

"Ergonomisches Patientenhandling" "Ergonomisches Patientenhandling" in der Pflegeausbildung

Ist-Stand und Handlungsbedarfe

Projektbericht

Stella Hermann

Martina Michaelis

Alexandra Schulz

IMPRESSUM

ISBN: 978-3-940278-10-4 (Internetpublikation)

Titel: "Ergonomisches Patientenhandling" in der Pflegeausbildung.
Ist-Stand und Handlungsbedarfe

AutorInnen

Stella Hermann ^(1,2)

Martina Michaelis ⁽¹⁾

Alexandra Schulz ⁽¹⁾

in Kooperation mit

Jaqueline Bomball ⁽³⁾

Stefan Görres (Institutsleitung IPP) ⁽³⁾

Albert Nienhaus ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg

⁽²⁾ Firma Präventiv, Hamburg

⁽³⁾ Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Bremen

⁽⁴⁾ Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Hamburg

Herausgeber

FFAS – Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin
Bertoldstraße 27, 79098 Freiburg (www.ffas.de)

Verantwortliche Ausführung und Kontakt

Stella Hermann (Teilprojekte 1 und 2): hermann@praeventiv-online.de

Martina Michaelis (Gesamtprojektleitung, Teilprojekt 3): michaelis@ffas.de

Version 1.02, Januar 2014

Zitiervorschlag: Hermann S, Michaelis M, Schulz A. "Ergonomisches Patientenhandling" in der Pflegeausbildung. Ist-Stand und Handlungsbedarfe. Projektbericht, Herausgeber: Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS), Freiburg 2014. Internetpublikation zum Download: www.ffas.de

© FFAS 2014. Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Inhalt

1	Einleitung	10
1.1	Körperliche Belastungen und -erkrankungen in der Pflege	10
1.2	Strategien zur Bewältigung physischer Belastungen in der Pflegeausbildung	11
1.2.1	Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegewissenschaft und -pädagogik	14
1.2.2	Initiativen zu m Thema Prävention in der Pflegeausbildung	15
1.3	Forschungsbedarf, Ziele und Design der Studie	16
1.3.1	Exkurs: Begriff "Ergonomisches Patientenhandling" (EPH)	17
1.3.2	Ziele und Fragestellungen	18
1.4	Finanzierung, Danksagung und Interessenkonflikte	19
1.5	Fachlicher Hintergrund der AutorInnen und Interessenkonflikte	21
1.6	Anmerkung zur Sprachform	21
2	Dokumentenanalyse zu pflegerischen Ausbildungsgrundlagen (Teilprojekt 1)	22
2.1	Fragestellungen	22
2.2	Methoden	23
2.2.1	Ergebnisse: Normative Ausbildungsgrundlagen und Ausbildungsstrukturen	27
2.2.2	Regelungen in Berufsgesetzen/Ausbildungs- und PrüfungsVO	29
2.3	Ausgestaltung der Pflegeausbildung/ Curriculumentwicklung	30
2.3.1	Zuständigkeiten und Ausbildungsstrukturen in den Bundesländern	31
2.3.2	Inhalt und Form curricularer Vorgaben der Bundesländer	35
2.3.3	Exkurs: Curriculumentwicklungen	40
2.3.4	EPH-relevante Inhalte und Ziele in ausgewählten Curricula	44
2.3.5	Fachdidaktische Konzepte und Vermittlung von EPH	45
2.3.6	Pflegebildungspolitik und EPH	47
2.4	EPH in Standard- Pflegelehrbüchern und Praxisleitfäden	49
2.4.1	EPH in Praxisleitfäden	53
2.5	Fachbücher	56
2.5.1	Bewegungskonzepte	56
2.5.2	Patientenassessment/ Mobilitätsassessment	63
2.5.3	Rückengerechte/ -schonende/ ergonomische Arbeitsweisen	65
3	EPH aus der Sicht von ExpertInnen (Teilprojekt 2)	70
3.1	Fragestellungen	70
3.2	Methoden	70
3.3	Kollektiv	72
3.4	Ist-Stand zum Selbstschutz beim Patientenhandling	74
3.5	BGF und Prävention in der Pflegelehrkraftausbildung	79
3.6	Handlungsbedarfe zur Förderung von EPH	81
3.6.1	Bedarfe in der Pflege- und PflegelehrerInnenausbildung	81

3.6.2	Bedarfe in den Pflegeausbildungsgrundlagen	84
3.6.3	Bedarfe zur Qualifizierung: Lehrkräfte/ PraxisanleiterInnen	86
3.6.4	Bedarfe zur Platzierung für Veränderungsimpulse	89
4	EPH-Praxis in Pflegeschulen (Teilprojekt 3)	91
4.1	Fragestellungen	91
4.2	Methoden	93
4.3	Rücklauf und Kollektiv	96
4.4	Merkmale der Befragten	98
4.4.1	Berufliche Hintergründe der PatHand- Lehrkräfte an der Schule	102
4.4.2	Kooperationsstrukturen mit Praxislernorten	104
4.5	Ergebnisse	105
4.5.1	Quellen zur fachlichen Vorbereitung von Lernsituationen	105
4.5.2	Rahmen des theoretischen PatHand- Unterrichts	109
4.5.3	Rahmen des praktischen PatHand- Unterrichts in der Schule	117
4.5.4	Ausbildung von PflegeschülerInnen am Praxislernort: Rahmenbedingungen	122
4.5.5	Exkurs: Einfluss von Ländervorgaben auf EPH in der Ausbildung	141
5	Zusammenfassung	143
6	Zusammenfassung und Diskussion	149
6.1	EPH- Rahmenbedingungen in der Pflegeausbildung	149
6.1.1	Zu Ausbildungsgrundlagen	149
6.1.2	Unterschiedliche Situation in den Ausbildungsgängen	152
6.2	EPH in ausgewählten Ausbildungscurricula	154
6.2.1	EPH- Curriculum- "Bausteine" im interdisziplinären Dialog	155
6.2.2	Handlungsbedarf für einheitliche Standards	156
6.3	EPH in Pflegelehr- und Fachbüchern und Praxisleitfäden	157
6.3.1	Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung von Unterrichtsmaterialien	160
6.4	EPH und strukturelle Rahmenbedingungen in der Ausbildung	161
6.4.1	Globale Einschätzung des Stellenwerts von EPH in der Ausbildung	161
6.4.2	Handlungsbedarfe	162
6.5	Verankerung von EPH in gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen	163
6.6	EPH in der Aus- und Fortbildung von Lehrenden	164
6.6.1	Exkurs: EPH im Pflegepädagogikstudium	165
6.7	Ebenen und Adressaten für Veränderungsimpulse	167
6.8	Limitationen der Studie	168
7	Ausblick	170

