt – hier hätte es dann jedoch eine Überschneidung mit der Stufe „Kompetente Pflegende“ gegeben;

- Gruppe 4 (Pflegeexperten): Ab fünf Jahre in einer bestimmten Abteilung.

Da Unterschiede zwischen mehr als zwei Gruppen untersucht werden sollten, wurden aufgrund der Verteilung der Daten und deren Ordinalskalierung (vgl. Kapitel 10.3.1.1) Kruskal-Wallis Tests berechnet, wobei zur Bestimmung von Unterschieden zwischen den einzelnen Gruppen zusätzlich post-hoc Tests durchgeführt wurden (EID, GOLLWITZER & SCHMITT, 454ff.).

### ***10.3.2.2 Unterschiede zwischen der Häufigkeit von Fragen an das betriebliche Bildungspersonal zu einzelnen Aufgaben zwischen Pflegenden unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung***

Zunächst wurde in der Gruppe der Auszubildenden untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den einzelnen Ausbildungsjahren zeigten, was die Häufigkeiten der Fragen an das betriebliche Bildungspersonal zu bestimmten Aufgaben anging. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die verwendeten Tests nicht die Unterschiede zwischen den Mittelwerten, sondern Unterschiede zwischen den Rängen prüfen, was für sämtliche Kruskal-Wallis-Tests gilt, also für sämtliche Analysen in den folgenden Kapiteln. Dies wird im Folgenden zum besseren Verständnis vereinfacht ausgedrückt, indem von geringerer oder höherer Häufigkeit gesprochen wird. Gemeint ist damit ein geringerer bzw. höherer Rang der Häufigkeit. Ergaben sich signifikante Unterschiede, so wurden zusätzlich Post-Hoc-Tests durchgeführt, um herauszufinden, zwischen welchen Ausbildungsjahren jeweils signifikante Unterschiede feststellbar waren. In den folgenden Kapiteln wird analog dazu vorgegangen.

**Tabelle 61: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal zwischen unterschiedlichen Ausbildungsjahren (Auszubildendengruppe)**

<b>Ausbildungsjahr:</b>	<b>1.AJ</b>		<b>2. AJ</b>		<b>3. AJ</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
	<b>N=49</b>		<b>N=19</b>		<b>N=30</b>			
<b>Aufgabe</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Patientendokumentation/Administration	4.11	1.68	4.28	1.60	3.67	1.95	1.85	.40
Mobilisation von Patient/innen	4.26	1.69	2.44	1.65	2.89	1.81	14.75	.00
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	4.00	1.57	3.50	2.01	2.80	1.77	9.63	.01
Bedienung medizinischer Geräte	3.44	1.73	2.94	1.66	3.20	1.86	.80	.67
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	3.04	2.02	2.33	1.68	4.17	1.79	11.91	.00
Verbandswechsel	3.33	1.65	2.89	1.49	2.93	1.68	2.10	.35
Legen/Entfernen von Blasenkatetern	2.75	1.56	2.78	1.80	2.07	1.41	7.89	.02
Zwischenmenschliche Konflikte	2.32	1.67	2.39	1.61	2.43	1.76	.24	.89
Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen	2.33	1.40	2.44	1.72	2.43	1.76	.46	.79

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=98; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Als Ergebnis (Tabelle 61) war festzustellen, dass sich die Auszubildenden hinsichtlich der Fragen zu bestimmten Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal in Bezug auf folgende Aufgaben signifikant unterschieden:

- Bezüglich der Fragen zur Mobilisation von Patienten gaben die Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres an, signifikant seltener ( $p=.01^{15}$ ) Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gehabt zu haben, als die Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres. Auch bei den Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres war eine signifikant geringere Häufigkeit von Fragen feststellbar, als bei den Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres ( $p=.01$ ).
- Weiterhin war festzustellen, dass die Häufigkeit der Fragen zur Einschätzung der Ressourcen von Patienten an das betriebliche Bildungspersonal bei den Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahrs signifikant ( $p=.01$ ) geringer war, als bei den Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres.
- Die Häufigkeit der Fragen der Auszubildenden zu fehlenden bzw. fehlerhaften ärztlichen Informationen war bei den Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres signifikant ( $p=.02$ ) ausgeprägter als bei den Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres.

<sup>15</sup> Bei sämtlichen Post-hoc-Tests werden hier jeweils angepasste Signifikanzen unter Berücksichtigung der Bonferroni-Korrektur angegeben. Dies bedeutet, dass der Einfluss der höheren Zahl von Einzeltests, die beim Vergleich mehrerer Gruppen durchgeführt werden müssen, auf die Wahrscheinlichkeit rechnerisch berücksichtigt wird (EID, GOLLWITZER & SCHMITT 2013, 417f.)

- Zudem gaben die Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres mit einer signifikant ( $p=.03$ ) höheren Häufigkeit an, Fragen an das berufliche Bildungspersonal zum Legen und Entfernen von Blasenkathetern gehabt zu haben, als die Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres. Letztere gaben eine signifikant ( $p=.00$ ) geringere Häufigkeit an Fragen zum Legen/Entfernen von Blasenkathetern an das berufliche Bildungspersonal an, als die Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres.

Bei den ausgebildeten Pflegepersonen konnten, wie Tabelle 62 zeigt, keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Erfahrungsstufen bezüglich der Häufigkeit von Fragen an das berufliche Bildungspersonal zu den betrachteten Aufgaben festgestellt werden.

**Tabelle 62: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal zwischen unterschiedlichen Erfahrungsstufen (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Berufserfahrung in der gleichen Station:</b>	<b>&lt; 2 Jahre N=18</b>		<b>2 – 3 Jahre N=27</b>		<b>4 – 5 Jahre N=11</b>		<b>&gt; 5 Jahre N=41</b>			
<b>Aufgabe</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Chi</b>	<b>p</b>
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	3.71	1.72	2.96	1.77	3.40	1.84	2.74	1.93	4.25	.24
Patientendokumentation/Administration	3.65	1.62	3.00	1.88	2.73	1.62	2.71	1.96	3.32	.38
Verbandswechsel	2.82	1.38	2.22	1.09	2.46	1.29	2.31	1.66	.25	.47
Bedienung medizinischer Geräte	2.65	1.27	2.17	.94	2.30	1.25	2.31	1.64	1.63	.65
Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen	2.71	1.69	2.44	1.70	2.64	1.69	2.40	1.68	1.02	.80
Zwischenmenschliche Konflikte	2.65	1.37	2.39	1.70	2.36	1.63	2.40	1.61	.85	.84
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	2.41	1.58	2.00	1.71	2.27	1.62	2.49	1.84	1.25	.74
Mobilisation von Patient/innen	2.36	1.54	2.18	1.84	2.09	1.64	2.49	1.93	.36	.95
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	2.00	1.27	1.52	.90	1.55	1.04	1.74	1.46	1.32	.72

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=97; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

### **10.3.2.3 Unterschiede zwischen der Häufigkeit von Fragen zu spezifischen Aufgaben nach unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung**

Hinsichtlich der Häufigkeit von Fragen zu spezifischen Aufgaben ohne Einschränkung an wen diese Fragen gerichtet wurden ergab sich in der Gruppe der Auszubildenden ein ähnliches Bild,

wie bezüglich der Fragen zu spezifischen Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal. Dies wird hier in Tabelle 63 dargestellt:

**Tabelle 63: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben zwischen unterschiedlichen Erfahrungsstufen (Auszubildende)**

Ausbildungsjahr:	1. AJ		2. AJ		3. AJ		Chi	p
	N=49		N=19		N=30			
Aufgabe	M	SD	M	SD	M	SD		
Patientendokumentation/Administration	4.27	1.58	4.21	2.02	4.23	1.48	.53	.77
Mobilisation von Patient/innen	4.43	1.71	3.68	2.06	3.07	1.87	10.44	.01
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	3.28	2.04	3.53	1.90	4.57	1.65	6.40	.04
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	3.86	1.72	3.68	1.86	2.70	1.76	8.79	.01
Bedienung medizinischer Geräte	3.38	1.67	2.79	1.51	3.43	1.75	1.87	.39
Verbandswechsel	2.98	1.51	2.95	1.43	3.03	1.61	.07	.96
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	3.14	1.51	3.37	1.74	2.87	1.72	1.61	.45
Zwischenmenschliche Konflikte	2.84	1.55	3.26	1.91	2.50	1.74	1.98	.37
Legen/Entfernen von Blasenkathe- tethern	2.63	1.27	2.16	1.12	2.33	1.34	2.16	.34

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=98; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vier-  
teljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Wie auch im vorangegangenen Kapitel wurden im Fall signifikanter Befunde post-hoc-Tests berechnet, um zu untersuchen, zwischen welchen Ausbildungsjahren Unterschiede erkennbar sind:

- Die Häufigkeit der Fragen der Auszubildenden zur Mobilisation von Patient/innen war bei den Befragten des ersten Ausbildungsjahrs signifikant ( $p=.00$ ) ausgeprägter als bei den Befragten des dritten Ausbildungsjahres.
- Bei der Häufigkeit der Fragen der Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres zu fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen ließ sich eine signifikant ( $p=.04$ ) höhere Ausprägung feststellen als bei den Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres.
- Bei der Häufigkeit der Fragen zur Einschätzung der Ressourcen von Patienten der Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres ließ sich eine signifikant ( $p=.01$ ) höhere Ausprägung feststellen als bei Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres.
- Im Unterschied zu Fragen an das betriebliche Bildungspersonal, auf die im vorangegangenen Kapitel eingegangen wurde, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung der Häufigkeit von Fragen der Auszubildenden zum Legen und Entfernen von Blasenkathe-  
tethern zwischen den unterschiedlichen Ausbildungsjahren.

Die Ergebnisse zur Fragehäufigkeit der ausgebildeten Pflegepersonen finden sich in Tabelle 64: Hier zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Erfahrungsstufen.

**Tabelle 64: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben zwischen unterschiedliche Erfahrungsstufen (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Berufserfahrung in der gleichen Station:</b>	<b>&lt; 2 Jahre N=18</b>		<b>2 – 3 Jahre N=27</b>		<b>4 – 5 Jahre N=11</b>		<b>&gt; 5 Jahre N=41</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
<b>Aufgabe</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Fehlende/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	4.39	1.29	4.59	1.47	5.00	1.26	4.23	1.85	1.52	.68
Patientendokumentation/Administration	4.33	1.68	3.67	1.86	4.55	1.57	4.34	1.81	3.02	.39
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	4.00	1.57	3.74	1.63	4.09	1.14	4.26	1.55	2.05	.56
Mobilisation von Patient/innen	3.73	1.90	3.31	2.09	3.38	1.96	4.33	1.64	4.51	.21
Verbandswechsel	3.82	1.19	3.89	1.53	3.64	1.12	3.68	1.72	.25	.97
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	3.53	1.74	3.44	1.97	3.27	2.00	3.65	1.86	.30	.96
Zwischenmenschliche Konflikte	3.50	1.29	3.22	1.84	3.82	1.08	3.54	1.59	2.11	.55
Bedienung medizinischer Geräte	3.39	1.61	3.22	1.70	3.09	1.14	3.20	1.52	.77	.86
Legen/Entfernen von Blasenkatetern	2.67	1.61	2.26	1.46	2.73	1.62	2.88	1.55	3.50	.32

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=97; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

#### ***10.3.2.4 Unterschiede bezüglich der Häufigkeit, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung von Fragen herangezogen wurden***

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zur Häufigkeit dargestellt, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung von Fragen herangezogen wurden. Dabei geht Tabelle 65 auf die Gruppe der Auszubildenden ein.

**Tabelle 65: Unterschiede der Häufigkeit, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung von Fragen herangezogen wurden (Auszubildende)**

<b>Ausbildungsjahr:</b>	<b>1.AJ N=49</b>		<b>2. AJ N=19</b>		<b>3. AJ N=30</b>			
<b>Quelle</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Chi</b>	<b>p</b>
Anleitende Pflegepersonen	4.39	1.78	4.79	1.75	4.70	1.63	1.20	.65
Pflegedokumentation	4.38	1.76	4.90	1.76	4.30	2.11	2.82	.24
Sonstige Pflegepersonen der eigenen Station (keine Leitung/keine Anleitung)	4.55	1.76	5.21	1.62	3.90	1.81	10.64	.01
Internet	3.71	1.77	4.05	1.84	3.67	1.77	1.27	.53
Stationsleitung/stellvertretende Stationsleitung	3.28	1.56	2.53	1.84	3.27	1.86	2.91	.23
Pflegestandards	2.84	1.65	3.05	2.15	2.70	1.66	.15	.93
Ärztinnen/Arzt	2.29	1.38	3.68	1.57	3.33	2.09	10.51	.01
Fachbücher	2.43	1.47	2.84	1.57	3.27	1.82	5.24	.07
Angehörige sonstiger Berufsgruppen	2.40	1.65	2.37	1.86	2.60	1.90	.29	.87
Pflegepersonen außerhalb der eigenen Station	1.65	1.16	1.47	1.02	1.53	1.33	1.83	.40

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=98; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Hinsichtlich der Häufigkeit, mit der Pflegepersonen der eigenen Station befragt wurden, die keine anleitenden und keine leitenden Personen waren, ergab sich eine signifikant ( $p=.00$ ) höhere Ausprägung bei den Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres im Vergleich zu den Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres. Die Häufigkeit, mit der ärztliches Personal befragt wurde, war bei den Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres signifikant ( $p=.01$ ) höher, als bei den Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres.

Bei den ausgebildeten Pflegepersonen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den einzelnen Erfahrungsstufen (vgl. Tabelle 66).

**Tabelle 66: Unterschiede bzgl. der Häufigkeit, mit der einzelne Quellen herangezogen wurden zwischen einzelnen Erfahrungsstufen (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Berufserfahrung in der gleichen Station:</b>	<b>&lt; 2 Jahre N=18</b>		<b>2 – 3 Jahre N=27</b>		<b>4 – 5 Jahre N=11</b>		<b>&gt; 5 Jahre N=41</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
<b>Quelle</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Ärztinnen/Arzt	3.78	1.48	3.82	1.73	4.08	1.22	4.45	1.58	4.89	.18
Internet	4.40	1.09	3.95	1.43	4.27	.79	4.27	.79	1.77	.62
Stationslei- tung/stellvertre- tende Stationslei- tung	3.78	1.35	3.42	1.41	4.36	1.03	4.08	1.56	5.18	.16
Pflegedokumenta- tion	3.82	1.91	3.89	1.87	3.73	1.90	3.88	1.98	.64	.89
Angehörige sonsti- ger Berufsgruppen (z.B. Physiothera- pie, Apotheke, Transportdienst etc.)	3.44	1.46	2.89	1.56	3.30	1.64	3.55	1.65	4.30	.23
Sonstige Pflegeper- sonen der eigenen Station (keine Lei- tung/keine Anlei- tung)	2.78	1.70	2.96	1.60	3.58	1.68	3.58	1.88	2.69	.44
Pflegepersonen, die für ihre Einarbei- tung/Anleitung zu- ständig waren	3.33	1.53	3.31	1.52	2.36	1.38	3.05	1.73	3.63	.31
Pflegestandards	3.44	1.92	2.63	1.62	2.82	1.40	3.48	1.95	3.96	.27
Fachbücher	3.29	1.81	2.74	1.63	3.46	1.04	3.20	1.35	4.98	.17

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=97; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Min=Minimum; Max=Maximum; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

### **10.3.2.5 Unterschiede der Häufigkeit einzelner Gründe zur Auswahl einer Quelle**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse zu der Häufigkeit einzelner Gründe, weshalb bestimmte Quellen ausgewählt wurden, zusammengefasst. Tabelle 67 bezieht sich dahingehend auf die Gruppe der Auszubildenden.

**Tabelle 67: Häufigkeit ausschlaggebender Gründe zur Wahl einer Quelle (Auszubildende)**

<b>Ausbildungsjahr:</b>	<b>1.AJ</b>		<b>2. AJ</b>		<b>3. AJ</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
	<b>N=49</b>		<b>N=19</b>		<b>N=30</b>			
<b>Grund</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Quelle war in der Nähe	4.84	1.62	5.58	.77	4.43	1.81	5.06	.08
Befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war kompetent	4.82	1.55	4.74	1.82	4.90	1.32	1.11	.95
Befrage Person/Verfasser/in des Gelesenen war sympathisch	4.76	1.56	4.74	1.88	4.90	1.47	.78	.68
Es war verpflichtend, die befragte Person zu fragen/die Schriftquelle zu lesen	4.12	1.76	3.74	2.18	3.67	1.94	.80	.67
Es waren keine anderen Personen/anderen Schriftquellen verfügbar	3.00	1.95	2.63	1.98	2.77	2.05	.78	.49

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=98; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)

Als Ergebnis zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Auszubildenden verschiedener Ausbildungsjahre. Tabelle 68 fasst die entsprechenden Befunde für die Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen zusammen:

**Tabelle 68: Häufigkeit ausschlaggebender Gründe zur Wahl einer Quelle (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Berufserfahrung in der gleichen Station:</b>	<b>&lt; 2 Jahre</b>		<b>2 – 3 Jahre</b>		<b>4 – 5 Jahre</b>		<b>&gt; 5 Jahre</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
	<b>N=18</b>		<b>N=27</b>		<b>N=11</b>		<b>N=41</b>			
<b>Grund</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Quelle war in der Nähe	4.81	1.33	4.07	1.77	4.18	1.40	3.87	1.82	3.84	.30
Befragte Person/Verfasser/in des Gelesenen war kompetent	4.47	1.25	3.52	1.70	4.36	1.12	4.18	1.57	4.52	.21
Befrage Person/Verfasser/in des Gelesenen war sympathisch	4.75	1.39	4.00	1.64	4.27	1.42	3.73	1.87	3.29	.35
Es war verpflichtend, die befragte Person zu fragen/die Schriftquelle zu lesen	3.47	1.37	2.56	1.48	3.00	1.84	3.30	1.62	6.23	.10
Es waren keine anderen Personen/anderen Schriftquellen verfügbar	1.69	1.30	2.33	1.62	3.55	1.63	1.75	1.30	15.49	.00

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=97; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: Skala: Nie (1); 1-3 Mal (2); vierteljährlich (3); monatlich (4); wöchentlich (5); täglich (6)



Als Ergebnis der post-hoc-Tests zeigte sich, dass in der Gruppe mit weniger als zwei Jahren Berufserfahrung in der gleichen Station der Grund „Es waren keine anderen Personen/anderen Schriftquellen verfügbar“ signifikant ( $p=.01$ ) häufiger entscheidend für die Informationsquellenwahl war als in der Gruppe der Pflegenden mit vier bis fünf Jahren Berufserfahrung in der gleichen Station. Ferner zeigte sich, dass dieser Grund von Pflegenden mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung in einer Station signifikant ( $p=.00$ ) seltener als entscheidend zur Informationsquellenwahl angegeben wurde als von Pflegenden mit vier bis fünf Jahren Berufserfahrung in derselben Station.

### **10.3.2.6 Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung einzelner Kriterien zur Bewertung der Verlässlichkeit von Informationen**

In der Gruppe der Auszubildenden konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Ausbildungsjahren zur Zustimmung zu den folgenden Kriterien zur Bewertung der Bewertung der Verlässlichkeit von Informationen nachgewiesen werden, wie Tabelle 69 zeigt:

**Tabelle 69: Unterschiede hinsichtlich der Zustimmung zu einzelnen Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen (Auszubildende)**

<b>Ausbildungsjahr:</b>	<b>1.AJ</b>		<b>2. AJ</b>		<b>3. AJ</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
	<b>N=49</b>		<b>N=19</b>		<b>N=30</b>			
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
<b>Ich verlasse mich nur auf Informationen, die...</b>								
von Personen stammen, die ich bereits als zuverlässig erlebt habe.	5.52	1.11	5.84	.50	6.03	.81	4.63	.10
für mich nachvollziehbar sind.	5.44	.97	5.74	.81	6.00	.95	4.82	.09
nicht im Widerspruch zu dem stehen, was ich schon weiß.	4.71	1.75	5.16	1.61	5.30	1.58	3.71	.16
von erfahrenen Pflegeperson stammen.	4.90	1.28	4.95	1.13	4.90	1.71	.25	.88
von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen.	4.83	1.34	5.37	1.07	4.70	1.56	2.06	.36
von Personen stammen, die ich als Mensch schätze	4.75	1.38	4.37	1.07	4.93	1.78	3.05	.22
nicht im Widerspruch zu meinen Wertvorstellungen stehen	4.42	1.66	4.42	1.61	4.97	1.85	3.71	.16

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=98; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: trifft überhaupt nicht zu (1); trifft nicht zu (2); trifft eher nicht zu (3); weder/noch (4); trifft eher zu (5); trifft zu (6); trifft voll und ganz zu (7)

Tabelle 70 zeigt die Ergebnisse der ausgebildeten Pflegepersonen.

**Tabelle 70: Unterschiede hinsichtlich der Zustimmung zu einzelnen Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen (ausgebildete Pflegepersonen)**

<b>Berufserfahrung in der gleichen Station:</b>	<b>&lt; 2 Jahre N=18</b>		<b>2 – 3 Jahre N=27</b>		<b>4 – 5 Jahre N=11</b>		<b>&gt; 5 Jahre N=41</b>		<b>Chi</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>		
<b>Ich verlasse mich nur auf Informa- tionen, die...</b>										
von Personen stammen, die ich bereits als zuver- lässig erlebt habe.	5.71	1.16	6.00	.92	5.82	.75	5.13	1.50	4.86	.18
für mich nach- vollziehbar sind.	5.11	1.37	6.15	.86	6.00	1.26	5.25	1.28	13.19	.00
nicht im Wider- spruch zu dem stehen, was ich schon weiß.	3.82	1.85	4.67	2.08	5.46	1.75	4.55	1.81	4.70	.04
von erfahrenen Pflegepersonen stammen.	5.00	1.70	4.42	1.33	5.00	1.90	4.82	1.67	2.51	.47
von Personen mit einer bestimmten Qualifikation o- der beruflichen Position stam- men.	4.53	1.42	4.89	1.40	4.73	1.80	4.70	1.64	.61	.89
von Personen stammen, die ich als Mensch schätze	4.39	1.91	4.67	1.54	5.18	1.40	4.45	1.57	1.75	.63
nicht im Wider- spruch zu meinen Wertvorstellun- gen stehen	3.82	1.84	4.67	2.08	5.46	1.75	4.55	1.81	4.70	.20

**Anmerkungen:** Kruskal-Wallis-Test; N=97; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Chi=Chi-Quadrat; Skala: trifft überhaupt nicht zu (1); trifft nicht zu (2); trifft eher nicht zu (3); weder/noch (4); trifft eher zu (5); trifft zu (6); trifft voll und ganz zu (7)

Die ausgebildeten Pflegenden mit einer Berufserfahrung von maximal zwei Jahren in einer Station wiesen eine signifikant ( $p=.04$ ) geringere Zustimmung dazu auf, dass sie sich nur auf Informationen verlassen, die sie als nachvollziehbar empfanden, als Pflegenden mit einer Berufserfahrung von vier bis fünf Jahren. Im Vergleich zu letzteren wiesen die Pflegenden mit einer längeren Berufserfahrung als fünf Jahre eine signifikant ( $p=.02$ ) geringer ausgeprägte Zustimmung zu diesem Kriterium auf.

Bei der Zustimmung dazu, dass sich die Pflegenden nur auf Informationen verlassen, die nicht im Widerspruch zu dem standen, was sie bereits wussten, konnten als Ergebnis der post-hoc-Tests nach der Bonferroni-Korrektur keine signifikanten Unterschiede zwischen einzelnen Erfahrungsstufen festgestellt werden.

#### **10.4 Zur statistischen Güte der quantitativen Untersuchung**

Dieses Kapitel setzt sich kritisch mit der Frage auseinander, inwiefern die Ergebnisse des quantitativen Teils statistischen Gütekriterien genügen und inwiefern die Erkenntnisse als verallgemeinerbar angesehen werden können.

MOOSBRUGGER und KELAVA (2012, 8) listen eine Reihe gängiger Gütekriterien auf, woraus hier die Objektivität, die Validität sowie die Reliabilität herausgegriffen werden, da diese als besonders verbreitet angesehen werden. Die anderen Kriterien werden dagegen in der vorliegenden Arbeit nicht herangezogen, weil sie sich teilweise auf die Konstruktion mehrfach einsetzbarer, standardisierter Testinstrumente beziehen, wie etwa die „Testökonomie“ (ebd.) oder aber bereits bei der Konstruktion der Items implizit bereits berücksichtigt wurden.