8	Literatur- und Tabellenverzeichnis	177
8.1	Literatur	177
8.1.1	Gesetze und Prüfungsverordnungen	177
8.1.2	Rahmenlehrpläne/Richtlinien der Bundesländer	177
8.1.3	Ausbildungscurricula (TP 1)	179
8.1.4	Publikationen (allgemein)	179
8.2	Tabellenverzeichnis	185
9	Anhang TP1: Dokumentenanalyse (Kapitel 2)	187
9.1	Literaturrecherchen	187
9.2	Analyseraster für Richtlinien und Rahmenlehrpläne	188
9.3	Analyseraster für Lehrbücher	190
9.4	EPH- Stichworte in Bundesländer- Ausbildungsgrundlagen	191
10	Anhang TP2: Interviews mit ExpertInnen (Kapitel 3)	194
10.1	ExpertInnen	194
10.2	Systematik der Interviewleitfäden	194
10.3	Interviewmitschriften	201
10.3.1	ExpertIn 1: GKP-Schule in Hessen (PflegelehrerIn)	201
10.3.2	ExpertIn 2: GKP-/Altenpflegeschule in Thüringen (PflegelehrerIn)	206
10.3.3	ExpertIn 3: Altenpflegeschule in Nordrhein-Westf. (PflegelehrerIn)	210
10.3.4	ExpertIn 4: Altenpflegeschule in Bayern (PflegelehrerIn)	214
10.3.5	ExpertIn 5: Aufsichtsperson der Unfallkassen	218
10.3.6	ExpertIn 6: Aufsichtsperson der BGW	221
10.3.7	ExpertIn 7: Fachhochschule: Pflegepädagogik (HochschullehrerIn)	225
10.3.8	ExpertIn 8: Hochschule: Pflegepädagogik (HochschullehrerIn)	232
10.3.9	ExpertIn 9: Hochschule (PflegerwissenschaftlerIn)	238
10.3.10	ExpertIn 10: Berufsbildungsforschung (BIBB)	247
10.3.11	ExpertIn 11: Verband (DBR/ DBFK Vorsitz)	248
10.3.12	ExpertIn 12: Gewerkschaft Verd.i (Bereich Berufspolitik)	255
10.3.13	ExpertIn 13: Wohlfahrtsverband "Arbeiter-Samariterbund (ASB)"	262
10.3.14	ExpertIn 14: Wohlfahrtsverband "Der Paritätische"	266
11	Anhang TP3: Empirische Befragung in Pflegeschulen (Kapitel 4)	267
11.1	Fragebogen „Patientenhandling in der Pflegeausbildung“	268
11.2	Validität der Antworten – fehlende Werte über 10%	285
11.3	Details zu statistischen Kennwerten für kategorisierte Variablen	286

Abkürzungen (allgemein)

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Life)	FIM	Funktionale Selbständigkeitsmessung (Assessmentinstrument)
AEVO	Ausbildereignungsverordnung	FoBi	Fortbildung
AP	Altenpflege	FQR	Fachqualifikationsrahmen
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	GF	Gesundheitsförderung
BFS	Berufsfachschulen	GKP	Gesundheits- und Krankenpflege
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung	ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement	IGA	integrativer generalistischer Ausbildungsgang
BGV	Berufsgenossenschaftliche Vorschrift	INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege	k.A.	Keine Angabe
BIBB	Bundesinstitut für Berufsbildung	KMK	Kultusministerkonferenz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
BMFSJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	MSE	Muskel- und Skeletterkrankungen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	NRW	Nordrhein- Westfalen
bspw.	beispielsweise	PA	PraxisanleiterIn
bzw.	beziehungsweise	PatHand	Patientenhandling
DAK	Deutsche Angestelltenkrankenkasse	PDL	Pflegedienstleitung
DBFK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe	QM	Qualitätsmanagement
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe	RPT	"Rückengerechter Patiententransfer" (Programm)
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung	TP	Teilprojekt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	VBG	Unfallverhütungsvorschrift Gesundheitsdienst
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut	VO	Verordnungen
DQR	Deutscher Qualifikationsrahmen	WHO	World Health Organization
EPH	Ergonomisches Patientenhandling	z. T.	zum Teil
EQR	Europäischer Qualifikationsrahmen	z.B.	zum Beispiel
FB	Fragebogen		

Abkürzungen (statistische Kennwerte, Teilprojekt 3)

Chi ² Wert	Prüfgröße für den Chi ² -Test (Testverfahren zur Ermittlung von Gruppenunterschieden bei nominalen/ordinalen Daten); maximal erreichbarer Wert = Fallzahl (dies bedeutet: großer Gruppenunterschied)
CC	Kontingenzkoeffizient C (Effektstärkemaß für Chi ² -Test, >4 Felder- Tabelle)
MW	Mittelwert
MIN, MAX	Minimum, Maximum einer Verteilung
MW-U	Mann-Whitney-U-Test (Testverfahren zur Ermittlung von Gruppenunterschieden bei ordinalen Daten bzw. metrischen, aber nicht normalverteilten Daten)
n	Fallzahl (<i>numbers</i>)
p	Überschreitungswahrscheinlichkeit P (Signifikanzwert)
phi	Effektstärkemaß für Chi ² -Test, 4 Felder-Tabelle
w	Effektstärkemaß für den MW-U- Test (0,1-0,3 = kleiner, 0,3-0,5=mittlerer, >0,5= großer Effekt/ Unterschied)
SD	Standardabweichung (<i>standard deviation</i>), Streuung um den Mittelwert (arithmetisches Mittel)
z	Prüfgröße für den MW-U-Test; wenn z empirisch > z theoretisch: Unterschied ist signifikant; bei einem festgelegten Signifikanzniveau von 5%: z theoretisch= 1,64. Negative Werte sind durch die Codierung der Einflussvariablen bedingt.

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel

Die körperlichen Belastungen von Pflegenden sind hoch; der zunehmende Pflegebedarf durch schwergewichtigere, ältere und damit pflegebedürftigerer Personen kollidiert mit der sich verschärfenden Personalknappheit im Gesundheitswesen. Umso bedeutsamer erscheint die ganzheitliche Prävention körperlicher Belastungen, deren Konzepte schon in der Ausbildung qualitätsgesichert vermittelt werden sollten. Als „Ergonomisches Patientenhandling“ (EPH) in Anlehnung an den in europäischen Nachbarländern verwendeten Sprachgebrauch ist ein systematischer und methodenübergreifender Ansatz zu verstehen, bei dem belastende Arbeitssituationen präventiv gestaltet werden. Eine Bestandsaufnahme des derzeitigen Stellenwerts von EPH in der Gesundheits- und Kranken- sowie Altenpflegeausbildung fehlte bislang. Ziel des hier berichteten "Methodenmix"- Projekts war, den aktuellen Stellenwert von EPH sowohl in Ausbildungsgrundlagen als auch in der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung aufzuzeigen und daraus folgende Handlungsempfehlungen auszusprechen.

Methoden

Die Bestandsaufnahme erfolgte in Teilprojekten mittels drei methodischer Ansätze:

1. Handlungs- und Entscheidungsstrukturen für die Pflegeausbildung und Inhaltsanalyse pflegebezogener Ausbildungsgrundlagen: Bundesgesetze und Länderrichtlinien, Curricula, Fach- und Lehrbücher sowie Praxisleitfäden (Teilprojekt TP 1).
2. Interviews zur Analyse ergonomischer Aspekte in den pflegepädagogischen Ausbildungen an deutschen (Fach-)Hochschulen und zum Handlungsbedarf hinsichtlich physischer Belastungen beim Patientenhandling: ExpertInnen aus dem Schul-, Hochschul- und Berufsbildungsbereich und den Bereichen der Gesetzlichen Unfallversicherungen, Gewerkschaft und Berufsverband sowie Wohlfahrtsverbände (Teilprojekt TP 2).
3. Bundesweite empirische Erhebung an Pflegeschulen (2012): Befragung von Pflegelehrkräften zur Verankerung von EPH-Inhalten und qualitätssichernden Strukturen in der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung sowie zur Qualität von Lernortkooperationen (Teilprojekt TP 3).

Ergebnisse

(TP 1) In den derzeit vielfältig existierenden Ausbildungsgrundlagen der beruflichen Pflegeausbildung ist EPH als Ausbildungsgegenstand bisher weder unter pflegefachlichen noch unter präventiven Gesichtspunkten einheitlich curricular verankert. Zudem fehlen fachliche Qualitätsstandards und konsequent an der Gesundheitsprävention von PflegeschülerInnen ausgerichtete EPH- Praxisleitlinien. In den untersuchten Pflegelehr- und Fachbüchern fanden sich nur wenige Anknüpfungspunkte für eine systematische und umfassende Entwicklung pflegerischer Handlungsstrategien zu EPH. Rückenschonende Arbeitsweisen beim Patientenhandling haben sich in den letzten Jahren zwar zumindest in einzelnen Punkten in-

haltlich niedergeschlagen. In den Lehrbüchern und Praxisleitfäden wurden allerdings Inhalte zum Selbstschutz hinsichtlich physischer Belastungen von Pflegenden selten querschnittartig, d.h. bezogen auf alle relevanten Tätigkeitsbereiche angelegt.

(TP 2) Alle ExpertInnen verwiesen auf die Notwendigkeit einer EPH- Qualifizierung im Rahmen der Lehrkraftausbildung sowie für PraxisanleiterInnen – diese insbesondere für die Vermittlung von praktischen EPH-Kompetenzen. Weiter wurde die Notwendigkeit allgemeiner Verbesserungen der strukturellen Rahmenbedingungen der praktischen Ausbildung von fast allen ExpertInnen betont. Hierzu gehören einheitliche Grundlagen für den Mindestumfang von Praxisanleitungen wie auch inhaltliche Konkretisierungen in einem noch zu entwickelnden Praxiscurriculum.