Objektivität wird folgendermaßen definiert (ebd., 8): „Ein Test ist dann objektiv, wenn er dasjenige Merkmal, das er misst, unabhängig von Testleiter und Testauswerter misst. Außerdem müssen klare und anwenderunabhängige Regeln für die Ergebnisinterpretation vorliegen.“ Dies wird hier als erfüllt angesehen, da der Fragebogen so konstruiert wurde, dass er online und somit unter Abwesenheit eines Testleiters eingesetzt werden konnte. Ferner kamen bei der Auswertung Verfahren zum Einsatz, die unabhängig von der auswertenden Person zum gleichen Ergebnis kommen. Kritisch könnte hier mit Blick auf die Durchführungsobjektivität (ebd., 9) angesehen werden, dass die Durchführungsbedingungen nicht vollständig kontrolliert wurden. So kann beispielsweise nicht ausgeschlossen werden, dass einige Testpersonen den Fragebogen unter Zeitdruck ausgefüllt haben und andere nicht. Jedoch erscheint es schwierig, außerhalb eines experimentellen Settings die Kontrolle sämtlicher Variablen zu gewährleisten.

Validität wird von MOOSBRUGGER und KELAVA (ebd., 13) wie folgt definiert: „Ein Test gilt dann als valide („gültig“), wenn er das Merkmal, das er messen soll, auch wirklich misst und nicht irgendein anderes.“ Die Autoren (ebd., 15) unterscheiden zur differenzierteren Betrachtung Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität, Konstruktvalidität sowie Kriteriumsvalidität. Die Inhaltsvalidität bezieht sich darauf, dass der Test die zu messenden Aspekte inhaltlich erfasst. Dazu müssen sich die Items allesamt auf das Konstrukt beziehen und über eine gewisse „Repräsentativität“ verfügen, was hier so interpretiert wird, dass sie aus Sicht der Versuchspersonen

relevante sowie häufige Aspekte abdecken. Um dies zu gewährleisten wurden solche Aspekte als Grundlage der Itemkonstruktion im qualitativen Teil der Arbeit erfasst. Bezüglich der problemauslösenden Arten fand zur zusätzlichen Validierung noch eine weitere Interviewstudie statt (vgl. Kapitel 9). Ob bestimmte relevante Aspekte dennoch nicht beachtet wurden, lässt sich jedoch hier nicht mit völliger Sicherheit sagen. Die Augenscheinvalidität (ebd., 15f.) bezieht sich darauf, dass die verwendeten Items aus Laiensicht zur Untersuchung des zu erfassenden Konstrukts gerechtfertigt erscheinen. Dabei wird „Laiensicht“ hier so verstanden, dass die Auswahl der Items aus Perspektive der befragten Personen Sinn ergeben, auch wenn diese den größeren Zusammenhang einer Untersuchung nicht kennen. Dieses Kriterium wird als erfüllt angesehen, da bei der Konstruktion und Auswahl der Items einerseits Diskussionen mit Kolleg/innen sowie Pflegepraktikern erfolgten und darüber hinaus ein Pretest durchgeführt wurde, in dem die Möglichkeit bestand, an Items Kritik zu üben (vgl. Kapitel 10.1.3). Die Konstruktvalidität (vgl. ebd., 16ff.) bezieht sich auf Annahmen bezüglich des Zusammenhangs zwischen Items, die so angelegt sind, dass sie durch die Erfassung manifester Variablen ein latentes Konstrukt messen, nach dem nicht direkt gefragt wird. Dies scheint für die vorliegende Untersuchung nicht relevant zu sein, da lediglich unmittelbar nach den zu untersuchenden Merkmalen gefragt wurde. Die Kriteriumsvalidität (ebd., 18ff.) bezieht sich schließlich darauf, inwiefern durch den Test Schlüsse auf das Verhalten außerhalb der Testsituationen möglich sind. Dies lässt sich hier nicht mit Sicherheit sagen, da nach der Testanwendung keine weitere Untersuchung stattfand, beispielsweise inwiefern besonders häufig eingeschätzte Merkmale tatsächlich häufig in der Pflegepraxis auftreten. Allerdings bietet dies einen interessanten Ausgangspunkt für weitere Studien. Somit lässt sich also sagen, dass die Validität hier mit einigen Einschränkungen als hinreichend gegeben angesehen wird, wobei insbesondere zur Überprüfung der Kriteriumsvalidität weitere Untersuchungen notwendig wären, die an dieser Stelle noch ausstehen.

Unter der Reliabilität wird die Messgenauigkeit eines Tests verstanden, wobei ein vollkommen reliabler Test bei wiederholter Durchführung an den gleichen Testpersonen unter den gleichen Bedingungen zum gleichen Ergebnis gelangt (ebd., 11). Zur statistischen Bestimmung der Reliabilität schlägt POSPESCHILL (2010, 21ff.) eine Reihe von Möglichkeiten vor. Die Paralleltest-Reliabilität, die Splithalf-Reliabilität sowie die Konsistenzanalyse kommen dann in Betracht, wenn der Test Skalen enthält, anhand derer durch manifeste Merkmale auf latente Konstrukte geschlossen wird. Dies ist im vorliegenden Fragebogen jedoch nicht der Fall, weshalb lediglich die Bestimmung der Test-Retest-Reliabilität in Frage kam. Dazu werden die Testwerte einer wiederholten Durchführung des Tests an der gleichen Stichprobe zu zwei Messzeitpunkten miteinander korreliert (ebd., 161ff.). Dabei besteht eine Schwierigkeit, dass sich Testergebnisse

z.B. durch Trainingseffekte oder durch nicht konstante Veränderungen der zu bestimmenden Werte im Zeitverlauf ändern können. Darüber hinaus gibt es keine allgemeinen Regeln für das zu wählende Zeitintervall, das zwischen den beiden Testdurchführungen liegen soll (ebd.). Für die Überprüfung der Retest-Reliabilität wurde im Juli 2017 eine Gruppe von 9 ausgebildeten Pflegepersonen gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Eine Woche später wurde der Test erneut durchgeführt. Von den 9 Personen war eine Person als wissenschaftliche Mitarbeiterin und gleichzeitig in der Pflege tätig, die übrigen waren Studierende, die als Nebenbeschäftigung in der Pflege tätig waren. Es wurden aufgrund der Erfahrungen mit Schwierigkeiten bei der Teilnehmerakquise (vgl. Kapitel 10.2) gezielt solche Teilnehmerinnen ausgewählt, von denen angenommen wurde, dass sie zuverlässig beide Tests vollständig ausfüllen, was auch die geringe Anzahl an Probanden erklärt. Die Befragten waren alle weiblichen Geschlechts und im Durchschnitt 27.11 Jahre alt. Die Standardabweichung des Alters betrug 3.18 Jahre. Aufgrund der Skalierung der Variablen (vgl. Kapitel 10.3.1.1) wurde ein nichtparametrisches Verfahren zur Durchführung der Korrelationsanalyse gewählt, wobei hier die Wahl auf Rangkorrelationen nach KENDALL und nicht auf eine Rangkorrelation nach SPEARMAN fiel, da hier mit einer geringeren Sensibilität des Ergebnisses auf sehr kleine und sehr große Rangwerte zu rechnen war. Dies wurde gerade aufgrund der geringen Stichprobengröße als wichtig eingeschätzt (EID, GOLLWITZER & SCHMITT 2013, 543ff.; 551f.). Laut POSPESCHILL (2010, 21) gilt die „Faustformel“, dass Reliabilitätskoeffizienten ab  $r=0.7$  als akzeptabel gelten können, wobei er nicht explizit ausführt, auf welche Art der Reliabilitätsberechnung er dies bezieht. Daher wurde neben den Rangkorrelationen nach KENDALL zusätzlich Rangkorrelationen nach SPEARMAN bestimmt und angegeben. Diese entsprechen von der Berechnung her wiederum der sehr verbreiteten Produkt-Moment-Korrelation nach PEARSON, nur dass Ränge statt absoluter Zahlen verwendet werden (EID, GOLLWITZER & SCHMITT 2013, 551f.). Als Ergebnis zeigte sich, dass zwar der Großteil der Items Korrelationskoeffizienten aufwies, die größer als  $r=0.7$  waren, jedoch gab es auch eine Reihe von Items, die schwächere oder keine Zusammenhänge zwischen den Messzeitpunkten aufwiesen. Diese sind in Tabelle 71 dargestellt. In der Tabelle wurden die eingeklammerten Werte mit Korrelationsanalysen nach SPEARMAN berechnet, die Werte außerhalb der Klammern mit Korrelationsanalysen nach KENDALL.

Tabelle 71: Nicht-reliable Items aufgrund  $r < .70$  bei der Bestimmung der Retest-Reliabilität

**Häufigkeit, mit der Fragen zu bestimmten Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal im vergangenen Jahr aufgetreten sind**

Item	r	p
Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen	.51 (.55)	.13 (.16)
Mobilisation von Patient/innen	.68 (.72)	.06 (.04)

**Häufigkeit, mit der Fragen beim gesamten Pflorgeteam zu bestimmten Aufgaben im vergangenen Jahr aufgetreten sind**

Item	r	p
Verbandswechsel	.59 (.70)	.05 (.04)
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	.59 (.70)	.05 (.04)

**Häufigkeit, mit der im vergangenen Jahr bestimmte Quellen zur Beschaffung von Informationen herangezogen wurden**

Item	r	p
Stationsleitung/stellvertretende Stationsleitung	.52 (.56)	.13 (.15)
sonstige Pflegepersonen der eigenen Station	.05 (.08)	.89 (.85)
Ärztinnen/Ärzte	.65 (.76)	.04 (.03)
Fachbücher	.35 (.40)	.30 (.33)

**Häufigkeit von Gründen, die im vergangenen Jahr für die Wahl einer bestimmten Quelle ausschlaggebend waren**

Item	r	p
Es war verpflichtend, die befragte Person zu fragen/die Schriftquelle zu lesen	.54 (.67)	.08 (.07)
Befrage Person/Verfasser/in des Gelesenen war sympathisch	.51 (.54)	.14 (.17)

**Zustimmung zur Relevanz einzelner Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen. Ich verlasse mich nur auf Informationen, die...**

Item	r	p
von erfahrenen Pflegepersonen stammen.	.53 (.69)	.07 (.04)
von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen.	.34 (.39)	.27 (.30)
von Personen stammen, die ich bereits als zuverlässig erlebt habe.	.34 (.35)	.29 (.36)
für mich nachvollziehbar sind.	.49 (.51)	.13 (.16)
nicht im Widerspruch zu meinen Wertvorstellungen stehen	.50 (.54)	.10 (.13)

Anmerkungen: N=9; r=Rangkorrelationskoeffizient nach KENDALL, in Klammern finden sich die Berechnung nach SPEARMAN.

Der Befund, dass einige Items offenbar nicht hinreichend reliabel sind, darf nicht überwertet werden. Einerseits ist die Stichprobengröße (N=9) als gering anzusehen, weshalb sich statistische Ausreißer umso stärker auswirken. Gerade vor diesem Hintergrund ist es auch möglich,

dass singuläre Ereignisse bei einzelnen Versuchspersonen zu anderen Einschätzungen in der zweiten Testung geführt haben, was sich deutlich auf die Ergebnisse der Korrelationsanalyse ausgewirkt haben könnte. Der Befund ist aber auch ein Hinweis darauf, dass einzelne Fragen möglicherweise nicht eindeutig genug formuliert waren, auch wenn die Probanden des Pretests die Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Items bestätigten.

Der Ausschluss der betroffenen Items hätte jedoch, zugunsten einer möglichen Reliabilitätssteigerung, zu einer Verschlechterung der Validität geführt, indem relevante Aspekte nicht erfasst worden wären. ROST (2004, 392ff.) thematisiert entsprechende Überlegungen unter dem Oberbegriff des „Reliabilitäts-Validitäts-Dilemmas“. Hier wurde entschieden, die fraglichen Items in der Auswertung zu belassen, auch wenn dies mit Einbußen bei der Reliabilität verbunden war. Begründet wird dies mit dem explorativen Charakter der vorliegenden Studie, der die Gefahr mit sich bringt, relevante Befunde nicht zu berichten. Im Sinne des kritisch-rationalen Paradigmas gibt dies anderen Forschenden die Möglichkeit, gerade auch solche Ergebnisse zu prüfen und gegebenenfalls zu widerlegen, deren Aussagekraft aus statistischen Gründen heraus eingeschränkt ist.

### **10.5 Zusammenfassung der quantitativen Empirie**

Um Aussagen über Häufigkeiten bzw. Häufigkeitsunterschiede relevanter Merkmale zu Problemen in der stationären Krankenpflege sowie zur Beschaffung und Bewertung von Informationen zu gewinnen, wurde ein Fragebogen zur Erfassung quantitativer Daten entwickelt. Basierend auf der qualitativen Empirie und theoretischer Vorüberlegungen fand eine Priorisierung und Eingrenzung der zu erhebenden Aspekte statt, die sich nach Annahmen über den Nutzen für die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit richteten. Als Konsequenz wurden angehende Pflegepersonen sowie ausgebildete Pflegepersonen mit unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung dazu befragt, wie häufig sie im Jahr vor der Erhebung:

- ...Fragen zu bestimmten Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal hatten;
- ...generell Fragen zu bestimmten Aufgaben hatten;
- ...auf bestimmte Quellen zur Informationsbeschaffung zurückgegriffen haben;
- ...aus bestimmten Gründen auf einzelne Quellen zur Informationsbeschaffung zurückgegriffen haben.

Ferner wurden sie dazu befragt, inwiefern sie zustimmten, bestimmte Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen heranzuziehen.

Nach einer deskriptiven Darstellung dieser Befunde wurde untersucht, ob es Unterschiede zwischen Pflegenden mit unterschiedlicher Berufserfahrung gab. Dazu erfolgte in der Gruppe der Auszubildenden eine Aufteilung nach Ausbildungsjahren, die dann miteinander verglichen wurden. Die Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen wurde auf der Basis des Stufenmodells von BENNER (vgl. 4.3.1) in unterschiedliche Erfahrungsstufen aufgeteilt. Im Zuge der Auswertung wurden dann Vergleiche zwischen diesen Stufen angestellt.

Es zeigte sich, dass in der Gruppe der Auszubildenden die höchsten durchschnittlichen Rangplätze die Häufigkeit von Fragen zur Patientendokumentation/Administration, zur Mobilisation von Patient/innen sowie zur Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen einnahmen. In der Gruppe der ausgebildeten Pflegekräfte traf dies auf die Fragen zu fehlenden bzw. fehlerhaften ärztlichen Anordnungen, zur Patientendokumentation/Administration sowie zu Verbandswechseln zu. Während sich Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit von Fragen bei 4 der 9 untersuchten Aufgaben zwischen den Auszubildenden verschiedener Ausbildungsjahre zeigten, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen ausgebildeten Pflegenden unterschiedlicher Erfahrungsstufen festgestellt werden.

Vergleicht man in der Gruppe der Auszubildenden, wie häufig allgemein Fragen zu verschiedenen Aufgaben aufgetreten sind, so nehmen Fragen zur Patientendokumentation/Administration, zur Mobilisation von Patient/innen sowie zu fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen den höchsten Rang ein. An vierter Stelle liegt die Häufigkeit von Fragen zur Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen. Somit waren die Aufgaben, zu denen in der Gruppe der Auszubildenden allgemein am häufigsten Fragen auftraten die gleichen, zu denen auch dem betrieblichen Bildungspersonal von Seiten der Auszubildenden die meisten Fragen gestellt wurde. In der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen verhielt sich dies ähnlich. Hier nahmen, hinsichtlich ihrer Häufigkeit, Fragen zu fehlenden/fehlerhaften ärztliche Anordnungen, zur Patientendokumentation/Administration sowie zur Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten den höchsten Rang ein. Bei den Auszubildenden zeigten sich hinsichtlich der Häufigkeit von Fragen zur Mobilisation von Patient/innen, zu fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen sowie zur Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen signifikante Unterschiede zwischen den Befragten verschiedener Ausbildungsjahre. Bei den ausgebildeten Pflegepersonen konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen verschiedenen Erfahrungsstufen nachgewiesen werden.

In der Gruppe der Auszubildenden wiesen bei der Häufigkeit, mit der einzelne Informationsquellen genutzt wurden, anleitende Pflegepersonen, die Pflegedokumentation sowie sonstige



Pflegepersonen der eigenen Station (keine Leitungs-/keine Anleitungspersonen) die höchsten durchschnittlichen Rangplätze auf. Bei den ausgebildeten Pflegepersonen war dies das ärztliche Personal, gefolgt vom Internet, der Stationsleitung/stellvertretenden Stationsleitung sowie der Pflegedokumentation. Bei den Auszubildenden konnten signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Ausbildungsjahren bezüglich der Häufigkeit festgestellt werden, mit der das ärztliche Personal sowie sonstige Pflegepersonen der eigenen Station (keine Leitung/keine Anleitung) bei Fragen konsultiert wurden.

Bei der Häufigkeit von Gründen, aufgrund derer auf bestimmte Quellen zurückgegriffen wurde, wies in der Gruppe der Auszubildenden den höchsten durchschnittlichen Rangplatz auf, dass die Quelle in der Nähe war, gefolgt davon, dass die befragte Person bzw. die Verfasser/in des Gelesenen als kompetent eingeschätzt wurde, gefolgt von dem Grund, dass die befragte Person bzw. die Verfasser/in des Gelesenen sympathisch war. Bei den ausgebildeten Pflegepersonen konnte die gleiche Rangfolge festgestellt werden. In der Gruppe der Auszubildenden konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Ausbildungsjahren hinsichtlich der Häufigkeit der untersuchten Gründe zur Wahl einer Quelle festgestellt werden. Im Gegensatz dazu zeigte sich in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit des Grunds, dass keine andere Quelle in der Nähe war.

Bezüglich der Zustimmung zu Kriterien, die in der Gruppe der Auszubildenden zur Bewertung der Verlässlichkeit von Informationen herangezogen wurden, wies den höchsten durchschnittlichen Rangplatz auf, dass die Informationen als nachvollziehbar eingeschätzt wurden, gefolgt davon, dass diese von Personen stammten, die bereits als zuverlässig erlebt wurden sowie dass die Informationen von erfahrenen Pflegeperson stammten. Ähnlich verhielt es sich auch in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen. Während zwischen den einzelnen Ausbildungsjahren keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Zustimmung festgestellt wurden, zeigten sich bei den ausgebildeten Pflegepersonen signifikante Unterschiede zwischen Erfahrungsstufen bei den Kriterien, dass die Informationen als nachvollziehbar eingeschätzt wurden sowie dass die Informationen nicht als widersprüchlich zum Vorwissen erlebt wurden.

Die Aussagekraft der durchgeführten quantitativen Datenerhebung wird einerseits durch das Ziehen einer Gelegenheitsstichprobe eingeschränkt, die der schwierigen Teilnehmerakquise und Lücken in den Vorbefunden hinsichtlich der Verteilung der zu messenden Merkmale geschuldet war. Andererseits wurden im Rahmen der Bestimmung der Retest-Reliabilität festgestellt, dass einzelne Items nicht den Anforderungen genügten, was möglicherweise auf die Formulierung zurückzuführen ist. Diese Items wurden dennoch in der Auswertung belassen, um

die Validität nicht zu verringern, was, gerade aufgrund des explorativen Charakters der vorliegenden Studie, als wichtiger eingeschätzt wurde, als eine Optimierung der Reliabilität. Als Folge können jedoch Verzerrungen der Ergebnisse bei den betroffenen Items aufgrund der Formulierungen nicht ausgeschlossen werden.

## **11. Diskussion ausgewählter Befunde hinsichtlich ihrer Bedeutung zur Förderung professioneller Handlungskompetenz durch das betriebliche Bildungspersonal**

Die Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit ist, wie Informationen von Pflegenden in Krankenhausstationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden. Die Antwort darauf soll dem betrieblichen Bildungspersonal Hinweise zur anforderungsgerechten Bereitstellung wissenschaftlich geprüfter Informationen in problemhaltigen Situationen zur Förderung der professionellen Handlungskompetenz von Pflegenden geben. Aufgrund entsprechender Lücken innerhalb des bestehenden Forschungsstands konzentrierte sich die empirische Erhebung der vorliegenden Studie auf die Beantwortung folgender vier Teilfragen (vgl. Kapitel 8.1):

TF1: Problementstehung: In welchen Situationen sehen sich Pflegende häufig mit Problemen konfrontiert?

TF2: Informationsbedarf: Welche Informationen sind aus Sicht der Pflegenden häufig zur Bewältigung dieser Aufgaben erforderlich?

TF3: Quellenauswahl: Welche Personen werden von den Pflegenden häufig befragt bzw. welche Quellen werden gelesen, wenn Informationen nachgefragt werden?

TF4: Informationsbewertung: Welche Faktoren werden von Pflegenden häufig herangezogen, um zu bewerten, ob die erfragten/gelesenen Informationen als vertrauenswürdig eingeschätzt werden?

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studie bezüglich dieser Fragen aufgegriffen und diskutiert, wobei aufgrund der Zielstellung der vorliegenden Arbeit, der Schwerpunkt der Diskussion auf dem Nutzen für das betriebliche Bildungspersonal in der Pflege liegen wird.

Kapitel 11.1 beschäftigt sich auf Basis von Befunden zu den TF1 und TF2 damit, welche Fragen in der stationären Krankenpflege auftreten bzw. auf welche Fragen sich das betriebliche Bildungspersonal sinnvollerweise besonders vorbereiten kann. In Kapitel 11.2 geht es unter Rückgriff auf Ergebnisse zur TF3 um die Frage, auf welchem Weg das betriebliche Bildungspersonal

Informationen so bereitstellen kann, dass die Pflegenden möglichst auch darauf zugreifen. Kapitel 11.3 beschäftigt sich schließlich, aufbauend auf Ergebnissen der TF4, damit, inwiefern das betriebliche Bildungspersonal die Wahrscheinlichkeit erhöhen kann, dass Informationen als vertrauenswürdig eingeschätzt und somit möglicherweise auch in das Pflegehandeln implementiert werden.

### **11.1 Zur zielführenden inhaltlichen Vorbereitung auf Fragen an das betriebliche Bildungspersonal**

In diesem Kapitel wird diskutiert, welche Hinweise zur zielführenden Vorbereitung auf Fragen in problemhaltigen Situationen an das betriebliche Bildungspersonal aus den vorliegenden Befunden abgeleitet werden können. Dabei konzentriert sich das erste Teilkapitel unmittelbar auf Hinweise für das betriebliche Bildungspersonal (Kapitel 11.1.1), während der Fokus des zweiten Teilkapitels (Kapitel 11.1.2) darauf liegt, die Befunde der vorliegenden Studie in den internationalen Forschungsstand einzuordnen. Kapitel 11.1.3 beschäftigt sich mit dem Einfluss der Berufserfahrung auf inhaltliche Aspekte von Fragen an das betriebliche Bildungspersonal.

#### **11.1.1 Hinweise zur inhaltlichen Vorbereitung auf Fragen an das betriebliche Bildungspersonal**

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit konnten verschiedene Aufgaben identifiziert werden, zu denen sowohl aus der Sicht von Auszubildenden als auch aus der Sicht ausgebildeter Pflegepersonen häufig Fragen auftreten.

In der Gruppe der Auszubildenden war das betriebliche Bildungspersonal der häufigste Ansprechpartner bei offenen Fragen, die sich vergleichsweise häufig auf die Patientendokumentation/Administration, auf die Mobilisation von Patient/innen und auf die Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen bezogen. Die Befunde sprechen ferner dafür, dass Fragen zu fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnungen ebenfalls verhältnismäßig oft bei den Auszubildenden auftreten, das betriebliche Bildungspersonal hier jedoch eine geringere Rolle als Informationsquelle spielt. Welche Quellen bei diesen Fragen im Vordergrund standen, kann hier aufgrund des Erhebungsdesigns jedoch nicht weiter geklärt werden.