(TP 3) Mit einem Fragebogenrücklauf von 20% bei rund 1.000 kontaktierten Pflegeschulen (n= 267) sind verallgemeinernde Aussagen mit Vorsicht zu interpretieren. Inhalte zum Selbstschutz von Beschäftigten beim Patientenhandling besitzen im antwortenden Kollektiv einen positiven Stellenwert, werden jedoch mehrheitlich nicht konsequent unter ergonomischen Aspekten thematisiert. Strukturelle Defizite bestehen in der EPH-bezogenen Qualifikation des Lehrpersonals und der ergonomischen Ausstattung der schulischen Übungsräume. Die Situation zu Umfang und Qualität der praktischen EPH-Ausbildung sowie zur Zusammenarbeit aller Beteiligten an den Theorie-Praxis-Schnittstellen ist sehr heterogen und besonders in der Altenpflegeausbildung defizitär.

Diskussion: Zur bundesweiten Qualitätssicherung einer EPH-Ausbildung in der Pflege sollten einheitliche und verbindliche Qualifikationsstandards geschaffen werden. Ob die Verankerung von EPH-Aspekten in einem zu entwickelnden bundeseinheitlichen und verbindlichen *Rahmenlehrplan* und einem abgestimmten *Praxiscurriculum* zur Qualitätssicherung in der Pflegeausbildung ermöglicht werden kann, ist zurzeit noch nicht absehbar. Kurzfristig zu etablierende alternative Zielsetzungen für den Kompetenzerwerb zu EPH an Pflegeschulen könnten die Entwicklung eines gemeinsamen Curriculum- "Bausteins" für Unterricht und Praxisanleitung sein, in dem

- prüfungsrelevante Lernziele und Handlungskompetenzen des EPH (ausdrücklich als bewegungskonzeptübergreifender Ansatz),
- festgelegte Mindestzeiten für praktischen Unterricht, Training und Übung zur Festigung praktischer EPH- Kompetenzen und
- zeitlich verbindliche EPH- bezogene Mindestregelungen zur Praxisbegleitung und - anleitung.

beschrieben werden. Zudem sollte eine grundlegende EPH-bezogene Qualifizierung aller Lehrkräfte erfolgen, die Praxisbegleitung durchführen und Prüfungen abnehmen, ggf. mit externer finanzieller Unterstützung. Praktische EPH- Kompetenzen sollten nachgewiesen werden. Am Praxislernort sollte gleichfalls eine systematische EPH-Ausbildung von PraxisanleiterInnen/ examinierten Pflegekräften (ggf. als "training on the job" durch betriebliche MultiplikatorInnen etc.) erfolgen.

Qualitätsmerkmale für eine "good practice"- Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxislernorten sind u.a. die Abstimmung von EPH- Lerninhalten und deren geregelte Umsetzung in der praktischen Ausbildung. Hierzu gehören auch konsensbasierte Kriterien für den Einsatz von Hilfsmitteln, die Durchführung von Hilfsmittelassessments und eine entsprechende Ausstattung mit Hilfsmitteln.

Für zukünftige Auflagen von *Pflegelehrbüchern* ist die Bereitstellung von Grundlagenwissen aus unterschiedlichen "Bezugswissenschaften" und ein Überblick über allgemeine Präventionsgrundsätze bei der Arbeit mit Patienten und Prinzipien aus der Bewegungslehre und Ergonomie zu empfehlen (mit Verdeutlichung durch Fallbeispiele und Bereitstellung von Kriterien bzw. Assessmentinstrumenten für die sinnvolle Auswahl und konkrete Anwendung von Hilfsmitteln und technischen Hilfen sowie Optionen unter dem Gesichtspunkt "Handlungssicherheit").

Für die praktische Ausbildung und die Praxisanleitung von SchülerInnen werden anstelle von Praxisleitfäden zukünftig *curriculumbasierte Arbeitshilfen* empfohlen (die an einem noch zu entwickelnden EPH- bezogenen "Baustein" eines Praxiscurriculums auszurichten wären).

Fazit und Ausblick

Auf allen untersuchten Ebenen bestehen Handlungsbedarfe, um die Ausbildung von zukünftigen Pflegenden im Sinne eines ganzheitlichen *Ergonomischen Patientenhandlings* (EPH), wie es eingangs definiert wurde, sicherzustellen. Dies betrifft sowohl die Situation der heterogenen Ausbildungsgrundlagen der Bundesländer und die unzureichende Ausgestaltung fachspezifischer Lehrmaterialien, uneinheitliche und teils defizitäre Voraussetzungen für die fachgerechte Vermittlung von EPH bei Lehrenden, fehlende Regelungen zu Lernortkooperationen sowie Defizite in der Ausgestaltung und Umsetzung der praktischen Ausbildung an den Praxislernorten.

Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs professioneller Pflege in der Gesellschaft und dem damit verbundenen hohen Stellenwert von EPH sind Veränderungen zur Aufwertung des Themas dringend notwendig. Sie müssen sowohl auf curricularer Ebene und in Lehrbüchern als auch an der entsprechenden Qualifizierung von PflegepädagogInnen und PraxisanleiterInnen ansetzen. Ein zukünftiger Forschungsbedarf zielt auf den Abgleich der Ausbildungssituation in anderen Ländern mit Vorbildcharakter in der Entwicklung von EPH- Standards wie z.B. Holland, Finnland oder England.

1 Einleitung

1.1 Körperliche Belastungen und -erkrankungen in der Pflege

Patientennahe Tätigkeiten (z.B. Körperpflege, Positionierung und Lagerung, Mobilisation und der Transfer von einem Ort zum anderen) gehen mit besonderen Belastungen für das Pflegepersonal einher. Entscheidungen zum konkreten Vorgehen müssen im Unterschied zu anderen physisch belastenden Tätigkeiten immer auch im Interesse des Patienten und der Pflegeziele getroffen werden. Infolge können Zielkonflikte zwischen den eigenen Gesundheitsinteressen und denen des Patienten entstehen. Darüber hinaus existieren in der Pflege zahlreiche weitere physische Belastungen durch ungünstige Körperhaltungen, Ziehen und Schieben von schweren Gegenständen, Heben und Tragen von Lasten und andauerndes Stehen oder Gehen [BIBB/ BAUA 2006].

Arbeitswissenschaftliche Untersuchungen im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in den letzten Jahren belegen, dass aus biomechanischer Sicht die Effekte auf die Rückengesundheit beim körperlichen Umgang mit Patienten bislang noch unterschätzt wurden [Jordan et al. 2013]. Daher werden ein konsequenter Einsatz von kleinen und technischen Hilfsmitteln sowie eine bessere Arbeitsplatzgestaltung rund um das Patientenbett gefordert. Weiterhin sind *statische* Belastungen durch ungünstige Körperhaltungen, die mit patientennahen Tätigkeiten wie z.B. Waschen verbunden sind, in den Fokus von Forschung gerückt [Freitag et al. 2007].

Entwicklung von körperlichen Belastungen im Gesundheitswesen

Die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen wandeln sich umfassend und fortlaufend. Die Belastungen von Pflegenden scheinen stetig zu steigen, begünstigt durch den demografischen Wandel mit seiner Zunahme älterer, multimorbiderer und damit pflegebedürftigerer Personen, die wachsende Zahl schwergewichtiger Patienten und zunehmende Personalknappheit [Mosebach & Rakowitz, 2012, Bartholomeyczik et al. 2008]. Erkenntnisse zu physischen Belastungen im Beruf im Rahmen der BAUA/ BIBB- Erwerbstätigenstudie [2006] wurden mit "*Pflegekräfte schleppen mehr als Bauarbeiter*" zusammengefasst.¹

Trotz der offensichtlichen Konsequenzen dieser Entwicklungen für Pflegekräfte existieren nur wenige empirische Untersuchungen zu der Frage, wie stark sich physische Belastungsanforderungen in der Kranken- und Altenpflege in den letzten Jahren verändert haben. Dass sie nach wie vor als hoch empfunden werden, belegt zum Beispiel eine jüngere Untersuchung der AOK [2011]: Mehr als ein Drittel der Beschäftigten in der stationären Altenpflege klagten über starke Belastungen durch Hebe- und Tragetätigkeiten sowie schwere körperliche Arbeiten. Besonders die Jüngeren unter 20 Jahre äußerten die meisten Angaben zu gesundheitlichen Problemen als Resultat beruflicher Belastungen.

In der Krankenpflege schätzten nach Ergebnissen des "Pflege-Thermometers" [2009] drei von vier PflegedirektorInnen, "*dass die physischen Belastungen im Pflegebereich bis zum Eintritt ins Rentenalter nicht zu stabilisieren sind*" [Isfort & Weidner 2010]. In der gleichen

¹ Pressemitteilung der BAUA (<http://idw-online.de/de/news235397>)

Untersuchung wurde von Krankenpflegekräften zu Mängeln der Patientensicherheit in den letzten sieben Arbeitstagen angegeben, dass Mobilisationsmängel mit rund 90% an zweiter Stelle stehen. Auch hier können Gründe (neben vielfältigen anderen Ursachen) zumindest zum Teil in den Grenzen physischer Belastbarkeit von Pflegekräften vermutet werden. Das setzt den Bedarf hinsichtlich einfacher ergonomischer Problemlösungen und Gesamtstrategien innerhalb von Gesundheitseinrichtungen auch unter dem Gesichtspunkt der Versorgung von Patienten auf die Tagesordnung.

Rückenbeschwerden bei PflegeschülerInnen

Nach einer bundesweiten Online-Umfrage von PflegeschülerInnen des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) in Bremen leidet mehr als die Hälfte mindestens einmal wöchentlich an Rücken- bzw. Nacken- oder Schulterschmerzen [Bomball et al. 2010]. Die Ergebnisse decken sich mit denen anderer Untersuchungen – z.B. einer Längsschnittstudie im Rahmen der "Freiburger Wirbelsäulenstudie" von Nübling et al. [2008], in der mehr als ein Zehntel der PflegeschülerInnen im dritten Ausbildungsjahr schon einmal besonders schwerwiegende Symptome (Lumboischialgien mit möglicher Beteiligung der Bandscheiben) erlebten [Nübling et al. 2008].

In ihrer Veröffentlichung "*Gesundheitsfördernd führen*" betonte Schambortski [2008] insgesamt die berufsbezogene Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen in der Pflege und wies auf eine erhöhte Schutzbedürftigkeit von jungen und wenig erfahrenen Pflegenden hin. Mangelnde Berufserfahrung – und damit unzulängliches Training – gelten auch nach internationalem Kenntnistand als erhebliche Risikofaktoren und Ansatzpunkt für Empfehlungen zum körperlichen Umgang mit Patienten [Smith 2005].