Von den ausgebildeten Pflegepersonen schien das betriebliche Bildungspersonal nicht so oft befragt zu werden wie von den Auszubildenden. So erzielten 6 von 9 untersuchten Informationsquellen einen höheren durchschnittlichen Rangplatz hinsichtlich der Häufigkeit, mit der auf sie zugegriffen wurde. Inhaltlich standen hier Fragen zu fehlenden bzw. fehlerhaften ärztlichen Anordnungen sowie zur Patientendokumentation bzw. Administration im Vordergrund. Dies bedeutet jedoch nicht, dass ausgebildete Pflegepersonen allgemein keine offenen Fragen mehr

hatten. So fielen offenbar häufiger Fragen bei den ausgebildeten Pflegenden zu fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Anordnung sowie zur Patientendokumentation an, als sie spezifisch an das betriebliche Bildungspersonal gerichtet wurden. Ferner hatten diese Pflegenden auch regelmäßig Fragen zur Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen und einer Reihe weiterer Aufgaben, während die Fragenhäufigkeit an das betriebliche Bildungspersonal hierzu vergleichsweise niedrig war. Diese Diskrepanz zwischen der Häufigkeit, mit der allgemein Fragen bei ausgebildeten Pflegenden zu bestimmten Aufgaben aufgetreten sind und der Häufigkeit, mit denen sie an das betriebliche Bildungspersonal gerichtet wurden, wird hier als Hinweise darauf verstanden, dass das betriebliche Bildungspersonal eine wichtigere Rolle als Informationsquelle bei den ausgebildeten Pflegenden einnehmen könnte, als dies aktuell der Fall ist. Ferner sprechen die Befunde ebenfalls dafür, dass auch ausgebildete Pflegende regelmäßig offene Fragen zu verschiedenen Aufgaben haben und diese somit als problemhaltig wahrnehmen. Somit scheinen die berufserfahrenen Pflegepersonen, die im Rahmen der qualitativen Interviewstudie angaben, keine problemhaltigen Situationen zu erleben (Kapitel 9.4.1.1), nicht das Gros der Pflegenden zu repräsentieren.

Ein plausibel erscheinender Erklärungsansatz für die Häufigkeit von Fragen zu fehlenden sowie zu fehlerhaften ärztlichen Informationen könnte der teilweise unklar abgegrenzte Aufgabenbereich zwischen pflegerischem und ärztlichem Personal sein, der sich auch in den Aussagen der Pflegenden im qualitativen Teil der vorliegenden Arbeit zeigte (vgl. Kapitel 9.4.5.2). Ein weiterer Grund könnten Informationsdefizite in der Übergabe bezüglich der Medikation sein, wie sie auch z.B. LAUTERBACH (2008, 156ff.) in seiner Dissertation festgestellt hat. Wäre dies hier der Fall, könnte sich dies auch auf die Fragehäufigkeit zur Dokumentation bzw. zu administrativen Aufgaben ausgewirkt haben. Ein Erklärungsansatz für die Häufung von Fragen zur Kommunikation mit fremdsprachigen Patient/innen könnte sein, dass die Fragebogenerhebung im Sommer des Jahres 2016 stattfand und seit Spätsommer/Herbst 2015 im Zuge der Flüchtlingskrise die Zahl der geflüchteten Personen, vermutlich auch in Kliniken<sup>16</sup>, deutlich zunahm. Dementsprechend, so wird hier angenommen, stellte die Versorgung dieser Menschen eine neuartige und dadurch potenziell problemhaltige Situation dar. So berichtete etwa der Befragte B10 im Rahmen der Interviewstudie von einem arabischsprachigen Geflüchteten, mit dem aufgrund der Sprachbarriere Kommunikationsschwierigkeiten bestanden. Laut B10 war sein Krankenhaus aufgrund der Herkunft des Pflegepersonals durchaus auf fremdsprachige Patienten eingestellt,

---

<sup>16</sup> Eine Statistik aus einer wissenschaftlichen Quelle über die Anzahl geflüchteter Menschen, die eine Krankenhausbehandlung im Untersuchungszeitraum in Anspruch nahmen, konnte zum Zeitpunkt des Promotionsprojekts nicht identifiziert werden, Stand 2017.

gerade wenn diese etwa Türkisch sprachen oder eine slawische Muttersprache hatten, jedoch zum Erhebungszeitpunkt nicht auf arabischsprachige Patient/innen.

### **11.1.2 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand zu erfragten Inhalten sowie zur Entstehung von Problemen**

In diesem Kapitel wird diskutiert, inwiefern Gemeinsamkeiten sowie Abweichungen zu bisherigen Studien feststellbar sind und ob sich hierzu plausible Erklärungsansätze finden lassen. Bereits in der Darstellung und Diskussion der qualitativen Befunde (vgl. Kapitel 9.4.1.1) wurde die Frage aufgeworfen, warum einige situationale Merkmale, die sich in anderen Studien als komplex herausgestellt haben, wie z.B. mangelnde Compliance auf Seiten von Patient/innen oder der Umgang mit sterbenden Patient/innen (EVERS 2012, 130ff.; KRELL ET AL. 2015; vgl. Kapitel 5.6), hier keine Rolle gespielt haben. Dazu ist anzumerken, dass in der vorliegenden Arbeit gezielt die Häufigkeit von Fragen zu solchen Aufgaben erfasst wurde, die explizit durch die Beschaffung von Informationen gelöst wurden. Es drängt sich daher der Eindruck auf, dass es auch bedeutsame Probleme in der pflegerischen Praxis gibt, zu deren Bewältigung nicht explizit nach Informationen gesucht wird. Ferner könnte es sein, dass es Probleme in der pflegerischen Praxis gibt, zu denen zwar Informationen gesucht werden, dies aber nicht als Informationssuche verstanden wird. Denkbar ist hier etwa der Austausch mit anderen Personen ohne explizit dabei das Ziel zu haben, Hinweise zu erhalten, beispielsweise, indem sich „Frustration von der Seele geredet“ wird. Diese Aspekte werden hier nicht weiter berücksichtigt, da sich die Arbeit aufgrund ihrer Anlehnung an die strukturtheoretisch geprägte Professionalisierungsdebatte auf das Lösen von Problemen durch generalisierbares Regelwissen konzentriert.

Die internationalen Studien, die zu erfragten/nachgelesenen Inhalten gefunden wurden (vgl. Kapitel 6.4.2), schienen hier aufgrund der spezifischen Kontexte, in denen diese erhoben wurden, nur bedingt aussagekräftig zu sein. Diese kontextuellen Verschiedenheiten erklären auch Abweichungen zu den Befunden der vorliegenden Arbeit. Die Studie von KLEIN FEDYSHIN (2015, o.S.), in der Informationsbedarfe zu Erkrankungen sowie zur Medikation eine besonders wichtige Rolle einnahmen, wurde mit Palliativpflegenden durchgeführt. Die Studie von KELLEY, DOCHERTY und BRANDON (2014, o.S.), in der ebenfalls Medizinische Informationen sowie Fragen zum persönlichen Hintergrund des Patienten (Vorlieben, Vorwissen etc. im Vordergrund standen, wurden auf pädiatrischen Intensivstationen durchgeführt. Fragen zur Medikation, zur Diagnostik und Therapie fielen auch bei COGDILL (2013, 203ff.) besonders häufig an. Allerdings ging es dabei um Nurse Practitioners, in deren Einsatzbereich arztnahe Aufgaben fallen. Diese Befunde könnten allerdings Ausgangspunkt für weitere Studien sein, die genauer untersuchen, welche fehlenden/fehlerhaften ärztlichen Informationen als Problemlöser

zentral sind. Analog dazu könnte die Studie von BORYCKI ET AL. (2009, 913ff.) einen Rahmen für weitere Untersuchungen bilden, die analysieren, welche Aspekte der Pflegedokumentation relevant für die Entstehung von Problemen sind, aber auch, welche Informationen dort gesucht werden. Die Pflegenden in dieser Studie suchten unter anderem nach Informationen über Eigenschaften von Patient/innen, über deren Behandlungen sowie über die zu verrichtenden Pflegetätigkeiten und darüber, welche Personen, insbesondere welches ärztliche Personal, Teil des Behandlungsprozesses war. Ferner wurde nach Hinweisen zur Bewertung des Erfolgs des eigenen Vorgehens gesucht. Weiterhin wurde der Einfluss organisationale Aspekte, im Sinne übergeordneter Pflegeziele, betrachtet.

In Abgrenzung zu den angeführten internationalen Vorbefunden untersuchte die vorliegende Arbeit nachgefragte Informationsinhalte in Normalstationen der stationären Krankenpflege im deutschsprachigen Raum. Als gewisse Übereinstimmung mit diesen Vorbefunden kann die wichtige Rolle ärztlicher bzw. medizinischer Informationen betrachtet werden. Die zentrale Bedeutung administrativer Aufgaben bzw. der Patientendokumentation als Ausgangspunkt für das Entstehen offener Fragen, wie sie der vorliegenden Arbeit festgestellt wurde, war in den Vorbefunden nicht zu erkennen. Ferner wurde die Rolle der Berufserfahrung in den vorliegenden Studien nur selten aufgegriffen, die im kommenden Kapitel näher betrachtet wird.

### **11.1.3 Zur Rolle der Berufserfahrung der Pflegenden bei der inhaltlichen Vorbereitung auf Fragen**

BENNER (2012, 63ff.) beschreibt auf empirischer Basis die typische Entwicklung von Pflegepersonen innerhalb und nach der Ausbildung mit wachsender Berufserfahrung als Kontinuum von stark regelgeleitetem hin zu „intuitivem“, stark durch implizites Wissen geprägtes Handeln. Innerhalb dieser Entwicklung identifiziert sie (ebd.) typische Erfahrungsstufen, die auch die Grundlage für die Untersuchung der Berufserfahrung in der vorliegenden Studie bildeten. Auch REUSCHENBACH (2008, 301f.) konnte anhand einer Simulationsstudie Unterschiede zwischen berufserfahrenen sowie berufsunerfahrenen Pflegepersonen nachweisen. Vergleicht man die Fragehäufigkeiten an das betriebliche Bildungspersonal zu einzelnen Aufgaben zwischen den Auszubildenden des ersten und des dritten Ausbildungsjahres, so zeigten sich teilweise signifikante Unterschiede:

- Die Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahrs wiesen eine höhere Fragehäufigkeit an das betriebliche Bildungspersonal zur Mobilisation von Patient/innen, zur Einschätzung von Ressourcen von Patient/innen sowie zum Legen und Entfernen von Blasenkatetern auf als die Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres.

- Im Gegensatz dazu wiesen die Auszubildenden des ersten Ausbildungsjahres eine geringere Fragehäufigkeit zu fehlenden bzw. fehlerhaften ärztlichen Aufgaben auf als die Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres.

Diese Veränderungen der Fragehäufigkeit der Auszubildenden könnten auf wechselnde Einsatzorte zurückzuführen sein. Dies würde auch erklären, dass die Häufigkeit, mit der Fragen aufgetreten sind, nicht kontinuierlich über die drei Ausbildungsjahre hinweg zu- oder abgenommen hat.

Nach dem Modell BENNERS wäre aufgrund einer Abnahme der Bedeutung regelgeleiteten Handelns zu erwarten gewesen, dass insbesondere in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen im Zuge wachsender Erfahrung in einer Station auch die Zahl von Fragen zu bestimmten Aufgaben abnehmen müsste. Dies war in der vorliegenden Studie nicht der Fall und zwar weder was die Zahl von Fragen generell noch was die Zahl von Fragen spezifisch an das berufliche Bildungspersonal anging. Dies könnte wiederum verschiedene Ursachen haben, deren Überprüfung weitere Untersuchungen erfordern:

- Es ist möglich, dass die Auswahl der zu bewältigenden Aufgaben objektiv komplexer wird. Das wäre z.B. der Fall, wenn erfahrenen Pflegenden zunehmend komplexere Aufgaben übernehmen, indem sie z.B. dann um Hilfe gebeten werden, wenn weniger erfahrene Pflegenden nicht weiterwissen. Zwar gaben in der qualitativen Interviewstudie eine Mehrzahl der Pflegenden an, erfahrene und unerfahrene Pflegenden würden die gleichen Aufgaben übernehmen, jedoch wurde dabei nicht explizit gefragt, ob es sich inhaltlich oder vom Komplexitätsniveau her um die gleichen Aufgaben handelte. So könnte es z.B. sein, dass zwar alle Pflegenden Verbandswechsel vornahmen, jedoch bei besonders komplexen Verbandswechseln erfahrene Pflegenden hinzugezogen wurden. Als Folge würde die Fragehäufigkeit zu einzelnen Aufgabenarten nicht abnehmen, da sie weiterhin mit neuen, komplexen Aufgaben konfrontiert werden, aus denen sich immer wieder neue Fragen ergeben.
- Eine weitere Möglichkeit wäre, dass im Zuge wachsender Berufserfahrung nicht nur implizites, sondern auch explizites Wissen zu einzelnen Aufgaben erworben wird, was deren subjektive Komplexität erhöht und somit zu weiteren Fragen führt. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn eine berufserfahrene Pflegeperson immer mehr Aspekte kennt, die es bei einem spezifischen Verbandswechsel zu beachten gilt – etwa eine große Bandbreite an möglichem Verbandsmaterial, die sie nun, neben ihren anderen beruflichen Tätigkeiten, berücksichtigt. Dies könnte wiederum zu neuen offenen Fragen und

dadurch zu einer Komplexitätssteigerung aufgrund einer höheren Anzahl gleichzeitig zu beachtender Aspekte führen (vgl. Kapitel 5.1).

Insgesamt kann also dem betrieblichen Bildungspersonal nicht empfohlen werden, sich auf Fragen zu unterschiedlichen Aufgaben vorzubereiten, wenn es mit Pflegenden mit verschiedener Berufserfahrung arbeitet. Hier nicht untersucht, aber für die inhaltliche Vorbereitung auf Fragen hilfreich zu wissen, wäre, wie komplex die Fragen in unterschiedlichen Erfahrungsstufen jeweils ausfallen, und wie sich Antworten auf unterschiedlichem Komplexitätsgrad auf den (professionellen) Kompetenzerwerb auswirken. In diesem Zuge bieten sich ferner auch Studien an, die untersuchen, ob und unter welchen Bedingungen sich die Komplexität von Aufgaben, die als Problem wahrgenommen werden, mit wachsender Berufserfahrung verändert.

## **11.2 Hinweise zur anforderungsgerechten Bereitstellung von Informationen**

In diesem Kapitel geht es darum, inwiefern aus den vorliegenden Befunden Hinweise für das betriebliche Bildungspersonal dazu abgeleitet werden können, auf welchem Weg Informationen zur Lösung von Problemen in der stationären Krankenpflege anforderungsgerecht zur Verfügung gestellt werden können. Der Schwerpunkt liegt dementsprechend zunächst auf der Diskussion der Befunde zur Quellenwahl bzw. den Gründen hierfür (Kapitel 11.2.1). Eine Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand findet sich in Kapitel 11.2.2, während mögliche Einflüsse der Berufserfahrung in Kapitel 11.2.3 behandelt werden.

### **11.2.1 Hinweise zur anforderungsgerechten Bereitstellung von Informationen**

In der Gruppe der Auszubildenden wies das betriebliche Bildungspersonal den höchsten durchschnittlichen Rangplatz unter den Häufigkeiten der untersuchten Informationsquellen auf. Ebenfalls verhältnismäßig oft wurde auf die Pflegedokumentation sowie auf Pflegepersonen der eigenen Station, die keine Anleitungs- und Leitungsaufgaben besaßen, zurückgegriffen. Dass die ausgewählte Quelle in der Nähe war, stellte den vergleichsweise häufigsten Grund für die Wahl einer bestimmten Informationsquelle dar, gefolgt von der Einschätzung, dass Urheber von Informationen von den Auszubildenden als kompetent oder sympathisch eingeschätzt wurden und dass sie es als verpflichtend ansahen, die entsprechende Quelle zu konsultieren. Für den Umgang mit Auszubildenden kann aus diesen Ergebnissen einerseits geschlossen werden, dass das betriebliche Bildungspersonal die zentrale Quelle zur Informationsbeschaffung bei Problemen der Auszubildenden in der Krankenpflege darstellt. Dies unterstreicht auch nochmals die Relevanz der vorliegenden Arbeit. So kann es als wichtiger Faktor für die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz angehender Pflegepersonen angesehen werden, dass das betriebliche Bildungspersonal in der Lage ist, auf Fragen mit wissenschaftlich überprüften



Informationen zu reagieren. Ferner erscheint es aufgrund der Ergebnisse sinnvoll, dass sich das betriebliche Bildungspersonal mit den übrigen Pflegepersonen sowie mit den ärztlichen Ansprechpartnern abstimmt, was die Beantwortung der Fragen von Auszubildenden angeht. Zudem scheint es entscheidend zu sein, auf die Informationsqualität in der Pflegedokumentation zu achten, da diese ebenfalls eine häufig genutzte Informationsquelle darzustellen scheint. Weiterhin sprechen die Befunde dafür, dass es wichtig sein dürfte, dass die Informationen örtlich möglichst gut in den Situationen verfügbar sind, in denen Probleme auftreten. Hier könnte es hilfreich sein, dass das betriebliche Bildungspersonal Ansatzpunkte dafür kennt, welche Situationen als problemhaltig erlebt werden, um dann gut „greifbar“ zu sein. Unterstrichen wird dies auch durch Ergebnisse der Interviewstudie, die darauf hinweisen, dass Auszubildende sowie Pflegende mit geringer Berufserfahrung teilweise unmittelbar beim Auftreten des Problems nach Informationen suchten (vgl. Kapitel 9.4.2.1). Als interessant wurde hier ferner eingeschätzt, dass formale Verpflichtungen, eine bestimmte Quelle zu konsultieren sowie die Einschätzungen von Quellen als kompetent bzw. als sympathisch vergleichsweise häufige Gründe für die Quellenwahl darstellten. Offenbar ist es für die Entscheidung von Auszubildenden in der Krankenpflege wichtig, ob sie sich an jemanden bei Fragen wenden bzw. ob sie schriftliche Informationen hinzuziehen, wie sie die jeweiligen Ansprechpartner bzw. Verfasser/innen subjektiv einschätzen. Einen möglichen Erklärungsansatz hierfür liefern die Befunde der qualitativen Empirie. So wurde in der Interviewstudie (vgl. Kapitel 9.4.1.3) von Befürchtungen berichtet, dass Rückfragen zu negativen Konsequenzen führen könnten, was mit negativ konnotiertem emotionalem Erleben einherging. Von diesen Befürchtungen vor negativen Konsequenzen berichten auch FICHTMÜLLER und WALTER (2007, 584ff.). Unklar bleibt hier, welche Kriterien dabei eine Rolle spielen, ob betriebliches Bildungspersonal subjektiv als kompetent oder sympathisch eingeschätzt wird. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die Pflegepersonen mit abgeschlossener Ausbildung gaben an, dass das ärztliche Personal die vergleichsweise am häufigsten genutzte Informationsquelle war, gefolgt von Internetquellen, (stellvertretenden) Stationsleitungen sowie der Pflegedokumentation. Hinsichtlich der Häufigkeit von Gründen, die zur Wahl von Informationsquellen geführt haben, zeigte sich bei den ausgebildeten Pflegepersonen ein vergleichbares Bild. So wies auch hier die örtliche Nähe der Quelle den höchsten durchschnittlichen Rangplatz auf, gefolgt von der Einschätzung, dass die Urheber von Informationen kompetent bzw. sympathisch seien. Formale Verpflichtungen zur Wahl bestimmter Quellen scheinen hingegen bei den ausgebildeten Pflegepersonen eine geringere Rolle gespielt zu haben als bei den Auszubildenden. Zunächst mögen diese Befunde dafür sprechen, dass das betriebliche Bildungspersonal keine zentrale Rolle bei der Bereitstellung

von Informationen bei ausgebildeten Pflegepersonen besitzt. Dies wird hier jedoch anders interpretiert. So ging mit zunehmender Berufserfahrung ausgebildeter Pflegepersonen keine Verringerung der Fragenhäufigkeit einher (vgl. Kapitel 11.1.3). Somit bestanden potenziell offene Fragen. Gerade aufgrund der vergleichsweise großen Bedeutung der Internetquellen könnte das betriebliche Bildungspersonal als Ansprechpartner dafür dienen, wie sichergestellt werden kann, dass Online-Informationen den Anspruch erfüllen, als wissenschaftlich zu gelten. Dazu wäre jedoch noch zu klären, welche Internetquellen die berufserfahrenen Pflegepersonen tatsächlich heranziehen. Wie auch in der Gruppe der Auszubildenden stellte die örtliche Nähe den häufigsten Grund für die Wahl einer spezifischen Informationsquelle dar. Dementsprechend wäre, wie auch bei den Auszubildenden, bei der Bereitstellung von Informationen darauf zu achten, dass diese in problemhaltigen Situationen örtlich möglichst gut verfügbar sind. Ferner sprechen die Befunde dafür, dass in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen deren subjektive Einschätzung von Quellen eine größere Rolle spielen könnte als in der Gruppe der Auszubildenden. Dies wird daraus abgeleitet, dass offenbar formale Verpflichtungen eine geringere Rolle bei der Entscheidung zur Nutzung bestimmter Informationsquellen gespielt haben. Dies wiederum hebt die Bedeutung weiterer Studien hervor, die betrachten, unter welchen Umständen Urheber von Informationen von Pflegenden subjektiv als kompetent oder sympathisch eingeschätzt werden. Einen Ansatz, der auch die Rolle ärztlicher Ansprechpartner/innen bei der Quellenwahl erklären könnte, liefern Ergebnisse der qualitativen Empirie der vorliegenden Arbeit. Diese (vgl. Kapitel 9.4.1.2) sprechen dafür, dass in der Gruppe der berufserfahrenen Pflegepersonen eigene Einschätzungen zur Notwendigkeit bestimmter Arbeitsaufgaben sowie ärztliche Anordnungen eine größere Rolle zur Konkretisierung von Arbeitsaufträgen spielen als in der Gruppe der berufsunerfahrenen Pflegepersonen. Dies spricht dafür, dass berufserfahrene Pflegepersonen häufiger selbst entscheiden, bestimmte Arbeitsaufgaben auszuführen und dass sie tendenziell auch stärker mit ärztlichem Personal zusammenarbeiten als berufsunerfahrene Personen. Allerdings steht eine Quantifizierung und Überprüfung dieser Vermutung noch aus.

### **11.2.2 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand zur Wahl einzelner Quellen**

Bei der Aufarbeitung der Studien zur Wahl von Informationsquellen (vgl. Kapitel 6.4.3) entstand der Eindruck, dass eine recht breite Übereinstimmung dahingehend vorlag, dass eher andere Menschen befragt wurden, als dass auf Printmedien oder auf elektronische Quellen zurückgegriffen wurde. Darunter spielten in einer Reihe von Studien vor allem andere Pflegenden, oder „Kolleg/innen“, die nicht näher spezifiziert wurden, eine zentrale Rolle (KLEIN-FEDYSHIN 2015; FAROKHZADIAN, KHAJOUET & AHMADIAN 2015; THORSTEINSSON 2013; O'LEARY & MHAOLRUNAIGH 2012). Das ärztliche Personal schien hingegen der Hauptansprechpartner bei

sogenannten Nurse Practitioners zu sein, die auf arzneiliche Tätigkeiten spezialisiert sind (z.B. COGDILL 2003). Dazu ist anzumerken, dass die Mehrzahl der identifizierten Studien sich mit der Informationsbeschaffung im Zusammenhang evidenzbasierter Pflege auseinandersetzen. Dabei stand eher die Umsetzung evidenzbasierter Pflege im Vordergrund, als eine kritische Diskussion um deren Sinnhaftigkeit und Folgen, wie teilweise in der deutschsprachigen Literatur, z.B. bei FRIESACHER (2009, o.S.). Dieser unterschiedliche Fokus der wissenschaftlichen Debatte könnte möglicherweise auch erklären, warum sich im Rahmen der systematischen Literaturrecherche keine Befunde aus dem deutschsprachigen Raum unter den Studien zur Nutzung von Informationen finden ließen.

Insgesamt kann darauf geschlossen werden, dass die vorliegende Studie den internationalen Forschungsstand dahingehend bestätigt, dass menschliche Quellen eine zentrale Rolle bei der Informationsbeschaffung spielen. Weitere Vergleiche gestalten sich als schwierig, da sich die vorliegenden Studien (vgl. Kapitel 6.4.3) stark dahingehend unterscheiden, wie detailliert einzelne Quellen benannt werden, die entweder in qualitativen Befragungen identifiziert oder in quantitativen Erhebungen zur Auswahl gestellt wurden. Allerdings ist eine gewisse Kontextabhängigkeit der Ergebnisse zu vermuten. So benannten die sehr arzneilich arbeitenden Nurse Practitioners auch Ärzte als ihre zentrale Informationsquelle. Dementsprechend liegt der Mehrwert der vorliegenden Studie darin, für den deutschsprachigen Raum spezifisch für die Krankenpflege in Normalstationen häufige Informationsquellen identifiziert und Grundlagen für weiterführende Untersuchungen geschaffen zu haben.

Offen bleibt in dieser Stelle jedoch, welche spezifischen Internetquellen mit welcher Häufigkeit herangezogen wurden. Die zusammenfassende Formulierung „Internetquelle“ wurde gewählt, um die Fragenbogenlänge aufgrund des schlechten Rücklaufs zu minimieren. Allerdings wäre hier mit Blick auf künftige Studien eine weitere inhaltliche Klärung erforderlich. So könnte beispielsweise ein Buch sowohl online als auch offline verfügbar sein. Ferner könnte auch das Intranet von den Befragten unter dem Oberbegriff „Internet“ verortet worden sein.

### **11.2.3 Zur Rolle der Berufserfahrung bei der Wahl von Informationsquellen**

Unterschiede bezüglich der Häufigkeit, mit der bestimmte Informationsquellen herangezogen wurden, ergaben sich bezüglich der Pflegepersonen der eigenen Station, die keine Anleitungs- und keine Leitungsfunktion innehatten. Diese wurden von Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres seltener befragt als von Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres. Eine Erklärung könnte sein, dass auch in der Mitte der Ausbildung noch nicht bekannt ist, an wen man sich bei Fragen wenden kann. Aufgrund der Bedeutung der örtlichen Näher zur Quellenwahl

(vgl., Kapitel 11.2.1) könnten somit auch solche Pflegende von den Auszubildenden bei Fragen konsultiert werden, die unabhängig von ihrer Aufgabe zufällig vor Ort sind. Ferner könnten auch organisatorische Besonderheiten der jeweiligen Stationen, die im zweiten Ausbildungsjahr durchlaufen werden, mögliche Gründe für die Quellenwahl sein.

Zudem zeigten sich Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit, mit dem ärztlichen Personal bei Fragen konsultiert wurde. So wurden Ärztinnen/Ärzte von Auszubildenden des zweiten Ausbildungsjahres häufiger befragt als von Auszubildenden des dritten Ausbildungsjahres. Auch hierfür könnten organisatorische Besonderheiten spezifischer Stationen, die im zweiten Ausbildungsjahr durchlaufen werden, eine Rolle gespielt haben. Was die Gründe für die Quellenwahl angeht, konnten in der Gruppe der Auszubildenden keine Unterschiede zwischen den einzelnen Ausbildungsjahren festgestellt werden.

In der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen fanden sich jedoch Unterschiede hinsichtlich dessen, dass eine Quelle gewählt wurde, weil keine anderen Ansprechpartner bzw. keine anderen Schriftquellen verfügbar waren. Die Häufigkeit diesbezüglich war in der Gruppe mit vier bis fünf Jahren Berufserfahrung in einer Station höher als in der Gruppe der Pflegenden mit bis zu zwei Jahren Berufserfahrung in einer Station und auch höher im Vergleich zur Gruppe der Pflegenden mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung in einer Station. Eine Erklärung für dieses Phänomen wird dadurch erschwert, dass hier deskriptiv keine kontinuierliche Zu- oder Abnahme der Häufigkeit über die Erfahrungsstufen hinweg sichtbar war, sondern lediglich die Pflegenden mit 2 bis 3 Jahren Berufserfahrung in einer Station häufiger diesen Grund für die Quellenwahl nannten, als die mit anderen Erfahrungsstufen:

- Eine einfache Erklärung wären statistische Ausreißer, die sich aufgrund der Stichprobengröße möglicherweise deutlich ausgewirkt haben. Würde man diesem Erklärungsansatz folgen, müsste man sich jedoch dem Vorwurf stellen, „unerwünschte“ bzw. unerwartete Ergebnisse mit statistischen Verzerrungen vorschnell abzutun, da die Gefahr von Ausreißern grundsätzlich über die gesamte Bandbreite der hier erfassten Ergebnisse besteht. Daher wird dieser Erklärungsansatz hier nicht präferiert.
- Der Ansatz, die beschriebenen Veränderungen der Quellenwahl mit Lerneffekten zu begründen, gestaltet sich ebenfalls als schwierig, da dann zu klären wäre, warum speziell die Pflegenden mit einer stationsspezifischen Berufserfahrung von 4-5 Jahren häufiger von fehlenden Alternativen an Informationsquellen berichteten, nicht jedoch Pflegende auf anderen Erfahrungsstufen. Das Modell von BENNER (vgl. Kapitel 4.3.1) kann ebenfalls nicht als Erklärung herangezogen werden, da demnach eine zumindest

annähernd lineare Zu- oder Abnahme der Häufigkeit eines Grunds zur Wahl einer Quelle über alle Erfahrungsstufen hinweg zu erwarten gewesen wäre.

- Auch Veränderungen in der individuellen Rolle bzw. in der Position innerhalb des Sozialgefüges der Station erklären Auffälligkeiten für spezifische Erfahrungsstufen zur Quellenwahl nicht, da ebenfalls eine sichtbare Entwicklungstendenz über die Bandbreite der Erfahrungsstufen hinweg zu erwarten gewesen wäre.

Als Konsequenz wird auf die Notwendigkeit weiterer Studien verwiesen, auch um herauszufinden, ob es für das betriebliche Bildungspersonal sinnvoll ist, Besonderheiten der Berufserfahrung bei der Quellenwahl zu beachten.

### **11.3 Hinweise zur zielführenden Gestaltung von Informationen**

In diesem Kapitel werden zunächst Hinweise für das betriebliche Bildungspersonal diskutiert, inwiefern es Informationen so gestalten kann, dass Pflegende diese auch als vertrauenswürdig einschätzen und dadurch eher ihr Handeln danach ausrichten. Dies geschieht zunächst auf Grundlage der Befunde zur Frage, welche Faktoren von Pflegenden herangezogen werden, um deren Vertrauenswürdigkeit zu bewerten (Kapitel 11.3.1). Im Anschluss daran werden die Befunde in die bestehende Studienlage eingeordnet (Kapitel 11.3.2). Schließlich wird auf die Rolle der Berufserfahrung bezüglich einzelner Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen eingegangen (Kapitel 11.3.3).

#### **11.3.1 Hinweise zur zielführenden Gestaltung von Informationen**

Die Auszubildenden und die ausgebildeten Pflegepersonen machten sehr ähnliche Angaben hinsichtlich ihrer Zustimmung zur Relevanz einzelner Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit der Informationen. Beide Gruppen zeigten eine besonders hohe Zustimmung dazu, dass sie sich nur auf Informationen verließen, die von Personen stammten, die sie bereits als zuverlässig erlebt hatten sowie dahingehend, dass die Informationen für sie nachvollziehbar waren. Zudem zeigte sich eine überwiegende Zustimmung zur Relevanz der übrigen untersuchten Kriterien in der Gruppe der Auszubildenden und auch in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen bei der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen. Ein Teil der untersuchten Kriterien bezieht sich auf eine Bewertung der Informationsquelle, während sich ein anderer Teil der Kriterien auf eine Bewertung der Informationen an sich bezieht. Somit muss die Annahme aus Kapitel 6.4.4 kritisch gesehen werden, die eine Trennung der Kriterien zur Quellenwahl und von Kriterien zur Informationsbewertung nahelegte.

Es ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen für das betriebliche Bildungspersonal, wenn dieses die Wahrscheinlichkeit erhöhen möchte, dass die zur Verfügung gestellten

Informationen auch als vertrauenswürdig eingeschätzt werden. Einerseits sprechen die Befunde dafür, dass Informationen sowohl von Auszubildenden als auch von ausgebildeten Pflegepersonen eher als verlässlich eingeschätzt werden, wenn diese von erfahrenen Pflegepersonen kommen, von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen oder wenn diese von menschlich geschätzten Personen herrühren. Zunächst mag als Folge der Schluss naheliegen, Informationen über erfahrene Pflegepersonen zur Verfügung zu stellen. Dies mag auch sinnvoll sein, wenn es um eine möglichst positive subjektive Einschätzung der Verlässlichkeit der Informationen geht. Allerdings wird hier die Berufserfahrung nicht als zuverlässiger Indikator hinsichtlich der Qualität der Informationen eingestuft, sondern deren wissenschaftliche Güte. Um weitere konkrete Hinweise hinsichtlich der Bewertung von Informationen aufgrund von Eigenschaften der Urheber von Informationen abzuleiten, müssten weitere Aspekte beforscht werden. So müsste zum einen geklärt werden, aus welchen Gründen Pflegende andere Personen als zuverlässig einschätzen bzw. diese als Mensch schätzen. Zum anderen sprechen die Befunde dafür, dass Informationen so zu gestalten sind, dass sie aus Sicht ihrer Adressaten nachvollziehbar sind. Dies könnte in der Praxis möglicherweise durch entsprechende Rückfragen geklärt werden, ob Inhalte auch verstanden wurden. Informationen zur Verfügung zu stellen, die nicht als widersprüchlich zum Vorwissen eingeschätzt werden, mag ziel führend sein, wenn diese als verlässlich eingeschätzt werden sollen – allerdings scheint dies als wenig sinnvoll, wenn die professionelle Handlungskompetenz gesteigert werden soll. So kann es auch sein, dass Pflegende aufgrund ihres Vorwissens Annahmen treffen, die inzwischen durch Studien widerlegt wurden. Gerade in diesem Fall wäre es wichtig, Informationen dazu bereitzustellen, dass die betroffenen Annahmen so nicht mehr haltbar sind, auch wenn dies zu einer geringeren Wahrscheinlichkeit führen sollte, dass diese Informationen als vertrauenswürdig eingeschätzt werden. Es wäre zudem interessant zu untersuchen ob Pflegende, die mit Gütekriterien wissenschaftlicher Studien vertraut sind, die Relevanz der Passung von Informationen zu ihrem Vorwissen zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen anders bewerten als Pflegende, die mit entsprechenden Gütekriterien nicht vertraut sind.

### **11.3.2 Einordnung der Befunde in den Forschungsstand zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen**

Ein häufiges Defizit bislang existierender Studien (vgl. Kapitel 6.4.4), besteht darin, dass sie nicht eindeutig zwischen Faktoren unterscheiden, die zur Wahl bestimmter Quellen führen und solchen Faktoren, die die Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen beeinflussen. Ferner wird teilweise nur einer dieser beiden Aspekte berücksichtigt. So erscheint es beispielsweise denkbar, dass es Stationen gibt, in denen Vorgesetzte aus formalen Gründen heraus

zu bestimmten Aufgaben befragt werden müssen, auch wenn deren Angaben aus Sicht nachfragender Pflegepersonen nicht als vertrauenswürdig eingeschätzt werden. Wie im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben, sprechen die Befunde der vorliegenden Arbeit dafür, dass bei der Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen sowohl Eigenschaften der Informationsquellen als auch der Informationen an sich eine Rolle spielen. Dies entspricht auch dem Ergebnis der Studie von CADER (2013, 66ff.) zur Bewertung der Informationen von Internetseiten durch Pflegende. Im Gegensatz dazu identifizierten MARSHALL, WEST und AITKEN (2013, 1424ff.) lediglich Eigenschaften von Personen, wie etwa die Berufserfahrung, als relevante Faktoren für die Wahl von Ansprechpartner/innen. In ihrer Studie zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Pflegestandards wurden von VERHOEFEN ET AL. (2010, 114ff.) nur Eigenschaften der Informationen an sich identifiziert, wie auch bei GILMOUR, SCOTT und HUNTINGTON (2008, 19ff.) bei der Recherche nach gesundheitsrelevanten Informationen im Internet. Dabei ist einschränkend hinzuzufügen, dass sich die Studien von GILMOUR, SCOTT und HUNTINGTON (2008, 19ff.) und von CADER (2013, 66ff.) auf die Recherche im Internet bzw. bei VERHOEFEN ET AL. (2010, 114ff.) auf die Bewertung von Pflegestandards beschränkten, während in der vorliegenden Arbeit eine größere Bandbreite pflegerischer Situationen erfasst wurde. Ein Ergebnis des quantitativen Teils dieser Dissertation war, dass sowohl in der Gruppe der Auszubildenden als auch in der Gruppe der ausgebildeten Pflegenden überwiegend von einer Zustimmung zu den hier untersuchten Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen auszugehen war (vgl. Kapitel 10.3.1.6). Ein interessanter Ansatzpunkt für weitere Studien wäre, die hier identifizierten Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit weiter zu differenzieren. Dazu könnten die Vorbefunde einen denkbaren Ausgangspunkt für entsprechende Forschungsvorhaben darstellen, auch wenn sich diese teilweise auf bestimmte Bereiche pflegerischer Arbeit beschränkten. Deshalb werden in Tabelle 72 den Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen aus der vorliegenden Arbeit mögliche weitere Bewertungskriterien aus dem bestehenden empirischen Forschungsstand zugeordnet.

**Tabelle 72: Zuordnung von Vorbefunden zu den Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen**

<b>Ich verlasse mich nur auf Hinweise zu pflegerischen Tätigkeiten, die:</b>	<b>Vorbefunde (vgl. Kapitel 6.4.4)</b>
von Personen stammen, die ich bereits als zuverlässig erlebt habe.	Keine
für mich nachvollziehbar sind.	CADER (2013, 66ff.): <b>Beziehung zur pflegerischen Praxis:</b> Bewertung der Aktualität der Informationen, der Praxisrelevanz, des kulturellen Hintergrunds der Information sowie von Sicherheitsaspekten;

**Ich verlasse mich nur auf Hinweise zu pflegerischen Tätigkeiten, die:**

#### **Vorbefunde (vgl. Kapitel 6.4.4)**

---

**Art der Evidenz:** Bewertung, wie die Informationen methodisch gewonnen und überprüft wurden; Bewertung der Vielfalt der Informationen (ebd.).

VERHOEFEN ET AL. (2010, 114ff.):

**Genauigkeit:** Die Informationen auf der betrachteten Webseite wiesen Bezüge zur Pflegepraxis der suchenden Person auf; die Informationen entsprachen dem Vorwissen der suchenden Person; die Webseiten nahmen Bezug auf aktuelle Daten und es waren Hinweise zu möglichen Abweichungen verschiedener Kontexte zur dargestellten Datenlage vorhanden.

**Vollständigkeit:** Die Informationen auf der Webseite waren vollständig und gingen über grundlegende Aspekte hinaus.

**Lesbarkeit:** Die Informationen auf der Webseite waren klar und nachvollziehbar, adäquat in Fachsprache formuliert und bauten auf eindeutigen Vorannahmen auf.

**Quellenverweise:** Die Herkunft der Informationen auf der Webseite wurde durch Quellenverweise belegt.

**Mitteilung wesentlicher Umstände („disclosure“):** Die Herkunft der Informationen wirkte vertraut, die Informationen bezogen sich auf die pflegerische Praxis.

**Relevanz:** Die Informationen auf der Webseite betrafen Fragen der täglichen pflegerischen Praxis und halfen dabei, praktische Entscheidungen zu treffen; die Informationen besaßen Elemente, über die die Pflegeperson bislang nicht nachgedacht hat. Die Webseite ging auf die persönliche Relevanz sowie auf persönliche Risiken für die Pflegenden ein.

**Lesbarkeit:** Die Informationen auf der Webseite waren klar und nachvollziehbar, adäquat in Fachsprache formuliert und bauten auf eindeutigen Vorannahmen auf.

GILMOUR, SCOTT & HUNTINGTON (2008, 19ff.)

**Umfang der Informationen;**

**Qualität und Glaubwürdigkeit:** Peer-Review Verfahren; aktuelles, evidenzbasiertes Material; systematische, aktuelle Literaturreviews aus Journals/Forschungsberichten, die regelmäßig aktualisiert wurden.

---

nicht im Widerspruch zu dem stehen, was ich schon weiß.

CADER (2013, 66ff.):

**Abgleich mit anderen Informationen:** Die Befunde stellen sich als übereinstimmend mit anderen Medien und mit den Ergebnissen von Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen heraus.

---

von erfahrenen Pflegeperson stammen.

MARSHALL, WEST & AITKEN (2013, 1424ff.):

**Umfang der Berufserfahrung:** Die befragten Personen verfügten über eine umfangreichere als oder über die gleiche einschlägige Berufserfahrung wie die Informationssuchenden.

---

von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen.

CADER (2013, 66ff.):

**Autorität:** Positive Bewertung des Hintergrunds der Autoren sowie der angeführten Quellen.



**Ich verlasse mich nur auf Hinweise zu pflegerischen Tätigkeiten, die:**

**Vorbefunde (vgl. Kapitel 6.4.4)**

---

	MARSHALL, WEST & AITKEN (2013, 1424ff.): <b>Hierarchische Position/Spezifische Qualifikation:</b> Die befragten Personen besaßen eine höhere hierarchische Position als die Informationssuchenden oder hatten eine Position inne, die sie als Spezialisten auswies. Gerade bezüglich der „Spezialistenrolle“ gab es unterschiedliche Auffassungen. So wurde beispielsweise teilweise berichtet, dass jüngerem ärztlichem Personal oder forschenden Pflegenden mit geringer einschlägiger Berufserfahrung nicht automatisch vertraut wurde. In der zugrundeliegenden Studie wird vermutet, dass für die betreffenden Personen die Kombination aus spezifischer Qualifikation und einschlägiger Berufserfahrung entscheidend für die Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit war.
von Personen stammen, die ich als Mensch schätze	MARSHALL, WEST & AITKEN (2013, 1424ff.): <b>Zugänglichkeit:</b> Die Informationssuchenden gaben an, eher Personen zu befragen, bei denen sie davon ausgingen, dass sie nicht negativ auf Fragen reagierten bzw. sich über die Fragen lustig machten. Von Berufsanfänger/innen wurden diesbezüglich Schwierigkeiten geschildert, Personen befragen zu müssen, die sie nicht einschätzen konnten.
Nicht im Widerspruch zu meinen Wertvorstellungen stehen	GILMOUR, SCOTT & HUNTINGTON (2008, 19ff.): <b>Wert für Patienten:</b> Respektvolle Inhalte für Patient/innen mit psychischen Erkrankungen; die Informationen wurden als hilfreich für Patient/innen, aber auch für Mitarbeitende eingeschätzt.

---

### **11.3.3 Zur Rolle der Berufserfahrung bezüglich der Relevanz einzelner Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen**

Bei der Konstruktion der Items (Kapitel 10.1.2) wurde entschieden, zur Erfassung von Kriterien für die Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen, eine Zustimmungsskala und keine Häufigkeitsskala zu verwenden. Dies geschah primär aufgrund der Einschätzung, dass die Relevanz einzelner Kriterien unabhängig von einzelnen konkreten Ereignissen, also zeitlich relativ stabil ist. Wäre diese Einschätzung zutreffend, könnten die Kriterien, die in den Kapiteln 11.2.2. sowie 11.2.1 diskutiert wurden, unabhängig von der Berufserfahrung Pflegender Hinweise zur Gestaltung von Informationen durch das betriebliche Bildungspersonal geben, damit diese von den Pflegenden als vertrauenswürdig eingeschätzt werden. Allerdings deuteten die qualitativen Befunde darauf hin, dass Pflegende mit gering ausgeprägter Berufserfahrung tendenziell die Berufserfahrung der Urheber von Informationen als relevanter für die Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen bewerteten als Pflegende mit ausgeprägter Berufserfahrung (vgl. Kapitel 9.4.4).

Diese Vermutungen aufgrund der qualitativen Empirie konnten in der quantitativen Empirie nicht bestätigt werden. In der Gruppe von Auszubildenden zeigten sich keine signifikanten

Unterschiede zwischen den Befragten unterschiedlicher Ausbildungsjahre hinsichtlich der Zustimmung zur Relevanz einzelner Kriterien bei der Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen. Allerdings zeigten sich in der Gruppe der ausgebildeten Pflegepersonen Unterschiede zwischen den Befragten mit unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung dahingehend, inwiefern sie zustimmten, dass sie nur Informationen vertrauen, die sie als nachvollziehbar empfinden. So stimmten die ausgebildeten Pflegenden mit einer Berufserfahrung von bis zu zwei Jahren in einer Station diesem Kriterium weniger stark zu als ausgebildete Pflegenden mit einer Berufserfahrung von vier bis fünf Jahren. Diese wiederum wiesen eine größere Zustimmung zur Relevanz des Kriteriums auf als Pflegenden mit einer Berufserfahrung von mehr als fünf Jahren in einer Station. Es war also hier keine durchgehende Zu- oder Abnahme der Zustimmung über die Stufen der Berufserfahrung hinweg zu beobachten.

Dieser Befund kann als Indiz dafür gewertet werden, dass sich möglicherweise die Relevanz einzelner Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit bei unterschiedlich ausgeprägter Berufserfahrung verändern könnte. Dies ist jedoch mit Vorsicht zu bewerten, da gerade bei Zustimmungsskalen die intersubjektive Vergleichbarkeit eingeschränkt ist (vgl. Kapitel 9.4.4). Daher sei auf die Notwendigkeit weiterer Studien verwiesen, um mögliche Ursachen sinnvoll diskutieren zu können. Insbesondere wird vorgeschlagen zu untersuchen, ob sich Zusammenhänge zwischen der Bewertung der Verlässlichkeit von Informationen und der Auswahl spezifischer Quellen bzw. möglicher Gründe hierfür feststellen lassen und vor diesem Hintergrund die Rolle der Berufserfahrung zu betrachten. Das Design der vorliegenden Dissertation lässt solche Analysen nicht zu, da zugunsten einer höheren Rücklaufquote auf eine höhere Anzahl an Items verzichtet wurde (vgl. Kapitel 10.2.3).

## **12. Fazit und Ausblick**

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurde die Frage aufgeworfen, *wie von Pflegenden in Krankenhausstationen Informationen zur Lösung von Problemen herangezogen werden*. Dazu wurde untersucht, in welchen beruflichen Situationen Pflegenden nicht weiterwissen und nach Informationen suchen, auf welche Quellen sie zurückgreifen und anhand welcher Kriterien sie einschätzen, ob sie die Informationen als vertrauenswürdig empfinden oder nicht. Hintergrund ist die Annahme, dass professionelle Handlungskompetenz bei Pflegenden entsteht, indem Probleme durch das Hinzuziehen generalisierbaren Regelwissens gelöst werden. Der Nutzen der vorliegenden Arbeit besteht darin, dass sich das betriebliche Bildungspersonal durch die Ergebnisse besser darauf vorbereiten kann, welche Informationen in welchen Situationen erfragt werden, worauf bei ihrer Bereitstellung zu beachten ist und wie sie aufbereitet werden

können, damit sie von den Pflegenden auch als vertrauenswürdig eingeschätzt werden. Empirische Befunde, die dafür sprechen, dass die Pflegepraxis nicht durchgehend durch professionelles Handeln geprägt ist (vgl. Kapitel 3.2.5) und aktuelle technologische Entwicklungen, die die Notwendigkeit einer Professionalisierung der Pflege erhöhen, wenn kein Entberuflichungsprozess eintreten soll (vgl. Kapitel 3.2.4), unterstreichen die Relevanz der aufgeworfenen Fragen.

Die Befunde der vorliegenden Arbeit sprechen dafür, dass das betriebliche Bildungspersonal eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung professioneller Handlungskompetenz Auszubildender in der Krankenpflege besitzt und seine Rolle diesbezüglich bei der Entwicklung professioneller Handlungskompetenz ausgebildeter Pflegepersonen ausbauen könnte. Dies wird daraus geschlossen, dass ausbildende oder anleitende Pflegepersonen die häufigsten Ansprechpartner Auszubildender waren und sich diesbezüglich keine Unterschiede zwischen den Ausbildungsjahren feststellen ließen. Bei den ausgebildeten Pflegepersonen nahm das betriebliche Bildungspersonal zwar lediglich den 7. Rang unter den untersuchten Quellen ein, allerdings konnte festgestellt werden, dass bei Pflegenden mit abgeschlossener Berufsausbildung mit wachsender Berufserfahrung nicht weniger häufig offene Fragen zu pflegerischen Aufgaben auftraten. Möglicherweise könnte das betriebliche Bildungspersonal die ausgebildeten Pflegepersonen bei der Auswahl und Bewertung von Internetquellen unterstützen, die in dieser Gruppe, neben dem ärztlichen Personal, (stellvertretenden) Stationsleitungen und der Pflegedokumentation eine besonders wichtige Rolle zur Beschaffung von Informationen spielte. Die Befunde unterstützen ferner die These, dass Pflegende mit wachsender Berufserfahrung nicht, wie die Ergebnisse BENNERS (vgl. Kapitel 4.3.1) es nahelegen, ihr Handeln zunehmend intuitiv ausrichten, sondern weiterhin offene Fragen haben. Dies wird hier so interpretiert, dass auch mit wachsender Berufserfahrung Entwicklungspotenziale hin zur professionellen Handlungskompetenz Pflegenden bestehen. Möglicherweise lässt sich dies dadurch erklären, dass sich, so legen es die qualitativen Befunde der vorliegenden Studie nahe, patientenzentrierte Formen der Pflegeorganisation etabliert haben, wenn auch teilweise mit funktionspflegerischen Elementen, was mit einer höheren Aufgabenkomplexität für Pflegende und mehr Lerngelegenheiten verbunden sein dürfte.