In allen Ausbildungsrichtungen, die sich an einer Erhebung im Rahmen des Projektes "*TRAF – Transferorientierte Forschung an Fachhochschulen*" [Bonse-Rohmann & Freese, 2005] beteiligten, berichteten die insgesamt 150 PflegeschülerInnen über erhebliche bis starke Rückenschmerzen, zu einem höheren Ausmaß jedoch die SchülerInnen der GKP. Bis zum Ende des 3. Ausbildungsjahres berichtet die Hälfte aller PflegeschülerInnen über gesundheitliche Beschwerden und Fehlzeiten bis zu zehn Tagen, wobei circa ein Drittel die Ursachen dafür in der beruflichen Tätigkeit vermutet. Damit in Zusammenhang steht das Gefühl der PflegeschülerInnen sich beim Lagern und Mobilisieren oft überfordert zu fühlen, wobei dies erneut verstärkter in der GKP angegeben wird.

1.2 Strategien zur Bewältigung physischer Belastungen in der Pflegeausbildung

Studien zu präventiven Konzepten der berufsbezogenen Rückenprävention in der *Pflegeausbildung* sind begrenzt bis nicht vorhanden, wie eine Ende 2012 international durchgeführte Datenbankrecherche ergab (Details siehe Kapitel 8.1 im Anhang). Dies ist insofern bemerkenswert, da trotz der Entwicklung von Leitlinien zum Umgang mit physischen Risiken beim Bewegung und Versorgen des Patienten (in den Niederlanden, in England, Neuseeland

oder Australien) mit einer Ausnahme² keine Veröffentlichungen über Präventionskonzepte in der Pflegeausbildung, ihre Umsetzung und Evaluation gefunden wurden. Über eine Handrecherche und eigene Netzwerkkontakte konnte zwar ermittelt werden, dass in einigen Ländern Curricula und Konzepte für die Integration von derartigen Präventionskonzepten in die Pflegeausbildung vorliegen bzw. entwickelt werden (Finnland [Tamminen-Peter & Fagerström o.J.], Holland [Vries et al. [2011] oder USA [Menzel et al. 2007, Nelson et al. 2007]³). Untersuchungen zum jeweiligen Ist- Stand bzw. zu Effekten nach der Integration von Präventionskonzepten sind jedoch bisher über Datenbanken nicht abrufbar. Eine Sichtung und Bewertung dieser Curricula und Konzepte war im Rahmen dieser Studie noch nicht möglich.

Auch in Deutschland wurde die berufsbezogene Prävention von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates durch Verbesserungen im Umgang mit hohen physischen Belastungen im Pflegealltag nur im Rahmen vereinzelter Projekte bearbeitet und evaluiert⁴. Bonse-

² Svensson et al. [2009, 2011] untersuchten in Dänemark einen multidimensionalen Ansatz auch auf präventiv ausgerichtete Techniken zum Patiententransfer in der Ausbildung von PflegehelferInnen. Die Ergebnisse verweisen vor allem auf kurzfristige Effekte zum allgemeinen Gesundheitszustand, die sich als längerfristig protektiv (hier nach bereits drei Jahren) hinsichtlich der Fehlzeitenentwicklung auswirken könnten.

³ (sowie auf der Internetseite von NIOSH: Safe Patient Handling Training for Schools of Nursing. Curriculum materials. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-127/pdfs/2009-127.pdf>)

⁴ Im Zuge der Aufgabenstellungen zur berufsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung in den neuen Pflegeberufsgesetzen vor zehn Jahren wurden zwei (Modell-)Projekte in der Pflegeausbildung mit den Schwerpunkten Rückenprävention bzw. Selbstschutz beim Umgang mit Patienten evaluiert:

- (1) das bereits erwähnte "TRAFO"- Projekt im Johannisstift in Paderborn [Bonse- Rohmann & Freese 2005; Bonse- Rohmann & Grosser 2005] und
- (2) das Projekt "Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung" in den städtischen Altenheimen Mönchengladbach [Bausch-Weis 2004].

Beide Projekte waren unter inhaltlichen und organisatorischen Gesichtspunkten umfangreich und nachhaltig angelegt. (1) Projekt umfasste alle Pflegesettings und bestand in einer Zusammenarbeit mit über 40 Gesundheitseinrichtungen und Beteiligung von rund 200 SchülerInnen der GKP und Altenpflege. (2) erreichte zum Projektstart über 90 SchülerInnen. Die Projekte wurden nach ihrem Ende 2004/2005 nachhaltig in die Aus- und Fortbildung und in betriebliche Strukturen integriert.

In beiden Projekten wurden Interventionsstrategien als wesentlich für eine erfolgreiche Umsetzung von rückenbezogener Prävention erachtet, die auch dem internationalen wissenschaftlichen Konsens folgen [Michaelis & Hofmann 2009]: Ein multidimensionaler Ansatz mit verhaltens- und ausdrücklich auch verhältnisbezogenen Anteilen. Letzteres beinhaltet die generelle Vernetzung des Berufsausbildungssettings mit dem Aus- und Fortbildungswesen (Integration von Präventionsinhalten in die PraxisanleiterInnen-Ausbildung bzw. Ergänzungsschulung für diese, MitarbeiterInnenschulungen zur Anwendung von Hilfsmitteln und Bewegungskonzepten) und die Integration in ein betriebliches Gesamtkonzept (Durchführung von Gesundheitszirkeln "*training on the job*" für PflegeschülerInnen und PflegemitarbeiterInnen aus den beteiligten Einrichtungen). Eine Besonderheit von (2) bestand in einer einzig dem Thema "Gesundheit der SchülerInnen" gewidmeten Praxisbegleitung durch Pflegelehrkräfte, für die eine Checkliste entwickelt wurde.

Im Projekt (1) konnten durch Hüntelmann [2005] positive Effekte auf den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die Akzeptanz nachgewiesen werden. Die auf Umsetzungsprobleme in der praktischen Pflegeausbildung gerichtete Evaluation des Ausbildungsprojekts (2)⁴ führte zu einigen wesentlichen Erkenntnissen, die möglicherweise grundsätzliche Bedeutung haben. So fühlten sich AltenpflegeschülerInnen mit der Haltung im Arbeitsteam konfrontiert "eine hohe körperliche Belastbarkeit sei Ausdruck für eine hohe Motivation". Weiter bescheinigten SchülerInnen den PraxisanleiterInnen zwar eine gute Anleitung zu rückschonenden Arbeitsweisen, bemängelten aber, dass rückschonendes Arbeiten von diesen selbst im Pflegealltag nicht umgesetzt würde. So verwundert es auch nicht, dass bei den SchülerInnen die Nutzung von Hilfsmitteln beim Umgang mit Patienten im Verlauf der Ausbildung abnahm.

Rohmann wies jedoch 2005 darauf hin, dass insgesamt Konzepte zur Gesundheitsförderung in den Berufsausbildungen noch weitgehend fehlen [Bonse- Rohmann & Freese 2005].

Durch eine bundesweite Befragung von PflegelehrerInnen und – wie bereits erwähnt – PflegeschülerInnen durch das IPP in Bremen liegen Hinweise vor, welche gezielten Aktivitäten zu Gesundheitsförderung und Prävention die Ausbildungsstätten in Deutschland seit der Reform der Berufsgesetze vor rund zehn Jahren entwickelt haben [Bomball et al. 2010; Schwanke et al. 2011]: Den Aussagen von Schulleitungen und PflegeschülerInnen zufolge genießen diese Aspekte in der schulischen Pflegeausbildung zwar theoretisch einen hohen Stellenwert. Insbesondere die Thematisierung und Umsetzung der berufsspezifischen Risikovermeidung wurde vielfach in den Schul-Curricula verankert, was ebenso für das rückenschonende Arbeiten gilt.

Mehr als die Hälfte der Lehrenden an den Pflegeschulen bilanzierte jedoch für den Themenbereich Gesundheitsförderung und Prävention, dass präzise handlungsleitende Konzepte für den Unterricht weitgehend fehlen. Neben Konzepten und Strategien zur Verbesserung des Umgangs mit hohen physischen Arbeitsbelastungen finden Themen wie das allgemeine Bewegungsverhalten von PflegeschülerInnen (z.B. Fitness und Bewegungsausgleich in der Freizeit) ebenfalls bisher nur wenig Beachtung.

Handlungsbedarf wurde durch die Studie insbesondere für die Entwicklung präziser und ganzheitlicher Konzepte zur Bewältigung von körperlichen Belastungen in der *praktischen* Ausbildung deutlich: Ein Drittel der befragten PflegelehrerInnen beklagte die häufig fehlende gezielte Unterstützung beim Erwerb risikobezogener Bewältigungsstrategien durch die betrieblichen Ausbildungspartner und formulierte einen Bedarf zur Verbesserung der Kooperationen mit den Praxislernorten. Etwa ein Viertel der PflegeschülerInnen setzt erlerntes Wissen zu rückengerechtem Arbeiten auch nur selten bis gar nicht in der Praxis um.

Darüber hinaus ist nach einer Untersuchung der Gewerkschaft Ver.di [2011] bei über 4.000 Befragten die Situation in der *praktischen Ausbildung* generell defizitär: Knapp ein Viertel aller Auszubildenden werden nach eigenen Angaben während ihrer praktischen Einsätze von PraxisanleiterInnen nicht oder überwiegend nicht betreut.

Eher Praxis- als Theoriedefizite bestätigen auch die Ergebnisse einer Befragung von 150 SchülerInnen in der Kranken- (GKP) und Altenpflege im Rahmen des erwähnten TRAFO-Projekts [Bonse-Rohmann & Freese, 2005]: 89% der GKP-SchülerInnen bezeichneten sich zwar als theoretisch zum rückenschonenden Arbeiten beim körperlichen Umgang mit Patienten als gut geschult; jedoch setzte nach eigenen Angaben nur rund die Hälfte das erlernte Wissen am Praxislernort auch um. Hinzu kommt, dass mehr als die Hälfte der GKP-SchülerInnen weder durch die PraxisanleiterInnen noch durch die PraxisbegleiterInnen aus der Schule dazu angehalten wurden. In der Altenpflege berichteten dies ein Drittel.

Insgesamt wünschten sich jedoch mehrheitlich sowohl SchülerInnen der GKP- und Altenpflegeausbildungen (65% bzw. 76%) als auch die MitarbeiterInnen in den beteiligten Ausbildungseinrichtungen (68%) mehr Gelegenheit zum praktischen Üben unter Anleitung in konkreten Pflegesituationen.

1.2.1 Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegewissenschaft und -pädagogik

Mit der Verabschiedung der Berufsgesetze für Kranken- und Altenpflegeberufe vor rund zehn Jahren [2002; 2003] wurden Gesundheitsförderung (GF) und Gesundheitsprävention als Strategien des professionellen pflegerischen Handelns auch gesetzlich verankert. Demnach kommt der Wahrnehmung und Bewältigung von Berufsrisiken im Rahmen der Pflegeausbildungen eine bedeutsame Rolle zu.

Wie bereits beschrieben, ermittelten die AutorInnen des "TRAFO"- Projekts in ihren Untersuchungen eine hohe Relevanz für Maßnahmen im Bereich physischer Arbeitsbelastungen, die bereits in der Ausbildung nicht unerheblich Einfluss auf Fehlzeiten hat. Dazu stellten sie eine unterschiedliche Qualität in der praktischen im Vergleich zur theoretischen Ausbildung hinsichtlich des Erwerbs präventionsbezogener Kompetenzen von PflegeschülerInnen fest. Sie zogen daher aus pflegewissenschaftlicher und -pädagogischer Perspektive den Schluss, dass der Erwerb von Bewältigungsstrategien im Bereich physischer Belastungen und gezielte Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Ausbildung ein prioritäres Ziel darstellen müssen.