Die Befunde sprechen ferner dafür, dass sowohl bei Auszubildenden als auch bei ausgebildeten Pflegepersonen häufig Fragen zur Pflegedokumentation, zur Einschätzung der Ressourcen von Patient/innen sowie zu anderen administrativen Aufgaben auftreten. Bei ausgebildeten Pflegepersonen spielten zudem auch unklare bzw. fehlende ärztliche Anordnungen eine große Rolle,

was möglicherweise auf eine teilweise unklare Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal zurückzuführen ist, die sich in den qualitativen Ergebnissen zeigte. Ferner wurde in der Gruppe der Auszubildenden vergleichsweise häufig von Fragen zur Mobilisation berichtet. Bei der Wahl von Informationsquellen war bei Auszubildenden und auch bei ausgebildeten Pflegepersonen besonders häufig entscheidend, dass die Quellen in der Nähe waren. Für das betriebliche Bildungspersonal scheint es daher zielführend, Möglichkeiten zu finden, Informationen örtlich gut greifbar zur Verfügung zu stellen. Dabei könnte künftig auch Informationstechnologie, etwa in Form mobiler Endgeräte, eine größere Rolle spielen, was aus Sicht der vorliegenden Arbeit einen äußerst relevanten Gegenstand weiterer Studien darstellen könnte. Pflegende in der Ausbildung sowie im ersten Jahr nach deren Berufsabschluss berichteten im qualitativen Teil der vorliegenden Arbeit teilweise von Befürchtungen vor negativen Konsequenzen, wenn sie Fragen stellten. Sollte sich dies in weiteren, noch durchzuführenden, Untersuchungen als verbreitetes Phänomen herausstellen, würde dies naheliegen, über Möglichkeiten zu diskutieren, bei den Auszubildenden Ängste vor Rückfragen abzubauen, um deren Entwicklungsmöglichkeiten hin zur professionellen Handlungskompetenz zu erhöhen. Ferner konnten eine Reihe von Kriterien mit einer vergleichsweise hohen Relevanz zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen identifiziert werden, die sich teilweise auf die Informationsquelle, aber auch auf Eigenschaften der Informationen selbst bezogen. Dabei stimmten sowohl Auszubildende als auch ausgebildete Pflegepersonen vergleichsweise stark zu, dass sie sich nur auf Informationen verlassen, die für sie nachvollziehbar sind und die von Personen stammen, die sie bereits als zuverlässig erlebt haben. Demnach ist es für das betriebliche Bildungspersonal sinnvoll, darauf zu achten, dass ihre Informationen auch als nachvollziehbar eingeschätzt werden, um als vertrauenswürdig zu gelten, z.B. durch entsprechende Rückfragen. Näher untersucht werden müsste hingegen, wann Pflegepersonen subjektiv als zuverlässig erlebt werden, um daraus weitere Konsequenzen ableiten zu können.

Die Aussagekraft dieser Dissertation wird im Wesentlichen dadurch eingeschränkt, dass die Zahl der Items zur Erhöhung des Rücklaufs niedrig gehalten wurde. So konnten etwa Zusammenhänge zwischen Ursachen für Fragen und der Wahl bestimmter Informationsquellen nicht näher untersucht werden. Ferner musste auf eine Gelegenheitsstichprobe zurückgegriffen werden, weshalb nicht von der Generalisierbarkeit der vorliegenden Befunde ausgegangen werden kann. Dies war, neben dem geringen Rücklauf an Fragebögen, einem Mangel an Vorbefunden zur Verteilung einzelner Merkmale geschuldet. Eine weitere Einschränkung bei der Interpretation der Befunde ist, dass sich einzelne Items bei der Bestimmung der Test-Retest-Reliabilität nicht als hinreichend reliabel erwiesen, obwohl diese im Pretest als eindeutig und

nachvollziehbar einschätzt worden waren. Eine Entfernung dieser Items hätte möglicherweise die Validität der Untersuchung beeinträchtigt, weshalb sie im Fragebogen belassen wurden.

Bezüglich dieser Einschränkungen sei jedoch auf den explorativen Charakter der vorliegenden Arbeit verwiesen. So konnten Anhaltspunkte für weitere Studien und einer effektiveren Arbeit des betrieblichen Bildungspersonals zur Förderung professioneller Handlungskompetenz von Pflegepersonen gewonnen werden, die bislang für den deutschsprachigen Raum nicht vorlagen. Die teilweise recht ausführliche Thematisierung möglicher Einschränkungen der Aussagekraft dient im Sinne des kritisch-rationalen Paradigmas dazu, diese möglichst überprüf- und somit falsifizierbar zu machen und soll Ansatzpunkte für weiterführende Forschungsvorhaben zu diesem höchst relevanten Thema bieten.

Nicht behandelt wurde die Frage, welche Voraussetzungen betriebliche Bildungspersonen, insbesondere hinsichtlich ihrer Qualifikationen, erfüllen muss, um professionelle Handlungskompetenz Pflegenden fördern zu können. Dazu sind weitere Studien erforderlich, die explizit das Wechselspiel zwischen Voraussetzungen des betrieblichen Bildungspersonals und dessen Handeln in pflegerischen Settings untersuchen.

Gerade vor dem Hintergrund der Entwicklungen der Rahmenbedingungen, in die pflegerische Arbeit eingebettet ist, die insbesondere FRIESACHER oder HÜLSKEN-GIESLER kritisch reflektieren (vgl. Kapitel 3.2.4), wird es voraussichtlich entscheidend für eine Entwicklung entweder hin zur Profession Pflege oder zu einer Entberuflichung der Pflege sein, ob es gelingt, die wissenschaftlichen Voraussetzungen pflegerischen Handelns zu stärken. Dem betrieblichen Bildungspersonal kommt, das wird in den Befunden deutlich, dabei eine entscheidende Rolle zu.

## Literatur

ABELE, S. (2011): Hängt die prognostische Validität eignungsdiagnostischer Verfahren von der Operationalisierung des Ausbildungserfolgs ab? In: Nickolaus, R. & Pätzold, G. (Hrsg.), Lehr-Lernforschung in der gewerblich-technischen Berufsbildung [Themenheft]. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 25, 13-35.

ACHTZIGER, A. & GOLLWITZER, G.M. (2010): Motivation und Volition im Handlungsverlauf. In: HECKHAUSEN, J. & HECKHAUSEN, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. 4. Auflage (Springer) Heidelberg, Berlin & New York, 309-336.

AEBLI, H. (2003): Zwölf Grundformen des Lehrens. Eine Allgemeine Didaktik auf psychologischer Grundlage. Medien und Inhalte didaktischer Kommunikation des Lernzyklus. 12. Auflage (Klett-Cotta) Stuttgart.

ANDERSON, John R (2013): Kognitive Psychologie, 7., erweiterte und überarbeitete, neu gestaltete Auflage. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Joachim FUNKE (Springer) Berlin & Heidelberg.

ANDERSON, John R (2007): Kognitive Psychologie, 6. Auflage. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Joachim FUNKE (Springer) Berlin; Heidelberg.

ANDERSON, J.R., & LEBIERE, C. (1998): Knowledge Representation. In: Anderson, J.R. & Lebiere, C. (Hrsg.): The atomic components of thought (Lawrence Erlbaum Associates Inc.) Mahwah, 10-56.

ANDERSON, L.W. et al. (2013): A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives, Abridged Edition (Pearson Education) London.

ASSOCIATION OF COLLEGE & RESEARCH LIBRARIES (ACRL). Information Literacy Competency Standards for Nursing, <http://www.ala.org/acrl/standards/nursing>, 16.10.2016.

ASENDORPF, J., WALLBOTT, H.G. & SCHERER, K.R. (1985): Die Paralleluntersuchung: Multimodale Reaktionsunterschiede in emotionalen Situationen. In: SCHERER, K. et al. (Hrsg.): Die Streßreaktion: Physiologie und Verhalten (Hogrefe) Göttingen u.A., 163-194.

BAHL, A. (2012): Ausbildendes Personal in der betrieblichen Bildung: Empirische Befunde und strukturelle Fragen zur Kompetenzentwicklung. In: ULMER, P., WEIß, R. & ZÖLLER, A. (Hrsg.): Berufliches Bildungspersonal – Forschungsfragen und Qualifizierungskonzepte (Bertelsmann) Bielefeld, 21-44.

- BALCERIS, M. (2011): Medien- und Informationskompetenz - Modellierung und Messung von Informationskompetenz bei Schülern, <http://digital.ub.uni-paderborn.de/hs/download/pdf/326245?originalFilename=true>, 16.10.2016.
- BALLOD, M. (2005): Informationskompetenz. Dimensionen eines Begriffs. In: Computer + Unterricht, 59 (14), 44-46.
- BALTES-GÖTZ, B. (2013): Behandlung fehlender Werte in SPSS und Amos, <https://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf>, 26.03.2017.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. (2014): Pflege im Krankenhaus. In: SCHAEFFER, D. & WINGENFELD, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe (Beltz Juventa) Weinheim & München, 513-530.
- BARTHOLOMEYCZIK, S. (2010): Professionelles Handeln heute. Einige Thesen. In: KREUTZER, S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert (V&R unipress) Göttingen, 133-154.
- BAUER, J. (2008): Learning from Errors at Work. Studies on Nurses' Engagement in Error-Related Learning Activities, [https://epub.uni-regensburg.de/10748/1/diss\\_veroeff\\_endversion.pdf](https://epub.uni-regensburg.de/10748/1/diss_veroeff_endversion.pdf), 31.08.2017.
- BECK, K. (2010): Berufsbildungsforschung im Paradigma des Kritischen Rationalismus. In: NICKOLAUS, R. et al. (Hrsg.): Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Klinkhardt) Bad Heilbrunn, 373-378.
- BECK, K. (2006): Theorieansätze. In: ARNOLD, R. & LIPSMEIER, A. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung, 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden, 577-585.
- BECK, K. (1996): Die „Situation“ als Bezugspunkt didaktischer Argumentationen – Ein Beitrag zur Begriffspräzisierung. In: SEYD, W. & WITT, R. (Hrsg.): Situation Handlung Persönlichkeit. Kategorien wirtschaftspädagogischen Denkens. Festschrift für Lothar REETZ (Feldhaus) Hamburg, 87-98.
- BEHAR, B.I., GUTH, C., SALFELD, R. (2016): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen, 3. Auflage (Springer Gabler) Berlin & Heidelberg.
- BEHRENS, J. (2014): Evidence based Nursing. In: SCHAEFFER, D. & WINGENFELD, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Studienausgabe (Beltz Juventa) Weinheim & Basel, 151-164.
- BEHRENS, J. (2008): Evidence-based Nursing and Caring. Beiträge der Pflege zur Evidenzbasierung von Gesundheitsförderung und Krankenversorgung. Eine Langfassung des Artikels

aus Dr. med. Mabuse Nr. 175 September/Oktober 2008, [www.mabuse-verlag.de/Downloads/1626/175 Behrens.pdf](http://www.mabuse-verlag.de/Downloads/1626/175_Behrens.pdf), 29.05.2016.

BEHRENS, J. (2008): Abhören ersetzt nicht Zuhören. Fürsorge nicht Respekt. Soziologie der Pflege als Profession der Unterscheidung zwischen interner und externer Evidence. In: BOLLINGER, H., GERLACH, A. & PFADENHAUER, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel, 2. Auflage (Dr. med. Mabuse) Frankfurt am Main, 103-146.

BEHRENS, J. & LANGER, G. (2004): Evidence-based Nursing. Vertrauensbilden-die Entzauberung der Wissenschaft (Hans Huber) Bern.

BENNER, D. (2015): Erziehung *und* Bildung! Zur Konzeptualisierung eines erziehenden Unterrichts, der bildet. In: Zeitschrift für Pädagogik, 61(4), 481-496.

BENNER, P. (2012): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage (Hans Huber) Bern.

BIENENGRÄBER, T. (2011): Eine Theorie der Situation. Mit Beispielen für ihre Konkretisierung im Bereich der kaufmännischen Berufsausbildung (Peter Lang) Frankfurt.

BLUM, K. et al. (2006): Pflegeausbildung im Umbruch. Pflegeausbildungsstudie Deutschland (PABIS) (Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft) Düsseldorf.

BOGNER, A. & MENZ, W. (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, B. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung (Springer) Wiesbaden, 33-70.

BOGNER, A., Menz, W. & Littig, B. (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung (Springer) Wiesbaden.

BOHRER, A. (2013): Selbstständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung (Wissenschaftlicher Verlag Berlin) Berlin.

BOLLINGER, H. & GERLACH, A. (2008): Professionalität als Kompetenz und Element der Qualitätssicherung in den Gesundheitsberufen. In: MATZICK, S. (Hrsg.): Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung (Juventa) Weinheim & München, 139-158.



- BOLLINGER, H., GERLACH, A. & GREWE, A. (2006): Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In: PUNDT, J. (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen-Potenziale-Perspektiven (Hans Huber) Bern, 76- 92.
- BOLLINGER, H., GERLACH, A & PFADENHAUER, M. (2008): Soziologie und Gesundheitsberufe. In: BOLLINGER, H., GERLACH, A & PFADENHAUER, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Beobachtungen und Interpretationen, 2. Auflage, 7-12.
- BONß, W. et al. (2013): Handlungstheorie. Eine Einführung (transcript) Bielefeld.
- BORYCKI, E.M. et al. (2009): Novice nurse information needs in paper and hybrid electronic-paper environments: a qualitative analysis. In: Studies in Health Technologies and Informatics, Volume 150: Medical Informatics in a United and Healthy Europe, 913-917.
- BÖWING-SCHMALENBROCK, M. & JURCZOK, A. (2012): Multiple Imputation in der Praxis : ein sozialwissenschaftliches Anwendungsbeispiel, [https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/files/4847/multiple\\_imputation.pdf](https://publishup.uni-potsdam.de/opus4-ubp/files/4847/multiple_imputation.pdf), 26.03.2017.
- BRANDENBURG, H. (2007): Wissenschaftstheoretische Positionen, Designs und Methoden in der Pflegeforschung. In: BRANDENBURG, H., PANFIL, E.-M. & MAYER, H. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung, 15-26.
- BRANDSTÄTTER, J. & GREWE, W. (1999): Intentionale und nicht-intentionale Aspekte des Handelns. In: STRAUB, J. & WERBIK, H. (Hrsg.): Handlungstheorie. Begriff und Erklärung des Handelns im interdisziplinären Kontext (Campus) Frankfurt & New York.
- BREZINKA, W. (1990): Grundbegriffe der Erziehungswissenschaft. Analyse, Kritik, Vorschläge, 5., verbesserte Auflage (Ernst Reinhardt Verlag) München & Basel.
- BREZINKA, W. (1978): Metatheorie der Erziehung. Eine Einführung in die Grundlagen der Erziehungswissenschaft, der Philosophie der Erziehung und der Praktischen Pädagogik (Ernst Reinhardt Verlag) München & Basel.
- BROBST, R.A. et al. (2007): Der Pflegeprozess in der Praxis. Aus dem Amerikanischen von Elisabeth BROCK. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen GEORG. 2. Auflage (Hans Huber) Bern.

BROMME, R. & JUCKS, R. (2014): Fragen Sie ihren Arzt oder Apotheker: Die Psychologie der Experten-Laien-Kommunikation. In BLANZ, M., FLORACK, A. & PIONTKOWSKI, U. (Hrsg.): Kommunikation. Eine interdisziplinäre Einführung (Kohlhammer) Stuttgart, 237-246.

BROSCH, T. & SCHERER, K. R. (2009): Komponenten-Prozess-Modell – ein integratives Emotionsmodell. In: Brandstätter, V. & Otto, J.H. (Hrsg.): Handbuch der allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion (Hogrefe) Göttingen u.A., 446-456.

BUNDESREGIERUNG (2017): Reform der Pflegeberufe. Pflegeausbildung wird attraktiver, <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html>, 24.08.2017.

BÜHNER, M. (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte Auflage (Pearson Studium) München.

BÜSSING, A. (2003): Psychische Anforderungen und Belastungen in der Arbeit (Lehrstuhl für Psychologie der TU München) München.

BÜSSING, A. & GLASER, J. (2003): Interaktionsarbeit in der personenbezogenen Dienstleistung. In: BÜSSING, A. & GLASER, J. (Hrsg.): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus (Hogrefe) Göttingen u.A., 131-148.

BÜSSING, A., GLASER, J. & HÖGE, T. (2003): Psychische Belastung und Beanspruchung in der ambulanten und stationären Pflege (Lehrstuhl für Psychologie der TU München) München.

BÜSSING, A., BARKHAUSEN, M. & GLASER, J. (1996): Die Analyse von Schnittstellen im Krankenhaus am Beispiel von Kooperation und Kommunikation (Lehrstuhl für Psychologie der TU München) München.

BÜSSING, A. & GLASER, J. (1996): Bereichspflege: Analyse und Bewertung ganzheitlicher Pflegestrukturen (Lehrstuhl für Psychologie der TU München) München.

BÜSSING, A. (1992): Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pflgetätigkeit (Hans Huber) Bern.

CADER, R. (2013): Judging Nursing Information on the World Wide Web. In: CIN: Computers, Informatics, Nursing, 31 (2), 66-73.

CHALMERS, A.F. (2007): Wege der Wissenschaft. Einführung in die Wissenschaftstheorie. Herausgegeben und übersetzt von Niels BERGEMANN und Christine ALTSTÖTTER-GLEICH. Sechste, verbesserte Auflage (Springer) Berlin & Heidelberg.

CHEN, L. ET AL. (2005): Multiple Imputation For Missing Ordinal Data. In: Journal of Modern Applied Statistical Methods, 4(1), 288-299, Online: <http://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1179&context=jmasm>, 23.03.2017.

CLARK, H.H. & BRENNAN, S.E. (1991): Grounding in Communication. In: RESNICK, L.B., LEVINE, J.M. & TEASLEY, S.D. (Hrsg.): Perspectives on socially shared cognition, second printing 1993 (American Psychological Association) Washington, 127-149, <http://www.psychology.sunysb.edu/sbrennan-/papers/clarkbrennan.pdf>, 11.10.2016.

CLARK, H.H. & SCHAEFER, E.S. (1989): Contributing to Discourse. In: Cognitive Science, 13 (2), 254-294, <http://web.stanford.edu/~clark/1980s/Clark.Schaefer.89.pdf>, 11.10.2016.

COGDILL, K.W. (2003): Information needs and information seeking in primary care: a study of nurse practitioners. In: Journal of the Medical Library Association, 91(2), 203-215.

CORBIN, J. & HILDENBRAND, B. (2014): Qualitative Forschung. In: SCHAEFFER, D. & WINGENFELD, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft, Studienausgabe (Beltz Juventa) Weinheim & Basel, 117-136.

CORBIN, J. & STRAUSS, A. (2015): Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. Fourth Edition (Sage) Los Angeles u.A.

COUGLAN, E. K. et al. (2014): How Experts Practice: A Novel Test of Deliberate Practice Theory. In: Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 40 (2), 449-458.

CRANACH, M. von (1996): Handlungs-Entscheidungsfreiheit: ein sozialpsychologisches Modell. In: CRANACH, M. von & FOPPA, K. (Hrsg.). Freiheit des Entscheidens und Handelns. Ein Problem der nomologischen Psychologie (Roland Assanger) Heidelberg, 329-346.

DARMANN-FINCK, I. (2013): Professionalisierung durch Fallrekonstruktives Lernen? In: DARMANN-FINCK, I., BÖHNKE, U. & STRAß, K. (Hrsg.): Fallrekonstruktives Lernen. Ein Beitrag zur Professionalisierung in den Berufsfeldern Pflege und Gesundheit. 2. Auflage (Mabuse) Frankfurt am Main, 11-36.

DARMANN-FINCK, I. (2008): Zur Wirksamkeit und zu den Wirkhintergründen des Problembasierten Lernens in der Pflegeaus-, fort- und -weiterbildung. In: DARMANN-FINCK, I., BOONEN,

A. (Hrsg.): Problembasiertes Lernen auf dem Prüfstand. Erfahrungen und Ergebnisse aus Modellprojekten (Schlütersche) Hannover, 45-62.

DEE, C. & STANLEY, E.E. (2005): Information-seeking behavior of nursing students and clinical nurses: implications for health sciences librarians. In: Journal of the Medical Library Association, 93 (2), o.S.

DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT (2008): Neuordnung von Aufgaben des Ärztlichen Dienstes. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), [http://www.dkgev.de/media/file/4341.bericht-neuordnung\\_von\\_aufgaben.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/4341.bericht-neuordnung_von_aufgaben.pdf), 08.05.2015.

DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT (2010): Neuordnung von Aufgaben des Pflegedienstes unter Beachtung weiterer Berufsgruppen. Bericht des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI), [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung\\_pflege\\_langfassung.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/neuordnung_pflege_langfassung.pdf), 08.03.2015.

DEWE, Bernd (2006): Professionsverständnisse – eine berufssoziologische Betrachtung. In: PUNDT, Johanne (Hrsg.): Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale - Perspektiven (Hans Huber) Bern, 23-35.

DÖRGE, C. (2009): Professionelles Pflegehandeln im Alltag. Vision oder Wirklichkeit? (Mabuse) Frankfurt am Main.

DÖRNER, D. (2008): Die Logik des Misslingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen, 7. Auflage (Rowohlt) Reinbek bei Hamburg.

DÖRNER, D. (1987): Problemlösen als Informationsverarbeitung, Dritte Auflage (Kohlhammer) Stuttgart u.a.

DREYFUS, Stuart E. & DREYFUS, Hubert L. (1980): A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. <http://dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA084551>, 16.08.2014.

DUDENREDAKTION (o.J.): „verlassen“ auf Duden Online, [http://www.duden.de/rechtschreibung/verlassen\\_vertrauen\\_weggehen\\_trennen](http://www.duden.de/rechtschreibung/verlassen_vertrauen_weggehen_trennen), 06.08.2017.

EID, M., GOLLWITZER, M. & SCHMITT, M. (2013): Statistik und Forschungsmethoden, 4., überarbeitete und erweiterte Auflage (Beltz), Weinheim & Basel.

ENGELS, U. & SCHMIDT, B.O. (2014): Unit- und Item-Nonresponse. In: BAUR, N. & BLASIUS, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (Springer Fachmedien) Wiesbaden, 331-348.

ENGESTRÖM, Y. (2011): Lernen durch Expansion, 2., stark erweiterte Auflage, herausgegeben von Falk SEEGER (ICHS) Berlin.

ERICSSON, K.A. (2006): The influence of Experience and Deliberate Practice on the Development of Superior Expert Performance. In: ERICSSON, K.A. et al. (Hrsg.): The Cambridge Handbook of Expert Performance (Cambridge University Presse) New York u.a., 683-704.

ERICSSON, K.A. (2003): The Acquisition of Expert Performance as Problem Solving Construction and Modification of Mediating Mechanisms Through Deliberate Practice. In: DAVIDSON, Janet E. & STERNBERG, Robert J.: The Psychology of Problem Solving (Cambridge University Press), Cambridge; New York, 31-83.

ERICSSON, K.A., KRAMPE, R.T. & TESCH-RÖMER, C. (1993): The Role of Deliberate Practice in the Acquisition of Expert Performance. In: Psychological Review, 100 (3), 363-406.

ERIKSON, E.H. (1979): Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Fünfte Auflage (Suhrkamp) Frankfurt am Main.

ERTELT, B.-J. & FREY, A. (2010): Critical Incident Technique, <http://www.adam-europe.eu/prj/7028/prj/Critical%20Incident%20Technique.pdf>, 06.12.2016.

EVERS, T. (2012): Die besondere Ungewissheit im Handeln. Schlüsselprobleme gerontopsychiatrischer Pflegepraxis (Peter Lang) Frankfurt am Main.

FAROKHZADIAN, J., KHAJOUEI, R. & AHMADIAN, L. (2015): Information seeking and retrieval skills of nurses: Nurses readiness for evidence based practice in hospitals of a medical university in Iran. In: International Journal of Medical Informatics, 84(8), 570-577.

FERSTL, O. & SINZ, E. (2008): Grundlagen der Wirtschaftsinformatik. 6. Auflage (Oldenbourg) München.

FELTOVICH, P.J., PRIETULA, M.J. & ERICSSON, A.K. (2006): Studies of Expertise from Psychological Perspectives. In: ERICSSON, A. K. et al. (Hrsg): The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance (Cambridge University Press) Cambridge u.a., 41-68.

FICHTMÜLLER, F. & WALTER, A. (2007): Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns (V & R unipress) Göttingen.

FIECHTER, V. & MEIER, M. (1998): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis, 10. überarbeitete Auflage (RECOM) Fritzlär.

FLANAGAN, J.C. (1954): The Critical Incident Technique. In: The Psychological Bulletin, 51 (4), 327-358.

FLEMMING, D. (2015): Entwicklung und Evaluation eines elektronischen Systems zur Unterstützung der Informationsverarbeitung in pflegerischen Dienstübergaben, [https://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2015121613719/1/thesis\\_flemming.pdf](https://repositorium.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-2015121613719/1/thesis_flemming.pdf), 01.06.2016.

FLICK, U. (2009): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg, 252-264.

FRANKE, G. (2005): Facetten der Kompetenzentwicklung (Bertelsmann) Bielefeld.

FRIEDRICHS, J. (1974): Situation als soziologische Erhebungseinheit. In: Zeitschrift für Soziologie, 3 (1), 44-53.

FRIELING, E. (1999): Tätigkeitsanalyseinventar (TAI). In: DUNCKEL, H. (Hrsg.): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren (vdf Hochschulverlag) Zürich, 495-514.

FRIESACHER, H. (2011): Macht durch Steuerung – zur Kybernetisierung von Pflege und Gesundheit. In: REMMERS, H. (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. Eine Bilanz (V & R unipress) Göttingen, 343-368.

FRIESACHER, H. (2009): Professionalisierung in Zeiten von Evidenzbasierter Praxis. In: ipp info. Im Fokus: Professionalisierung der Pflege. [www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP\\_Info/IPP\\_info\\_no7\\_online\\_rz.pdf](http://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/Downloads/IPP_Info/IPP_info_no7_online_rz.pdf).

FRIESACHER, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft (V & R unipress) Göttingen.

FUNKE, J. (2003): Problemlösendes Denken (Kohlhammer) Stuttgart.

- GERSTENMAIER, J. & MANDL, H. (2000): Wissensanwendung im Handlungskontext. In: MANDL, H. & GERSTENMAIER, J. (Hrsg.): Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze (Hogrefe) Göttingen u.a., 289-322.
- GIESENBAUER, B. & GLASER, J. (2006): Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege. In: BÖHLER, F. & GLASER, J. (Hrsg.): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden, 59-84.
- GIESINGER, J. (2006): Erziehung der Gehirne. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 9(1), 97-109.
- GIESNE, C. (2011): *Becoming Qualitative Researchers. An Introduction. Fourth Edition* (Pearson) Boston u.A.
- GILMOUR, J.A. et al. (2011): Nurses' use of online health information in medical wards. In: *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1349-1358.
- GILMOUR, J.A., SCOTT, S.D. & HUNTINGTON, N. (2008): Nurses and Internet health information: a questionnaire survey. In: *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), 19-28.
- GIRBIG, M & BAUER, A. (2011): Kompetenzerfassung in der stationären Krankenpflege - Übersetzung, Modifizierung und kulturelle Adaption der Nurse Competence Scale (NCS) [Competence measurement in the domain of stationary nursing – Translation, modification and cultural adaption of the nurse competence Skale (NCS). In: *Pflegewissenschaft*, 13 (12), 655-663.
- GLÄSER, J. & LAUDEL, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage (VS Verlag) Wiesbaden.
- GLÄSER-ZIKUDA, M. (2005): Zum Ertrag Qualitativer Inhaltsanalyse in Pädagogik und Psychologie. In: MAYRING, P. & GLÄSER-ZIKUDA, M. (Hrsg.): *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse* (Beltz) Weinheim & Basel, 286-296.
- GODWIN, P. (2012): The story so far: progress in Web 2.0 and information literacy. In: GODWIN, P. & PARKER, J. (Hrsg.): *Information Literacy beyond Library 2.0* (facet publishing) London, 27-40.
- GOLLER, M. (2017): *Human Agency at Work. An Active Approach towards Expertise Development* (Springer) Wiesbaden.

- GRIPP-HAGELSTANGE, H. (2000): Einführung: Niklas Luhmans Denken - Oder: Die Überwindung des alteuropäischen Denkens. In: GRIPP-HAGELSTANGE, H. (Hrsg.): Niklas Luhmans Denken. Interdisziplinäre Einflüsse und Wirkungen (UVK Universitätsverlag Konstanz GmbH) Konstanz.
- GROSS, J.J. (2014): Emotion Regulation. Conceptual and Empirical Foundations. In: GROSS, J. (Hrsg.): Handbook of Emotion Regulation, 2. ed. (Guildford Press), New York u.A., 3-20.
- GRUBER, H. (1999): Erfahrung als Grundlage kompetenten Handelns (Hans Huber) Bern u.a.
- GRUBER, H. & ZIEGLER, A. (1996): Expertise als Domäne psychologischer Forschung. In: GRUBER, H. & ZIEGLER, A. (Hrsg.): Expertiseforschung. Theoretische und methodische Grundlagen (Springer) Wiesbaden, 7-16.
- GRUBER, H., WEBER, A. & ZIEGLER, A. (1996): Einsatzmöglichkeiten retrospektiver Befragungen bei der Untersuchung des Expertiseerwerbs. In: Gruber, H. & Ziegler, A. (Hrsg.): Expertiseforschung. Theoretische und methodische Grundlagen (Springer) Wiesbaden, 169-190.
- HACKER, W. & SACHSE, P. (2014): Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Tätigkeiten. 3., vollständig überarbeitete Auflage (Hogrefe) Göttingen u.a.
- HACKER, W. (2009): Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit (Pabst) Lengerich.
- HACKER, W. et al. (1995): Tätigkeitsbewertungssystem (TBS). Verfahren zur Analyse, Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten (vdf Hochschulverlag) Zürich.
- HAHNE, M. (2010): Konzeptuelle und methodische Beiträge der Aktivitätstheorie für eine Theorie verteilten Handelns. „State-of-the-art“-Report, [https://www.ts.tu-berlin.de/fileadmin/fg226/TUTS/TUTS\\_WP\\_3\\_2010.pdf](https://www.ts.tu-berlin.de/fileadmin/fg226/TUTS/TUTS_WP_3_2010.pdf), 24.08.2016.
- HASSELHORN, H.-M., MÜLLER, B.H. & TACKENBERG, P. (2005): Die Untersuchung des vorzeitigen Ausstiegs aus dem Pflegeberuf in Europa – die europäische NEXT-Studie. In: HASSELHORN, H.-M., ET. AL (Hrsg): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa (Wirtschaftsverlag NW) Bremerhaven, 11-20.
- HATTIE, J.R. & TIMPERLEY, H. (2007): The Power of Feedback. In: Review of Educational Research, 77 (1), 81-112.



- HECKHAUSEN, J. & HECKHAUSEN, H. (2010): Motivation und Handeln: Einführung und Überblick. In: HECKHAUSEN, J. & HECKHAUSEN, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. 4. Auflage (Springer) Heidelberg, Berlin & New York, 1-10.
- HEID, H. (2002): Erziehung. In: LENZEN, D. (Hrsg.): Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs (Rowohlt) Reinbek bei Hamburg, 43-68.
- HELLWIG, S. (2008): Zur Vereinbarkeit von Competency-Based Training (CBT) und Berufsprinzip. Konzepte der Berufsbildung im Vergleich (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden.
- HELFFERICH, C. (2009): Qualität qualitativer Daten. Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews. 3. Überarbeitete Auflage (VS Verlag) Wiesbaden.
- HEHMANN, M. (2014): Informationskompetenz in der Lehrerbildung. Eine empirische Untersuchung der Informationsbeschaffung angehender Lehrpersonen beruflicher Schulen. Unveröffentlichte Masterarbeit an der Professur für Wirtschaftspädagogik der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Betreuung: Johannes KRELL, Themenausgabe und Beurteilung: Eveline WITTMANN.
- HERRMANN, H. (2009): Interviewen als Tätigkeit. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg, 360-368.
- HESSE, H. A. (1969): Berufe im Wandel. Ein Beitrag zum Problem der Professionalisierung. (Ferdinand Enke Verlag) Stuttgart.
- HIELSCHER, V., KIRCHEN-PETERS, S. & SOWINSKI, C. (2015): Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. In: Pflege und Gesellschaft, 20 (1), 3-19.
- HOCHSCHILD, A.R. (2012): The Managed Heart. Commercialization of Human Feeling (University of California Press) Berkeley, Los Angeles & London.
- HORLEBEIN, M. (2009): Wissenschaftstheorie. Grundlagen und Paradigmen der Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Hohengehren) Baltmannsweiler.
- HOMANN, B. (2000): Das Dynamische Modell der Informationskompetenz (DYMİK) als Grundlage für bibliothekarische Schulungen. In: KNORZ, G. & KUHLEN, R. (Hrsg.): Informationskompetenz – Basiskompetenz in der Informationsgesellschaft. Proceedings des 7. Internationalen Symposiums für Informationswissenschaft (ISI 2000), Darmstadt, 8.-10. November November 2000 (UVK Verlagsgesellschaft) Konstanz, 195-206.

HUNDENBORN, G. (2007): Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung (Urban & Fischer) München & Jena.

HUTWELKER, M. (2008): Zum Problem der Professionalisierungsbedürftigkeit pflegerischen Handelns. In: BOLLINGER, H., GERLACH, A- & PFADENHAUER, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen, 2. Auflage (Mabuse) Bern.

HÜLSKEN-GIESLER, M. (2008): Der Zugang zum Anderen. Zur theoretischen Rekonstruktion von Professionalisierungsfragen pflegerischen Handelns im Spannungsfeld von Mimesis und Maschinenlogik (V&R unipress) Göttingen.

INGOLD, M. (2012): Informationskompetenz und Information Literacy. In: SÜHL-STROHMENGER, W. (Hrsg.): Handbuch Informationskompetenz (Walter de Gruyter) Berlin & Boston, 12-35.

JONKISZ, E, MOOSBRUGGER, H & BRANDT, H. (2012): Planung und Entwicklung von Tests und Fragebogen. In: MOOSBRUGGER, H. & KELAVA, A. (Hrsg.): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion, 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage (Springer) Berlin & Heidelberg, 27-74.

JUNGKUNZ, D. (1995): Berufsausbildungserfolg in ausgewählten Ausbildungsberufen des Handwerks. Theoretische Klärung und empirische Analyse (Deutscher Studienverlag) Weinheim.

KAISER, A. (1985): Sinn und Situation. Grundlinien einer Didaktik der Erwachsenenbildung (Klinkhardt) Bad Heilbrunn.

KAISER, H.-J. & WERBIK, H. (2012): Handlungspsychologie. Eine Einführung (Vandenhoeck & Ruprecht) Göttingen.

KALLUS, K.W. (2010): Erstellung von Fragebogen (Facultas) Wien.

KANT, E. (2012): Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 20. Auflage (suhrkamp) Frankfurt am Main.

KASPAR, R. et al. (2016): Competencies in Geriatric Nursing: Empirical Evidence from a Computer-Based Large –Scale Assessment Calibration Study. In: Vocations and learning, 9, 185-206.

KATHOLISCHE STIFTUNGSFACHHOCHSCHULE MÜNCHEN (KSFH) (2016): Forschungswelten 2016, 7. Internationaler wissenschaftlicher Kongress für angewandte Pflege- und Gesundheitsforschung 3.-4. März 2016 KSFH München, <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik->

und-Poliklinik-fuer-Palliativmedizin/download/de/aktuelles/fw\_2016\_vorabprogramm.pdf, 07.12.2016.

KAUFHOLD, M. & WEYLAND, U. (2015): Betriebliches Bildungspersonal im Humandienstleistungsbereich – Herausforderungen und Ansätze zur Qualifizierung und Professionalisierung. In: bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich, Hrsg. v. WEYLAND, U., KAUFHOLD, M., NAUERTH, A. & ROSOWSKI, E., 1-22. Online: [http://www.bwpat.de/spezial10/kaufhold\\_weyland\\_gesundheitsbereich-2015.pdf](http://www.bwpat.de/spezial10/kaufhold_weyland_gesundheitsbereich-2015.pdf), 07.05.2016.

KÄLBLE, K. (2008): Modernisierung durch wissenschaftsorientierte Ausbildung an Hochschulen. In: BOLLINGER, H., GERLACH, A. & PFADENHAUER, M. (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Soziologische Betrachtungen und Interpretationen. 2. Auflage (Mabuse) Frankfurt am Main, 31-54.

KELL, A. (2015): Arbeit und Beruf aus Sicht ökologischer Berufsbildungswissenschaft. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 29, 1-25. Online: [http://www.bwpat.de/ausgabe29/kell\\_beitrag1\\_bwpat29.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe29/kell_beitrag1_bwpat29.pdf), 21.05.2016.

KELLEY, T., DOCHERTY, S. & BRANDON, D. (2014): Information Needed to Support Knowing the Patient. In: Advances in Nursing Science, 36 (4), 351-363.

KERSTING, K. (2002): Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung (Hans Huber) Bern u.A.

KIRCHHOF, S. (2007): Informelles Lernen und Kompetenzentwicklung für und in beruflichen Werdegängen (Waxmann) Münster u.a.

KLEIN-FEDYSHIN, M (2015): Translating Evidence into Practice at the End-of-Life: Information needs, access and usage by hospice and palliative nurses. In: Journal of Hospice and Palliative Nursing, 17 (1), 24-30, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464802/>, 21.10.2016.

KLEINBECK, U. (2009): Motivation in Arbeit und Beruf. In: BRANDSTÄTTER, V. & OTTO, J.H. (Hrsg.): Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion (Hogrefe) Göttingen u.a., 347-359.

KLEINGINNA, P.R. & KLEINGINNA, A.M. (1981): A Categorized List of Emotion Definitions, with Suggestions for a Consensual Definition, In: Motivation and Emotion, 5(4), 345-379.

- KLIEME, E. & HARTIG, J. (2007): Kompetenzkonzepte in der Sozialwissenschaft und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. In: PRENZEL, M., GOGLIN, I. & KRÜGER, H.-J.: Kompetenzdiagnostik. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft. Sonderheft 8.
- KOWAL, S. & O'DONNELL, D.C. (2009): Zur Transkription von Gesprächen. In: FLICK, U. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg, 447-455.
- KÖNIG, P. (2011): Pflegeprozess. In: MENCHE, N. (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe, 5., vollständig überarbeitete Auflage (Urban & Fischer) München, 266-279.
- KRAPP, A., GEYER, C. & LEWALTER, D. (2014): Motivation und Emotion. In: SEIDEL, T. & KRAPP, A. (Hrsg.): Pädagogische Psychologie, 6., vollständig überarbeitete Auflage (Beltz) München & Basel, 193-224.
- KRAUS, K. (2006): Vom Beruf zur Employability. Zur Theorie einer Pädagogik des Erwerbs (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden.
- KRCMAR, H. (2005): Informationsmanagement. Vierte, überarbeitete und erweiterte Auflage (Springer) Berlin; Heidelberg & New York.
- KRELL ET AL. (2015): Herausfordernde Situationen in unterschiedlichen Settings der Pflege älterer Menschen. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Ausgabe 28, 1-24, [http://www.bwpat.de/ausgabe28/krell\\_etal\\_bwpat28.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe28/krell_etal_bwpat28.pdf), 15.06.2016.
- KREMER, M. & SEVERING, E. (2012): Vorwort. In: ULMER, P., WEIß, R. & ZÖLLER, A. (Hrsg.): Berufliches Bildungspersonal – Forschungsfragen und Qualifizierungskonzepte (Bertelsmann) Bielefeld, 5-6.
- KRUSE, J. (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrierter Ansatz (Beltz Juventa) Weinheim & Basel.
- KROLL, T. & NERI, M. (2009): Designs for Mixed Methods Research. In: S. Andrew & E. J. Halcomb (Hrsg.): Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences (John Wiley & Sons) West Sussex, 31-49.
- KUCKARTZ, U. (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3. Auflage (Beltz Juventa) Weinheim & Basel.
- KUCKARTZ, U. (2014): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden.
- KUHLTHAU, C.C. (1991): Inside the search process. Information seeking from the user's perspective. In: Journal of the American Society for Information Science, 42 (5), 361-371.

KUHLTHAU, C.C. (1989): Information Search Process: A Summary of Research and Implications for School Library Media Programs. In: SLMQ 18 (1), [http://www.ala.org/aasl/sites/ala.org.aasl/files/content/aaslpubsandjournals/slr/edchoice/SLMQ\\_InformationSearchProcess\\_InfoPower.pdf](http://www.ala.org/aasl/sites/ala.org.aasl/files/content/aaslpubsandjournals/slr/edchoice/SLMQ_InformationSearchProcess_InfoPower.pdf), 20.10.2016.

KULTUSMINISTERKONFERENZ (2011): Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe, [http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2011/2011\\_09\\_23\\_GEP-Handreichung.pdf](http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf), 25.03.2016.

KURTZ, T. (2002): Berufssoziologie (Transcript) Bielefeld.

KUTSCHA, G. (2010): Ansatz und Einfluss der Kritischen Theorie in der Berufs- und Wirtschaftspädagogik. In: NICKOLAUS, R. et al. (Hrsg.): Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Klinkhardt) Bad Heilbrunn, 379-382.

KUTSCHA, G. (2008): Beruflichkeit als regulatives Prinzip flexibler Kompetenzentwicklung – Thesen aus berufsbildungstheoretischer Sicht. [http://www.bwpat.de/ausgabe14/kutscha\\_bwpat14.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe14/kutscha_bwpat14.pdf), 10.02.2014.

KVALE, S. & BRINKMANN, S. (2009): Interviews. Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing, 2<sup>nd</sup> ed (SAGE) Los Angeles u.A.

LANDIS, J. R. & KOCH, G. G. (1977): The measurement of observer agreement for categorial data. In: Biometrics, 33 (1), 159-174.

LAUTERBACH, A. (2008): ...da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht mehr geht. Dienstübergaben in der Pflege (Books on Demand) Norderstedt.

LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. (1984): Stress, Appraisal, And Coping (Springer) New York.

LÄZER, K.L. et al. (2010): Einführung in die systematische Literaturrecherche mit den Datenbanken „PsycINFO“, „Pubmed“ und „PEP – Psychoanalytical Electronic Publishing“ sowie in das Literaturverwaltungsprogramm „Citavi“, <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/bitstream/urn:nbn:de:hebis:34-2010081634029/3/TutorialSystematischeLiteraturrecherche.pdf>, 20.10.2016.

LEMPERT, W. (2009): Vom vorzeitigen Grabgesang zur ‚self-destroying prophecy‘? Weitere Stichworte zur Profilierung und Konsolidierung der Berufs- und Wirtschaftspädagogik als

einer sozialwissenschaftlichen Disziplin. [http://www.bwpat.de/content/uploads/media/lempert\\_replik-bwpat16.pdf](http://www.bwpat.de/content/uploads/media/lempert_replik-bwpat16.pdf), 05.12.2015.

LUHMANN, N. (1985): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Zweite Auflage (Suhrkamp) Frankfurt am Main.

MAJID, S. (2011): Adopting evidence-based practice in clinical decision making: nurses' perceptions, knowledge, and barriers. In: Journal of the Medical Library Association, 99(3), 229-236.

MARSHALL, A.P., WEST, S.H. & AITKEN, L.M. (2013): Clinical credibility and trustworthiness are key characteristics used to identify colleagues from whom to seek information. In: Journal of Clinical Nursing, 22 (9-10), 1424-1433.

MARZANO, R.J. & KENDALL, J.S. (2008): Designing and Assessing Educational Objectives: Applying the New Taxonomy (Corwin) Thousand Oaks.

MAYER, H. O. (2009): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 5., überarbeitete Auflage (Oldenbourg) München.

MAYRING, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., überarbeitete Auflage (Beltz) Weinheim u.a.

MAYRING, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage (Beltz) Weinheim u.a.

MAYRING, P. (2009): Qualitative Inhaltsanalyse. In: FLICK, U., VON KARDORFF, E. & STEINKE, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 7. Auflage. Reinbek bei Hamburg, 486-474.

MCCAUGHAN, D. et al. (2005): Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study. In: Journal of Advanced Nursing, In: Family Practice, 22(5), 490-497.

MCKNIGHT, M. (2006): The information seeking of on-duty critical care nurses: evidence from participant observation and in-context interviews. In: Journal of the Medical Library Association, 94(2), 145-151.

MESSINGSCHLAGER, M. (2012): Fehlende Werte in den Sozialwissenschaften. Analyse und Korrektur mit Beispielen aus dem ALLBUS (University of Bamberg Press) Bamberg.

MEUSER, M. & NAGEL, U. (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: PICKEL, S. et al. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden, 465-479.

- MEUSER, M. & NAGEL, U. (2002): ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: BOGNER, A., LITTIG, B. & MENZ, B. (Hrsg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung (Springer) Wiesbaden 71-93.
- MEUSER, M. & NAGEL, U. (1994): Expertenwissen und Experteninterview. In: HITZLER, R., HONER, A. & MAEDER, C. (Hrsg.): Expertenwissen. Die institutionelle Kompetenz zur Rekonstruktion von Wirklichkeit (Vieweg+Teubner) Wiesbaden, 180-192.
- MILLER, G.A., GALANTER, E. & PRIBRAM, K. A. (1960): Plans and the structure of behaviour (Holt, Rinehart and Winston) New York.
- MISOCH, S. (2015): Qualitative Interviews (De Gruyter) Berlin, München & Boston.
- MOERS, M. & SCHAEFFER, D. (2011): Pflgetheorien. In: SCHAEFFER, D. & WINGENFELD, K. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Neuauflage (Juventa) Weinheim & München, 37-66.
- MOOSBRUGGER, H. & KELAVA, A. (2012): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion, 2. Auflage (Springer) Berlin & Heidelberg.
- MÜLLER, M. (2011): Statistik für die Pflege. Handbuch für Pflegeforschung und –wissenschaft (Hans Huber) Bern.
- MÜLLER, H.J., KRUMMENACHER, J. & SCHUBERT, T. (2015): Aufmerksamkeit und Handlungssteuerung (Springer) Wiesbaden.
- MÜLLER, A. & DITTON, Hartmut (2014): Feedback: Begriff, Formen und Funktionen. In: DITTON, H. & MÜLLER, A. (Hrsg.): Feedback und Rückmeldungen. Theoretische Grundlagen, empirische Befunde, praktische Anwendungsfelder (Waxmann) Münster, 11-28.
- NARCISS, S. (2014): Modelle zu den Bedingungen und Wirkungen von Feedback in Lehr- Lernsituationen. In: DITTON, H. & MÜLLER, A. (Hrsg.): Feedback und Rückmeldungen. Theoretische Grundlagen, empirische Befunde, praktische Anwendungsfelder (Waxmann) Münster, 43-82.
- NARCISS, S. (2006): Informatives tutorielles Feedback (Waxmann) Münster.
- NEUWEG, G. H. (1999): Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnistheorie Michael Polanys (Waxmann) Münster.
- NOß, M. (2001): Förderungsmöglichkeiten selbstgesteuerten Lernens am Arbeitsplatz – Eine empirische Untersuchungen (sic!) zur Ausbildung von Bankkauffleuten. In: HEID, H., MINNAMEIER, G. & WUTTKE, E. (Hrsg.): Beiheft 16 zur ZBW. Fortschritte in der Berufsbildung. Aktuelle Forschung und prospektive Umsetzung (Franz Steiner) Stuttgart, 129-134.

NÜCKLES, M. & WITWER, J. (2014): Lernen und Wissenserwerb. In: SEIDEL, T. & KRAPP, A. (Hrsgl.): Pädagogische Psychologie, 6., vollständig überarbeitete Auflage (Beltz) Weinheim & Basel, 225-252.

OERTER, R. & DREHER, E. (2008): Jugendalter. In: OERTER, R. & MONTADA, L. (Hrsg.): Entwicklungspsychologie, 6., vollständig überarbeitete Auflage (Beltz) Weinheim & Basel, 271-332.

OEVERMANN, U. (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung, [http://www.ihs.de/publikationen/Ulrich\\_Oevermann-Manifest\\_der\\_objektiv\\_hermeneutischen\\_Sozialforschung.pdf](http://www.ihs.de/publikationen/Ulrich_Oevermann-Manifest_der_objektiv_hermeneutischen_Sozialforschung.pdf), 06.04.2015.

OLBRICH, C. (2010): Pflegekompetenz, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (Hans Huber) Bern.

O'LEARY, D.F. & S.N. MHAOLRUNAIGH (2011): Information-seeking behaviour of nurses: where is information sought and what processes are followed? In: Journal of Advanced Nursing, 68 (2), 379-390.

OREM, D.E., FELDEN, K. & BEKEL, G. (1997): Strukturkonzepte der Pflegepraxis (Ullstein Mosby) Berlin.

ORTONY, A., CLORE, G.L. & COLLINGS, A. (1988): The Cognitive Structure of Emotions (Cambridge University Press) Cambridge.

PAHL, J.-P. (2013): Berufsforschung und Berufswissenschaft - Eine Einführung zu Ausformungen, Aufgaben und Perspektiven. In: PAHL, J.-P. & HERKNER, V. (Hrsg.): Handbuch Berufsforschung (Bertelsmann) Bielefeld, 17-37.

PAHL, J.-P. (2012): Berufsbildung und Berufsbildungssystem. Darstellung und Untersuchung nicht-akademischer und akademischer Lernbereiche (Bertelsmann) Bielefeld.

PEPLAU, H.E. (1995): Interpersonale Beziehungen in der Pflege: ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Übersetzung ins Deutsche von Gehrad KELLING. Herausgegeben von Maria MISCHO-KELLING (Recom) Basel & Eberswalde.



- PESTALOZZI, J.H. (1983): Über die Entstehung der sittlichen Begriffe in der Entwicklung der Menschheit. In: DIETRICH, T. & REBLE, A. (Hrsg.): Kleine Schriften zur Volkserziehung und Menschenbildung (Klinkhardt) Bad Heilbrunn, 39-58.
- POPPER, K. (2005): Logik der Forschung. 11. Auflage. Herausgegeben von Herbert KREUTH (Mohr Siebeck) Tübingen.
- POPPER, K. (1996): Alles Leben ist Problemlösen: Über Erkenntnis, Geschichte und Politik, 8. Auflage (Piper) München.
- POPPER, K. (1994): Vermutungen und Widerlegungen. Das Wachstum der wissenschaftlichen Erkenntnis. Teilband 1. Vermutungen (J.C.B Mohr) Tübingen.
- POSER, H. (2001): Wissenschaftstheorie. Eine philosophische Einführung (Philipp Reclam) Stuttgart.
- POSPESCHILL, M. (2010): Testtheorie, Testkonstruktion, Testevaluation (Ernst Reinhardt) München.
- PRÖBSTL, A. & GLASER, J. (1997): Pflegeplanung und Pflegeorganisation – Grundelemente ganzheitlicher Pflege. In: BÜSSING, A. (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus (Verlag für angewandte Psychologie) Göttingen, 245-268.
- RAUSCH, A. & WUTTKE, E. (2016): Development of a Multi-Faceted Model of Domain-Specific Problem-Solving Competence and its Acceptance by Different Stakeholders in the Business Domain. In: Unterrichtswissenschaft, 44 (2), 170-184.
- RAUSCH, A., SCHLEY, T. & WARWAS, J. (2015): Problem solving in everyday office work—a diary study on differences between experts and novices, International Journal of Lifelong Education, 34 (4), 448-467.
- RAUSCH, A. (2011). Erleben und Lernen am Arbeitsplatz in der betrieblichen Ausbildung (VS-Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden.
- REMMERS, H. (2010): Transformationen pflegerischen Handelns. Entwurf einer theoretischen Erklärungsskizze. In: KREUTZER, S. (Hrsg.): Transformationen pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert (V&R unipress) Göttingen, 33-66.
- RENKL, A. (2015): Wissenserwerb. In: WILD, E. & MÖLLER, J. (Hrsg.): Pädagogische Psychologie, 2., vollständige überarbeitete und aktualisierte Auflage (Springer) Berlin & Heidelberg, 3-24.

- REUSCHENBACH, B. et al. (2012): Methodennutzung, -präferenz und -fortbildungsbedarfe in der deutschsprachigen Pflegewissenschaft. Ergebnisse einer Online-Befragung. In: Pflege und Gesellschaft, 17 (3), 197-215.
- REUSCHENBACH, B. (2008): Einfluss von Expertise auf Problemlösen und Planen im komplexen Handlungsfeld Pflege (Logos) Berlin.
- RHEINBERG, F. & VOLLMEYER, R. (2012): Motivation, 8., aktualisierte Auflage (Kohlhammer) Stuttgart.
- RHEINBERG, F. (2009): Motivation. In: BRANDSTÄTTER, V. & OTTO, J.H. (Hrsg.): Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion (Hogrefe) Göttingen u.A., 668-674.
- ROPER, N. (2002): Das Roper- Logan-Tierney-Modell. Basierend auf Lebensaktivitäten. Aus dem Englischen von Ute VILLWOCK (Hans Huber) Bern.
- ROPER, N. (1997): Pflegeprinzipien im Pflegeprozess. Aus dem Englischen von Ute VILLWOCK (Hans Huber) Bern u.a.
- ROSENDAHL, A. & WAHLE, M. (2012): Erosion des Berufes. Ein Rückblick auf die Krisenszenarien der letzten vierzig Jahre. In: BOLDER, Axel et al. (Hrsg.): Beruflichkeit zwischen institutionellem Wandel und biographischem Projekt (Springer) Wiesbaden, 25-48.
- ROST, J. (2004): Lehrbuch Testtheorie – Testkonstruktion, zweite, vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (Hans Huber) Göttingen u.A.
- RUB, H.G. (2004): Wissenschaftstheorie. Erkenntnistheorie und die Suche nach Wahrheit. Eine Einführung (Kohlhammer) Stuttgart.
- SACKETT, D. L. et al. (1999): Evidenzbasierte Medizin (W. Zuckerschwerdt) München u.a.
- SAVOLAINEN, R. (2015): Approaching the affective factors of information seeking: the viewpoint of the information search process model, <http://www.informationr.net/ir/20-1/isis2/isis28.html#.WakXL8mjCJ8>, 20.010.2016.
- SCHAUB, H. (2001): Persönlichkeit und Problemlösen. Persönlichkeitsfaktoren als Parameter eines informationsverarbeitenden Systems (Beltz) Weinheim.
- SCHÄFFER, D., BEHRENS, J. & GÖRRES, S. (Hrsg.) (2008): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung (Juventa) Weinheim & München.

SCHERMER, F. J. (2014): Lernen und Gedächtnis. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage (Kohlhammer) Stuttgart.

SCHNELL, R. (2012): Survey-Interviews. Methoden standardisierter Befragungen (VS Verlag) Wiesbaden.

SCHUMANN, S. (2011): Repräsentative Umfrage. Praxisorientierte Einführung in empirische Methoden und statistische Analyseverfahren, 5. Auflage (Oldenbourg) München.

SCHURER, B. (2013): Beruf ohne Pädagogik? Pädagogik ohne Beruf? - Aktualität und Zukunft der Berufspädagogik. In: Niedermeier, Gerhard (Hrsg.): Facetten berufs- und betriebspädagogischer Forschung. Grundlagen-Herausforderungen-Perspektiven (Trauner) Linz, 29-58.

SCHWEIKARDT, C. (2008): Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im frühen 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbestimmung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik, <http://www-brs.ub.ruhr-uni-bochum.de/netahtml/HSS/Diss/SchweikardtChristoph/diss.pdf>, 09.05.2016.

SEEBER, S. (2016): Vom Domänenmodell zum Kompetenzmodell: Konturen eines Assessmentdesigns zur Messung beruflicher Fachkompetenzen bei Medizinischen Fachangestellten. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik – online, Profil 4: Kompetenzentwicklung im wirtschaftspädagogischen Kontext: Programmatik – Modellierung – Analyse. Digitale Festschrift für Sabine MATTHÄUS, 1-25. Online: [http://www.bwpat.de/profil4/seeber\\_profil4.pdf](http://www.bwpat.de/profil4/seeber_profil4.pdf), 06.12.2016.

SEEBER, S. (2014): Struktur und kognitive Voraussetzungen beruflicher Fachkompetenz: Am Beispiel medizinischer und zahnmedizinischer Fachangestellter. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft 22, 59-80.

SEEBER, S. & NICKOLAUS, R. (2010): Kompetenz, Kompetenzmodelle und Kompetenzentwicklung in der beruflichen Bildung. In: NICKOLAUS, R. et al. (Hrsg.): Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Klinkhardt) Bad Heilbrunn, 247-256.

SEEBER, S. & WITTMANN, E. (2017): Social Competence Research. A Review. In: Mulder, M. (Hrsg.): Competence-based Vocational and Professional Education. Bridging the Worlds of Work and Education (Springer) Dordrecht, 1029-1050.

SEILER, T.B. & REIMANN, Gabi (2004): Der Wissensbegriff im Wissensmanagement. Eine strukturgenetische Sicht. In: REIMANN, Gabi & MANDL, Heinz (Hrsg.): Psychologie des Wissensmanagements. Perspektiven, Theorien und Methoden (Hogrefe) Göttingen u.a., 11-23.

SEEL, N.M. & HANKE, U. (2015): Methodik der Erziehungswissenschaft. In: SEEL, N.M. & HANKE, U. (Hrsg.): Erziehungswissenschaft. Lehrbuch für Bachelor-, Master- und Lehramtsstudierende (Springer) Berlin & Heidelberg, 765-852.

SELLEMANN, B. & FLEMMING, D. (2016): Die Pflege, unendliche Weiten. In: E\_HEALTHCOM, [http://www.e-health-com.eu/fileadmin/user\\_upload/dateien/Downloads/10\\_Jahre\\_EHC\\_Pflege-IT\\_Sellemann\\_Flemming.pdf](http://www.e-health-com.eu/fileadmin/user_upload/dateien/Downloads/10_Jahre_EHC_Pflege-IT_Sellemann_Flemming.pdf), 01.06.2016.

SEMBILL, D. (2012): Was bedeutet die Hirnforschung für die Schul- und LERNKULTUR. IN: WARWAS, J., HARDER, P. & SEMBILL, D. (Hrsg.): Kultur der Schule – Schuler der Kultur(en) (Schneider Verlag Hohengehren) Baltmannsweiler, 85-112.

SEMBILL, D. (1995): Der Wille zum Nicht-Müssen. Gestaltungskraft im Spannungsverhältnis von Innovation und Organisation. In: BUNK, G. P. & LASSAHN, R. (Hrsg.): Pädagogische Varia. Festschrift zum 75. Geburtstag für Artur Fischer (Ehgart & Albohn) Steinbach bei Gießen, 125-146.

SEMBILL, D. (1992): Problemlösefähigkeit, Handlungskompetenz und Emotionale Befindlichkeit (Hogrefe) Göttingen u.A.

SEMMER, N., ZAPF, D. & DUNCKEL, H. (1999): Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA). In: DUNCKEL, H. (Hrsg.): Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren (vdf Hochschulverlag) Zürich, 179-204.

SENKBEIL, M., IHME, J.M., WITTEW, J.(2013): The Test of Technological and Information Literacy (TILT) in the National Educational Panel Study: development, empirical testing, and evidence for validity. In: Journal for educational research online, 5 (2), 139-161.

SHANNON, C.E. (1948): A Mathematical Theory of Communication. In: A Mathematical Theory of Communication. The Bell System Technical Journal. Reprinted with corrections, Vol. 27, 379–423, 623–656, <http://math.harvard.edu/~ctm/home/text/others/shannon/entropy/entropy.pdf>, 20.09.2017.

SIMON, J. (in Vorbereitung): Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse als Gegenstand der theoretischen Ausbildung in der Pflege - Eine empirische Untersuchung zur Berücksichtigung pflegewissenschaftlicher Ansprüche bei der Unterrichtsplanung Lehrender im Berufsfeld Pflege (Arbeitstitel, Stand 06.07.2017).

SIMON, J. et al. (2015): 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, U. et al., 1-26.

SLOANE, P. F. E. (2010): Berufsbildungsforschung im geisteswissenschaftlichen Paradigma. In: NICKOLAUS, R. et al. (Hrsg.): Handbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik (Klinkhardt) Bad Heilbrunn, 367-372.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2015): Krankenhäuser nach Fachabteilungen. Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftS-taat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserFA.html>, 19.06.2017.

STEMPFLE, J. (2010): Die Psychologie des Problemlösens. Was Kommunikation in Entscheidungsgruppen erfolgreich macht (Tectum) Marburg.

STRAKA, G. A. (2007): Die KMK-Handreichungen zur Erarbeitung von Rahmenlehrplänen - eine kritische Reflexion zum zehnten Jahrestag, [http://www.bwpat.de/ausgabe8/straka\\_bwpat8.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe8/straka_bwpat8.pdf), 18.09.2014.

STRÜBING, J. (2014): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage (Springer) Wiesbaden.

STRÜBING, J. (2007): Glaser vs. Strauss? Zur methodologischen und methodischen Substanz einer Unterscheidung zweier Varianten von Grounded Theory. In: Historical Social Research, Supplement, 19, 157-174, [http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/28863/ssoar-hrsupp-2007-no\\_19-strubing-glaser\\_vs\\_strauss\\_zur\\_methodologischen.pdf?sequence=1](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/28863/ssoar-hrsupp-2007-no_19-strubing-glaser_vs_strauss_zur_methodologischen.pdf?sequence=1), 01.09.2017.

TACKENBERG, P., HASSELHORN, H.-M. & BÜSCHER, A. (2005): Pflege in Europa. In: HASSELHORN, H.-M. et al. (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa, 21-29.

TENORTH, H.-E. (2006): Erziehung zur Persönlichkeit. In: THENORT, H.-E., HÜTHER, M. & HEIMBACH-STEINS, M. (Hrsg.): Erziehung und Bildung heute (Walter-Raymond-Stiftung der BDA) Berlin.

THIELSCH, M.T. & WELTZIN, S. (2012): Online-Umfragen und Online-Mitarbeiterbefragungen. In: THIELSCH, M. T. & BRANDENBURG, T. (Hrsg.): Praxis der Wirtschaftspsychologie II: Themen und Fallbeispiele für Studium und Praxis (MV Wissenschaft) Münster, 109-127.

- THORSTEINSSON, H.S. (2013): Icelandic Nurses' Beliefs, Skills, and Resources Associated with Evidence-Based Practice and Related Factors: A National Survey. In: *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(2), 116-126.
- THYE, I. (2013): *Kommunikation und Gesellschaft – systemtheoretisch betrachtet. Sprache, Schrift, einseitige Massen- und digitale Online-Medien* (Springer) Wiesbaden.
- TOPPING, A. (2015): The Quantitative-Qualitative Continuum. In: GERRISH, K. & LATHLEAN, J. (Hrsg.): *The Research Process in Nursing. Seventh edition* (John Wiley & Sons) West Sussex, 159-172.
- TURNER, A.M. et al. (2008): From the ground up: information needs of nurses in a rural public health department in Oregon. In: *Journal of the Medical Library Association*, 96 (4), 335-342.
- ULATOWSKI, H. (2016): *Pflegeplanung in der Psychiatrie. Eine Praxisanleitung mit Formulierungshilfe* (Springer) Berlin & Heidelberg.
- ULMER, P., WEIß, R. & ZÖLLER, A. (2012): Berufliches Bildungspersonal: Stellenwert, Entwicklungstendenzen und Perspektiven für die Forschung. In: ULMER, P., WEIß, R. & ZÖLLER, A. (Hrsg.): *Berufliches Bildungspersonal – Forschungsfragen und Qualifizierungskonzepte* (BIBB) Bonn, 7-20.
- VEIT, A. (2002): Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege, <https://opus4.kobv.de/opus4-fau/files/17/dissertation.pdf>, 29.05.2016.
- VERHOEFEN, F. et al. (2010): How nurses seek and evaluate clinical guidelines on the Internet. In: *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 114-127.
- WAHOUSH, O. & BANFIELD, L. (2014): Information literacy during entry to practice: Information behaviours in student nurses and recent nurse graduates. In: *Nurse Education Today*, 34(2), 208-213.
- WALTER, A. (2015): Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. In: *bwp@ Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich*, hrsg. v. WEYLAND, U., KAUFHOLD, M., NAUERH, A., ROSOWSKI, E., 1-22. [http://www.bwpat.de/spezial10/walter\\_gesundheitsbereich-2015.pdf](http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf), 28.05.2016.

WEIDNER, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege (Mabuse) Frankfurt am Main.

WEINER, B. (1994): Motivationspsychologie. 3. Auflage (Beltz) Weinheim.

WEINERT, F. E. (2001): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: WEINERT, F. E. (Hrsg.): Leistungsmessung in Schulen. 2., unveränderte Auflage (Beltz) Weinheim; Basel, 17-32.

WEINERT, S. et al. (2011): Development of competencies across the life span. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaften, Sonderheft Nr. 14, 67-86.

WENG, Y-H et al. (2013): Information-searching behaviors of main and allied health professionals: a nationwide survey in Taiwan. In: Journal of Evaluation in Clinical Practice, 19(5), 902-908.

WEYLAND, U. & WITTMANN, E. (2011): Expertise. Praxissemester im Rahmen der Lehrerbildung 1. Phase an hessischen Hochschulen vorgelegt beim Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst am 15.02.2010, [http://www.pedocs.de/volltexte/2012/5505/pdf/Mat-Bild\\_Bd30\\_D\\_A.pdf](http://www.pedocs.de/volltexte/2012/5505/pdf/Mat-Bild_Bd30_D_A.pdf), 28.05.2016.

WILKINSON, J. M. (2012): Das Pflegprozess-Lehrbuch. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen GEORG und Jörn FISCHER (Hans Huber) Bern.

WINTHER, E. (2010): Kompetenzmessung in der beruflichen Bildung (Bertelsmann) Bielefeld.

WIRTZ, M. & CASPAR, F. (2002): Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität. Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen (Hogrefe) Göttingen u.A.

WITTMANN, E. (2016): Domänenspezifische IT-Grundausbildung für angehende Lehrkräfte in der Pflege. Projektskizze im Rahmen der Ausschreibung „Digitaler Campus Bayern“.

WITTMANN, E. et al. (2014): Kompetenzerfassung in der Pflege älterer Menschen - Theoretische und domänenspezifische Anforderungen der Aufgabenmodellierung. In: SEIFRIED, Jürgen, FABHAUER, Uwe & SEEBER, Susan (Hrsg.): Jahrbuch der berufs- und wirtschaftspädagogischen Forschung 2014 (Budrich), Opladen, S. 53-66.

WITTMANN, E. (2009) Theorieentwicklung zur beruflichen Schule (Peter Lang) Berlin u.A.

WITTWER, W. (2006): Die Aus- und Weiterbildner in außerschulischen Lernprozessen. In: ARNOLD, R. & LIPSMEIER, A. (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung, 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage (VS Verlag für Sozialwissenschaften) Wiesbaden, 401-412.

WITZEL, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: Forum Qualitative Social Research, 1 (1), <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519>, Stand: 29.02.2016.

WOLFF, H.-P. & WOLFF, J.(2011): Krankenpflege: Einführung in das Studium ihrer Geschichte. 2. Auflage (Mabuse) Frankfurt am Main.

WUTTKE, E. & WOLF, K. (2007): Erfassung von Problemlösefähigkeit – Ergebnisse einer Pilotstudie. In: Europäische Zeitschrift für Berufsbildung Nr. 41.; 2007/2, 99-118.

YURA, H. & WALSH, M. B. (1973): The Nursing Process. Assessing, panning, implementing, evaluating, Second Edition (Appleton-Century-Crofts) New York.

ZABECK, J. (2009): Geschichte der Berufserziehung und ihrer Theorie (Eusl-Verlagsgesellschaft) Paderborn.

ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA, O. & SEIDEL, J. (2011): Kompetenz und ihre Erfassung – das neue „Theorie-Empirie-Problem“ der empirischen Bildungsforschung. In: ZLATKIN-TROITSCHANSKAIA, O. (Hrsg.): Stationen Empirischer Bildungsforschung. Traditionslinien und Perspektiven (Springer) Wiesbaden, 218-233.

ZWICKER, F. (2009): Ubiquitous Computing im Krankenhaus. Eine fallstudienbasierte Betrachtung betriebswirtschaftlicher Potentiale (Gabler) Wiesbaden.



## **Tabellen**

Tabelle 1: Delegationsfähige Tätigkeiten nach Bereichen und Fachabteilungen (Deutsches Krankenhausinstitut 2010, 26) .....	23
Tabelle 2: Barrieretypen zur Charakterisierung von Problemen nach DÖRNER (in Anlehnung an DÖRNER 1987, 14) .....	55
Tabelle 3: Emotionen als Ergebnisse der SECs (in Anlehnung an ASENDORPF, WALLBOTT & SCHERER (1985, 201).....	74
Tabelle 4: Zusammenfassung: Komplexitätsfördernde Merkmale pflegerischer Situationen .	87
Tabelle 5: Zusammenfassung: Auswirkung der Berufserfahrung auf die Wahrnehmung komplexitätsfördernder Merkmale pflegerischer Situationen.....	89
Tabelle 6: Der Informationsprozess in der vorliegenden Arbeit (eigene Darstellung, aufbauend auf BALCERIS 1999, 99ff.).....	101
Tabelle 7: Erstes Ergebnis der systematischen Literaturrecherche .....	104
Tabelle 8: Empirische Vorbefunde zum Informationsprozess in der Pflege.....	105
Tabelle 9: Häufigkeit erfragter Informationen von Palliativpflegepersonen in 4 US-Bundesstaaten (KLEIN-FEDYSHIN 2015, o.S) .....	107
Tabelle 10: Häufigkeit spezifischer Informationsbedarfe in Anlehnung an COGDILL (2003, 206).....	109
Tabelle 11: Übersicht der Befunde zu den verwendeten Informationsquellen .....	110
Tabelle 12: Übersicht über die Teilnehmer/innen der Interviewstudie .....	134
Tabelle 13: Klassifikation der problemauslösenden Aufgaben.....	140
Tabelle 14: Problemauslösende Aufgaben nach Berufserfahrung .....	142
Tabelle 15: Klassifikation der Auftragsübermittlung/-feststellung.....	146
Tabelle 16: Auftragsübermittlung/-feststellung nach Berufserfahrung .....	147
Tabelle 17: Klassifikation der wahrgenommenen Emotionen .....	149
Tabelle 18: Wahrgenommene Emotionen nach Berufserfahrung .....	150
Tabelle 19: Klassifikation der verwendeten Strategien zur Emotionsregulation.....	152
Tabelle 20: Verwendete Strategien zur Emotionsregulation nach Berufserfahrung.....	153
Tabelle 21: Wahrgenommene Emotionen nach Strategien zur Emotionsregulation .....	153
Tabelle 22: Klassifikation des Zeitpunkts des Informationsbedarfs .....	156
Tabelle 23: Zeitpunkt des Informationsbedarfs nach Berufserfahrung.....	157
Tabelle 24: Klassifikation von Gründen für die Beschaffung von Informationen.....	158
Tabelle 25: Gründe für die Beschaffung von Informationen nach Berufserfahrung .....	159
Tabelle 26: Klassifikation der Art der erfragten/nachgelesenen Informationen .....	160

Tabelle 27: Art der erfragten/nachgelesenen Informationen nach Berufserfahrung.....	162
Tabelle 28: Klassifikation der befragten Personen / der gelesenen Quellen.....	164
Tabelle 29: Befragte Personen / gelesene Quellen nach Berufserfahrung.....	165
Tabelle 30: Klassifikation von Gründen für die Quellenauswahl.....	166
Tabelle 31 Gründe für die Quellenauswahl nach Berufserfahrung.....	166
Tabelle 32: Gründe für die Quellenwahl nach Quellen.....	167
Tabelle 33: Kategorisierung der Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen.....	169
Tabelle 34: Kriterien zur Bewertung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen nach Berufserfahrung.....	170
Tabelle 35: Klassifikation der Pflegeorganisation.....	172
Tabelle 36: Pflegeorganisation nach Berufserfahrung.....	173
Tabelle 37: Kategorisierung der Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal.....	174
Tabelle 38: Aufgabenteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal nach Berufserfahrung.....	175
Tabelle 39: Klassifikation der Aufteilung von Aufgaben zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen.....	176
Tabelle 40: Aufteilung von Aufgaben zwischen berufsunerfahrenen und berufserfahrenen Pflegepersonen.....	177
Tabelle 41: Interraterreliabilitäten bei der Interviewstudie.....	181
Tabelle 42: Interpretation von Cohen's Kappa nach LAUDIS & KOCH (1977, 165). Darstellung zitiert nach MÜLLER (2011, 275).....	182
Tabelle 43: Teilnehmerübersicht bei der Expertenbefragung zur Validierung der Interviewstudie.....	183
Tabelle 44: Ergebnisse der Befragung zur Validierung der Interviewstudie.....	185
Tabelle 45: Kennzeichen der Variation der zu erfassenden Merkmale im quantitativen Teil der Erhebung.....	195
Tabelle 46: Auswahl der Items für den Pretest des Fragebogens zur Erfassung quantitativer Daten.....	200
Tabelle 47: Zusammensetzung des Pflegepersonendatensatzes.....	205
Tabelle 48: Zusammensetzung der Auszubildendenstichprobe.....	206
Tabelle 49: Häufigkeit von Aufgaben, zu denen Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gestellt wurden (Auszubildende).....	210

Tabelle 50: Häufigkeit von Aufgaben, zu denen Fragen an das betriebliche Bildungspersonal gestellt wurden (ausgebildete Pflegepersonen) .....	211
Tabelle 51: Häufigkeit offener Fragen zu spezifischen Aufgaben (Auszubildende) .....	212
Tabelle 52: Häufigkeit offener Fragen zu spezifischen Aufgaben (ausgebildete Pflegepersonen) .....	212
Tabelle 53: Häufigkeit des Rückriffs auf spezifische Quellen (Auszubildende) .....	213
Tabelle 54: Häufigkeit des Rückriffs auf spezifische Quellen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	213
Tabelle 55: Häufigkeit von Gründen zur Entscheidung für den Rückgriff auf spezifische Quellen (Auszubildende) .....	214
Tabelle 56: Häufigkeit von Gründen zur Entscheidung für den Rückgriff auf spezifische Quellen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	215
Tabelle 57: Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen (Auszubildende) .....	215
Tabelle 58: Kriterien zur Einschätzung der Vertrauenswürdigkeit von Informationen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	216
Tabelle 59: Häufigkeit, mit der Aufgaben im letzten Jahr für das gesamte Pflorgeteam angefallen sind (Auszubildendengruppe) .....	219
Tabelle 60: Häufigkeit, mit der Aufgaben im letzten Jahr für das gesamte Pflorgeteam angefallen sind (ausgebildete Pflegepersonen) .....	219
Tabelle 61: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal zwischen unterschiedlichen Ausbildungsjahren (Auszubildendengruppe) .....	222
Tabelle 62: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben an das betriebliche Bildungspersonal zwischen unterschiedlichen Erfahrungsstufen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	223
Tabelle 63: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben zwischen unterschiedlichen Erfahrungsstufen (Auszubildende) .....	224
Tabelle 64: Unterschiede zwischen der Fragenhäufigkeit zu pflegerischen Aufgaben zwischen unterschiedliche Erfahrungsstufen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	225
Tabelle 65: Unterschiede der Häufigkeit, mit der einzelne Quellen zur Beantwortung von Fragen herangezogen wurden (Auszubildende) .....	226
Tabelle 66: Unterschiede bzgl. der Häufigkeit, mit der einzelne Quellen herangezogen wurden zwischen einzelnen Erfahrungsstufen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	227

Tabelle 67: Häufigkeit ausschlaggebender Gründe zur Wahl einer Quelle (Auszubildende)	228
Tabelle 68: Häufigkeit ausschlaggebender Gründe zur Wahl einer Quelle (ausgebildete Pflegepersonen).....	228
Tabelle 69: Unterschiede hinsichtlich der Zustimmung zu einzelnen Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen (Auszubildende).....	229
Tabelle 70: Unterschiede hinsichtlich der Zustimmung zu einzelnen Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen (ausgebildete Pflegepersonen) .....	230
Tabelle 71: Nicht-reliable Items aufgrund $r < .70$ bei der Bestimmung der Retest-Reliabilität .....	234
Tabelle 72: Zuordnung von Vorbefunden zu den Kriterien zur Einschätzung der Verlässlichkeit von Informationen .....	251

## **Abbildungen**

Abbildung 1: Konstitutive Merkmale einer Pflugsituation. In Anlehnung an HUNDENBORN, KREIENBAUM & KNIGGE-DEMAL 1996, zitiert nach HUNDENBORN 2007, 46 .....	34
Abbildung 2: Pflegerische Handlungssituation. In Anlehnung an HUNDENBORN, KREIENBAUM & KNIGGE-DEMAL 1996, zitiert nach HUNDEBORN 2007, 46 und KAISER 1985, 33f.. .....	35
Abbildung 3: Schematische Darstellung der Entstehung professioneller Handlungskompetenz durch das Lösen eines Problems (vgl. Kapitel 4.2.3).....	67
Abbildung 4: Sender-Empfänger Modell (SHANNON 1948, 2) .....	94
Abbildung 5: Modellvorstellung zum Zusammenhang zwischen Informationen und Wissen. Eigene Darstellung in Anlehnung an SEILER & REINMANN 2004, 18ff; SHANNON 1948, 2ff..	96
Abbildung 6: Modellvorstellung zum Zusammenhang zwischen Informationen und Wissen mit integriertem Informationsprozess. Eigene Darstellung in Anlehnung an BALCERIS 1999, 99ff.; SEILER & REINMANN 2004, 18ff; SHANNON 1948, 2ff. ....	102
Abbildung 7: Allgemeines Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse (MAYRING 2015, 62) .....	137
Abbildung 8: Inhaltsanalytische Gütekriterien (KRIPPENDORF 1980, zitiert nach MAYRING 2010, 126).....	179

## **Anhang**

Der Anhang der vorliegenden Arbeit umfasst:

- Interviewleitfaden 1 zur Erfassung problemhaltiger Situationen und Merkmalen des Informationsprozesses;
- Interviewleitfaden 2 für die Expertenbefragung zur Relevanz der identifizierten Probleme;
- Fragebogen zur Quantifizierung ausgewählter Aspekte aus dem qualitativen Teil der vorliegenden Studie. Dem Anhang wurde die Version für die ausgebildeten Pflegepersonen hinzugefügt. Der Fragebogen für die Auszubildenden ist identisch, außer, dass sich die Bezugszeiträume auf die jeweils letzte Station beziehen, in der die Befragten tätig waren;
- Eidesstattliche Erklärung.

# **Interviewleitfaden 1**

## **(Identifikation problemhaltiger Situationen)**

### **1. Explorativer Teil**

#### 1.1 Schilderung des Problems

Waren Sie in den letzten sechs Monaten in konkreten, pflegerischen Situationen in der stationären Krankenpflege mit Aufgaben konfrontiert, für die Sie anfangs keine Lösung wussten? Gab es solche Aufgaben, die Sie dann **besonders erfolgreich** dadurch bewältigt haben, dass Sie Informationen von Kollegen oder aus schriftlichen Medien erhalten haben?

1.2 Komplexität des Problems: Was hat in dem Moment die Situation für Sie schwierig gemacht?

### **2. Situative Merkmale**

#### 2.1 Situative Merkmale: Pflegeanlass

2.1.1 Worin bestand in der Situation Ihre pflegerische Aufgabe?

2.1.2 Wie haben Sie festgestellt, dass Sie diese Aufgabe hatten?

#### 2.2 Situative Merkmale: Rollenstruktur

2.2.1 Welche Personen waren an der Situation beteiligt?

2.2.2 Wie wurden in der Situation die Aufgaben verteilt?

#### 2.3 Situative Merkmale: Handlungsstruktur

2.3.1 Was haben Sie getan, um die Situation zu lösen?

2.3.2 Welche Lösungsalternativen hätte es in der Situation gegeben?

2.3.3 Warum haben Sie sich für keine andere Lösungsstrategie entschieden?

Emotionale Faktoren als Teil der Handlungsstruktur

2.3.4 Wie haben Sie sich in der Situation gefühlt? Was hat diese Emotionen ausgelöst?

2.3.5 Inwiefern haben Sie versucht diese Emotionen selbst zu beeinflussen?

2.3.6 Inwiefern haben andere Personen versucht diese Emotionen zu beeinflussen?

2.3.7 Inwiefern haben Sie versucht, Probleme anderer Personen zu beeinflussen?

## 2.4 Situative Merkmale: Ausstattung

2.4.1 Wo fand die Situation statt?

2.4.2 Standen technische Hilfsmittel zur Verfügung?

2.4.3 Welche technischen Hilfsmittel hätten die Situation erleichtern können warum?

## 3. Informationsprozess:

3.1 Informationsbedarf: Wann haben Sie festgestellt, dass Sie zusätzliche Informationen zur Lösung des Problems benötigen?

3.2 Informationszugang: Welche Informationen haben Sie zur Problemlösung benötigt? Wie haben Sie festgestellt, dass Sie genau diese Information benötigen?

3.3 Informationsquellen: Wen haben Sie gefragt bzw. wo haben Sie nachgesehen um die Information zu erhalten. Warum gerade diesen Kollegen/dieses Medium?

3.4 Informationserfassung: War die Information für Sie verständlich? Warum? Inwiefern war Sie hilfreich oder nicht?

3.5 Informationsbewertung War die Quelle vertrauenswürdig? Woran machen Sie das fest? War die Information vertrauenswürdig? Woran machen Sie das fest?

## 4. Nächstes Problem:

4.1 Schilderung des nächsten Problems und Abfrage der Punkte 1-3.

Waren Sie in den letzten sechs Monaten in konkreten Situationen in der stationären Krankenpflege mit Aufgaben konfrontiert, für die Sie anfangs keine Lösung wussten? Gab es solche Aufgaben, die Sie **nicht erfolgreich** bewältigt haben, obwohl Sie Informationen von Kollegen, durch die Pflegedokumentation oder andere Medien erhalten haben?



## **5. Persönliche Daten / Rahmenbedingungen**

5.1 Alter/Geschlecht

5.2 Wann haben Sie Ihre Ausbildung abgeschlossen bzw. begonnen?

5.3 Wie viele Jahre haben Sie als Pflegeperson gearbeitet? Wie viele Jahre in einer vergleichbaren Station?

5.4 Ist der Pflegeablauf in Ihrer Station so organisiert, dass Pflegepersonen jeweils für die gesamte Pflege (inklusive Planung) von Patienten eines Bereichs verantwortlich sind? Können Sie mir dies genauer beschreiben?

5.5 Welche Aufgaben werden durch das ärztliche Team in Ihrer Station an das Pflegeteam delegiert?

5.6 Welche Aufgaben delegieren Pflegepersonen an andere Berufsgruppen z.B. an Hilfskräfte?

5.7 Übernehmen erfahrene Pflegepersonen in Ihrer Station andere Aufgaben, als weniger erfahrene Pflegepersonen?

## **Interviewleitfaden 2**

### **(Expertenbefragung zur Relevanz der erfassten problemhaltigen Aufgaben)**

In meiner Dissertation beschäftige ich mich mit beruflichen Problemen, die durch das Hinziehen schriftlicher oder mündlicher Informationen gelöst werden. Berufliche Probleme im Sinne dieser Arbeit entstehen dann, wenn eine Pflegeperson eine berufliche Aufgabe erfüllen möchte, ihr jedoch der Lösungsweg dazu nicht bekannt ist. Ich habe bereits durch eine vorangegangene Interviewstudie berufliche Aufgaben identifiziert, die bei Pflegenden zu Problemen geführt haben. In dieser Erhebung würde mich nun Ihre Einschätzung der Relevanz dieser Aufgaben für das berufliche Handlungsfeld der stationären Krankenpflege interessieren.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen

1. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie Verbandswechsel korrekt durchführen kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?  
b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.  
c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?
2. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie medizinische Geräte zur Medikamentengabe, zur Essensgabe sowie zur postoperativen Wundversorgung korrekt bedienen kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?  
b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.  
c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?
3. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie auf fehlende oder fehlerhaften ärztliche Anordnungen erkennen und angemessen darauf reagieren kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?  
b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.  
c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?
4. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie korrekt einen Blasendauerkatheter (BDK) legen kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der

stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?

b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.

c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?

5. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie korrekt Sekret aus einem Tracheostoma absaugen kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?

b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.

c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?

6. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie korrekt Verwaltungsaufgaben ausführen kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?

b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.

c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?

7. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie korrekt die Dosis und die Verabreichungsart von Medikamenten bestimmen kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?

b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.

c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?

8. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie bei Konflikten zwischen Ärzten und Angehörigen vermitteln kann? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?

b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.

c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?

9. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie die Ressourcen von Patientinnen und Patienten einschätzen kann?

- b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.
- c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?
10. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie Patienten mit Bewegungseinschränkungen mobilisieren können? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?
- b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.
- c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?
11. a) Wie wichtig ist es für eine professionell handelnde Pflegeperson, dass sie mit Patienten kommunizieren können, ohne deren Sprache zu beherrschen? Stellt dies eine häufige Aufgabe in der stationären Krankenpflege dar? Welche Folgen kann es haben, wenn dabei Fehler gemacht werden?
- b) Bitte schätzen Sie ein, inwieweit es in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein wird.
- c) Sehen Sie Unterschiede bei der Wichtigkeit hinsichtlich der Pflege in Stationen der Inneren Medizin und der Chirurgie? Wenn ja, welche?
12. a) Bei der Ausführung welcher weiterer Aufgaben in der stationären Krankenpflege wissen Pflegepersonen Ihrer Ansicht nach typischerweise nicht weiter und ziehen schriftliche oder mündliche Informationen zur Lösung hinzu?
- b) Wie wichtig sind diese Aufgaben für eine professionell handelnde Pflegeperson?
- c) Inwiefern werden diese Aufgaben in 10 Jahren wichtiger oder weniger wichtig sein, als heute?
- d) Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Wichtigkeit in Abteilungen der Inneren Medizin oder der Chirurgie?



Bitte so markieren:      Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
Korrektur:      Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

## Zielsetzung der Befragung

Liebe/r Teilnehmer/in,

vielen Dank, dass Sie sich Zeit für meine Befragung nehmen. Ich habe vor meinem Studium eine Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger absolviert und möchte nun durch meine Doktorarbeit dazu beitragen, Schulungen für Praxisanleiter/innen anforderungsgerechter zu gestalten. Darüber hinaus möchte ich für die Ausbildung von Pflegenden realistische Aufgabenstellungen identifizieren, die in der Berufspraxis häufig auftreten.

Sie helfen mir sehr dabei weiter, wenn Sie den folgenden Fragebogen vollständig beantworten. Als Dank dafür können Sie **nach vollständiger Beantwortung sämtlicher Fragen** an einer **Verlosung von Amazon-Gutscheinen** teilnehmen. Unter allen Teilnehmer/innen werden **5 Gutscheine im Wert von je 30 Euro** verlost. Geben Sie dazu auf der letzten Seite Ihre Mailadresse an. Selbstverständlich ist die Teilnahme an der Verlosung und damit die Angabe der Mailadresse freiwillig.

**Sämtliche Daten** werden **anonymisiert** und dienen rein **wissenschaftlichen Zwecken**. Bei Rückfragen können Sie sich gerne jederzeit per Mail an mich ([johannes.krell@tum.de](mailto:johannes.krell@tum.de)) wenden.

Vielen Dank und freundliche Grüße  
Johannes Krell

## Auftreten von Fragen

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die am **ehesten** auf Sie zutrifft: Wie **häufig** hatten Sie im **letzten Jahr** Fragen zu folgenden Aufgaben?

Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Bedienung medizinischer Geräte (z.B. PEGs, Infusomaten, Vac-Pumpen etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Fehlende/unklare/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Patientendokumentation/andere administrative Aufgaben (z.B. Aufnahme, Entlassung, Bettenbelegung etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Einschätzung der Ressourcen von Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Mobilisation von Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Zwischenmenschliche Konflikte (z.B. zwischen Pflege und Angehörigen, zwischen Patienten und ärztlichem Personal etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich

## Aufgabenhäufigkeit

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die am **ehesten** auf Sie zutrifft. Wie **häufig** sind folgende Aufgaben im **letzten Jahr** für das **gesamte Pflegeteam** Ihrer Station angefallen?

Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Bedienung medizinischer Geräte (z.B. PEGs, Infusomaten, Vac-Pumpen etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Fehlende/unklare/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Patientendokumentation/andere administrative Aufgaben (z.B. Aufnahme, Entlassung, Bettenbelegung etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Einschätzung der Ressourcen von Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Mobilisation von Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Zwischenmenschliche Konflikte (z.B. zwischen Pflege und Angehörigen, zwischen Patienten und ärztlichem Personal etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Kommunikation trotz mangelnder Fremdsprachenkenntnisse	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich

## Fragen an Praxisanleiter/in

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die am **ehesten** auf Sie zutrifft: Wie **häufig** haben Sie im **letzten Jahr** bei Fragen zu **folgenden Aufgaben**, eine/n **Praxisanleiter/in**, eine/n **Mentor/in** oder eine **sonstige Person, die für Ihre Einarbeitung zuständig war**, befragt.

Verbandswechsel	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Bedienung medizinischer Geräte (z.B. PEGs, Infusomaten, Vac-Pumpen etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Fehlende/unklare/fehlerhafte ärztliche Anordnungen	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Patientendokumentation/andere administrative Aufgaben (z.B. Aufnahme, Entlassung, Bettenbelegung etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Legen/Entfernen von Blasenkathetern	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Einschätzung der Ressourcen von Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Mobilisation von Patientinnen/Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Zwischenmenschliche Konflikte (z.B. zwischen Pflege und Angehörigen, zwischen Patienten und ärztlichem Personal etc.)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich
Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal	<input type="checkbox"/> vierteljährlich
	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> täglich

# MUSTER

EvaSys

160616

 Electric Paper  
EVALUATIONSYSTEME

## Quellenwahl

Bitte kreuzen Sie die Antwortmöglichkeit an, die am **ehesten auf Sie zutrifft**. Wie **häufig** haben Sie im **letzten Jahr** bei Fragen zu beruflichen Aufgaben **folgende Personen befragt/folgende Schriftquellen gelesen**?

Pflegepersonen, die für Ihre Einarbeitung/ Anleitung zuständig waren	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Ihre Stationsleitung/stellvertretende Stationsleitung	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Pflegepersonen, die nicht in Ihrer Station gearbeitet haben	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Sonstige Pflegepersonen, die in Ihrer Station gearbeitet haben (keine Leitung/keine Anleiter/ innen)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Ärztinnen/Ärzte	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Angehörige sonstiger Berufsgruppen (z.B. Physiotherapie, Apotheke, Transportdienst etc.)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Pflegedokumentation	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Pflegestandards	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Fachbücher	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Internet	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich

## Gründe für Quellenwahl

Wie **häufig** waren im **letzten Jahr** die folgenden Gründe dafür ausschlaggebend, dass Sie sich wegen offener Fragen an bestimmte Personen gewendet oder bestimmte schriftliche Quellen gelesen haben. Bitte kreuzen Sie jeweils die **Antwortmöglichkeit** an, die am **ehesten** auf Sie zutrifft.

Sie waren verpflichtet bei Unklarheiten diese Person zu fragen/diese Quelle zu lesen.	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Befragte Personen/Verfasser des Gelesenen waren kompetent.	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Befragte Personen/Verfasser des Gelesenen waren sympathisch.	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Befragte Personen/Verfasser des Gelesenen waren in der Nähe	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich
Es waren keine anderen Personen/andere Quellen verfügbar	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> 1-3 Mal <input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> täglich

## Zuverlässigkeit

Ich verlasse mich <b>nur</b> auf Hinweise zu pflegerischen Tätigkeiten, die ...von erfahrenen Pflegepersonen stammen.	<input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/> weder/noch <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> trifft eher zu	<input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu <input type="checkbox"/> trifft zu
--	---	---	--

# MUSTER

EvaSys

160616

Electric Paper  
EVALUATIONSYSTEME

## Zuverlässigkeit [Fortsetzung]

...von Personen mit einer bestimmten Qualifikation oder beruflichen Position stammen.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> weder/noch                | <input type="checkbox"/> trifft eher zu  | <input type="checkbox"/> trifft zu            |
| <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu   |  |   |

...von Personen stammen, die ich bereits als zuverlässig erlebt habe.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> weder/noch                | <input type="checkbox"/> trifft eher zu  | <input type="checkbox"/> trifft zu            |
| <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu   |  |   |

...von Personen stammen, die ich als Mensch schätze.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> weder/noch                | <input type="checkbox"/> trifft eher zu  | <input type="checkbox"/> trifft zu            |
| <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu   |  |   |

...für mich nachvollziehbar sind.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> weder/noch                | <input type="checkbox"/> trifft eher zu  | <input type="checkbox"/> trifft zu            |
| <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu   |  |   |

...nicht im Widerspruch zu meinen Wertvorstellungen stehen.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> weder/noch                | <input type="checkbox"/> trifft eher zu  | <input type="checkbox"/> trifft zu            |
| <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu   |  |   |

...nicht im Widerspruch zu dem stehen, was ich schon weiß.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> trifft überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu | <input type="checkbox"/> trifft eher nicht zu |
| <input type="checkbox"/> weder/noch                | <input type="checkbox"/> trifft eher zu  | <input type="checkbox"/> trifft zu            |
| <input type="checkbox"/> trifft voll und ganz zu   |  |   |

## Persönliche Daten

In was für einer **Station** arbeiten Sie **derzeit**?

- |   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalstation (Innere Medizin) | <input type="checkbox"/> Normalstation (Chirurgie) | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
|---|--|------------------------------------|

Falls Sonstiges: In was für einer Station arbeiten Sie?

Wie **lange** arbeiten Sie schon auf Ihrer **aktuellen Station** (in Jahren)?

Wie **lange** ist es her, dass Sie Ihre **pflegerische Berufsausbildung** abgeschlossen haben (in Jahren)?

Wie **alt** sind Sie?

Sind Sie **weiblich** oder **männlich**?

- |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich |
|-----------------------------------|-----------------------------------|

Über wie viele **Betten** verfügt Ihre Klinik (Schätzung reicht)?



## Persönliche Daten [Fortsetzung]

Befinden Sie sich noch in der **Ausbildung**?  Ja  Nein

Falls Sie sich noch in der **Ausbildung** befinden: In welchem **Ausbildungsjahr** sind Sie?

**Studieren** Sie derzeit?  Ja  Nein

Falls Sie **derzeit studieren**: Geben Sie bitte den **Namen Ihres Studiengangs** (z.B. "Pflegemanagement"), den **angestrebten Abschluss** (z.B. "Bachelor") und das **Jahr des Studienbeginns** an

Vefügen Sie über einen **Studienabschluss**?  Ja  Nein

Falls Sie über einen **Studienabschluss** verfügen: Geben Sie bitte den **Namen Ihres Studiengangs** (z.B. "Pflegemanagement"), den **angestrebten Abschluss** (z.B. "Bachelor") und das **Abschlussjahr** an

Falls Sie an der **Verlosung** der **Amazon-Gutscheine** teilnehmen wollen: Bitte geben Sie Ihre **Mailadresse** an. Diese Angabe ist freiwillig.

# Anhang

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die bei der promotionsführenden Einrichtung  
TUM School of Education

---

der TUM zur Promotionsprüfung vorgelegte Arbeit mit dem Titel:

Die Entwicklung professioneller Handlungskompetenz durch das Lösen von Problemen in der stationären  
Krankenpflege. Ansatzpunkte für Praxisanleiter/innen und anderes betriebliches Bildungspersonal

---

in TUM School of Education, Lehrstuhl für Berufspädagogik

Fakultät, Institut, Lehrstuhl, Klinik, Krankenhaus, Abteilung

unter der Anleitung und Betreuung durch: Prof. Dr. Eveline Wittmann ohne sonstige Hilfe erstellt und bei der Abfassung  
nur die gemäß § 6 Ab. 6 und 7 Satz 2 angebotenen Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe keine Organisation eingeschaltet, die gegen Entgelt Betreuerinnen und Betreuer für die Anfertigung von  
Dissertationen sucht, oder die mir obliegenden Pflichten hinsichtlich der Prüfungsleistungen für mich ganz oder teil-  
weise erledigt.

Ich habe die Dissertation in dieser oder ähnlicher Form in keinem anderen Prüfungsverfahren als Prüfungsleistung  
vorgelegt.

Die vollständige Dissertation wurde in \_\_\_\_\_  
veröffentlicht. Die promotionsführende Einrichtung

---

hat der Veröffentlichung zugestimmt.

Ich habe den angestrebten Doktorgrad noch nicht erworben und bin nicht in einem früheren Promotionsverfahren für  
den angestrebten Doktorgrad endgültig gescheitert.

Ich habe bereits am \_\_\_\_\_ bei der Fakultät für \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ der Hochschule \_\_\_\_\_  
unter Vorlage einer Dissertation mit dem Thema \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ die Zulassung zur Promotion beantragt mit dem Ergebnis: \_\_\_\_\_

Die öffentlich zugängliche Promotionsordnung der TUM ist mir bekannt, insbesondere habe ich die Bedeutung von § 28  
(Nichtigkeit der Promotion) und § 29 (Entzug des Doktorgrades) zur Kenntnis genommen. Ich bin mir der Konsequenzen  
einer falschen Eidesstattlichen Erklärung bewusst.

Mit der Aufnahme meiner personenbezogenen Daten in die Alumni-Datei bei der TUM bin ich

einverstanden,  nicht einverstanden.

---

Ort, Datum, Unterschrift