In diesem Zusammenhang ist möglicherweise auch die Komplexität der möglichen Faktoren für die Verursachung von Fehlzeiten in der Pflege von Bedeutung, wie wiederum in einer Veröffentlichung von Jansen [2011] grundsätzlich betont wird. Dieser verwies darauf, dass motivations- und krankheitsbedingte Ursachen häufig nicht präzise voneinander abgegrenzt werden können. Bausch-Weiß [2004] führte zudem aus, dass eine Differenzierung des Übergangs von arbeitsbezogenen Belastungen zu einer krankmachenden Überforderung mit objektiven Mitteln nur schwer möglich sei. Nach Bausch-Weis ist daher für die betriebliche Gesundheitsförderung – auch im Kontext von Pflegeausbildung ein Strategie-Mix aus Verhältnis- und Verhaltensprävention, sowie eine aktive Förderung der persönlichen und organisatorischen Gesundheitspotenziale erforderlich. Damit stellt Bausch-Weiß Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Ausbildung in einen ganzheitlichen Rahmen, der zudem bezüglich EPH in dem von ihr veröffentlichten Konzept „*Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung*“ über Schulungen und Coaching zu Bewegungskonzepten hinausgeht und auch den Einsatz von Hilfsmitteln integriert.

Dagegen wird ein eher ausschließlich ressourcenorientierter Fokus in vielen pflegewissenschaftlichen Ansätzen zur Gesundheitsförderung – auch unter präventiven Aspekten unterstützt. Mit der salutogenetischen Sichtweise nach dem Modell des Soziologen Antonowsky wird davon ausgegangen, dass die zentrale Kraft zur Gesunderhaltung ein überdauerndes Gefühl der Zuversicht (*Kohärenz*) darstellt, um Belastungen und Stressoren bewältigen zu können. Die Sichtweise beinhaltet, dass alltägliche Anforderungen mit den verfügbaren Ressourcen bewältigbar sind und als Herausforderungen verstanden werden.

Hieraus entwickelte sich auch für den körperlichen Umgang mit Patienten das *Konzept des ressourcenorientierten Arbeitens*, welches sich sowohl an den Ressourcen des Patienten als auch denen der Pflegekraft orientiert. Dieser Ansatz wird auch in Veröffentlichungen im Rahmen arbeitsschutzorientierter Projekte aufgegriffen [z. B. Beer & Hammer 2011; BGW

2012]. Er bezieht sich auf ganzheitliche Strategien zur rückenbezogenen Gesundheitsförderung, die die Entwicklung von Achtsamkeit für die eigenen körperlichen Grenzen, ein gesundheitsbewusstes Bewegungsverhalten sowie den bewussten Umgang mit Bedürfnissen und Gefühlen bei psychosozialen und psychischen Belastungen umfassen. Daraus ergeben sich auch Anknüpfungsmöglichkeiten an das Konzept der Kinästhetik [Citron 2004, Asmussen 2010].

Vor diesem Hintergrund werden allerdings die aus der Tätigkeit resultierenden körperlichen Belastungen bisher zwar erwähnt, jedoch mit einem Verweis auf ein nicht näher erörtertes Hebe- und Tragetraining weitergehend nicht behandelt (z.B. in den Publikationen von Steinbach [2007], Weidner [2004] oder Wenderlein [2005]).

Zusammenfassend bestehen unterschiedliche Sichtweisen unter den VertreterInnen der Pflegewissenschaft und Pflegepädagogik auf die für notwendig gehaltenen präventiven Problemlösungsstrategien beim Bewegen von Patienten. Dominant ist dabei eine ressourcenorientierte Sichtweise, die die Nutzung von Patientenressourcen und die Anpassung des Bewegungsverhaltens der Pflegekraft fokussiert. Eine analytische Auseinandersetzung mit physischen Belastungssituationen und eine systematische Gesamtstrategie, bei der auf eine ausreichende Belastungsreduzierung und entsprechende Präventionskonzepte Bezug genommen wird, sind bisher in der Pflegewissenschaft und -pädagogik nicht erkennbar.

1.2.2 Initiativen zum Thema Prävention in der Pflegeausbildung

In den Fokus präventiver Strategien in der Pflege rückten in den letzten Jahren vor allem psychische und psychosoziale Belastungen des Pflegepersonals. Sie sind zunehmend auch Gegenstand pflegewissenschaftlicher Untersuchungen, wobei sehr häufig die Folgen der Reorganisationsprozesse in der Pflege (z.B. der Mangel an ausreichendem Pflegepersonal, Verdichtung von Arbeitsaufkommen) thematisiert werden [Isfort & Weidner, 2010].

Prävention und Gesundheitsschutz in der Pflegeausbildung wurden jedoch in den letzten Jahren durch die VertreterInnen von Arbeitsschutz-Institutionen ebenfalls zunehmend thematisiert. Hierzu gehört auch die Forderung nach einer generellen Verankerung von Aspekten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflege. Das bedeutet nach Stiller-Wüsten [2011], dass damit "*die betriebliche und persönliche Gesundheitsförderung eine weitere gesetzliche Grundlage bekommt*". Bereits 2007 wurden im Rahmen eines BGW- Projekts Arbeitsmaterialien für PflegeschülerInnen und -lehrkräfte in der Altenpflege für das Unterrichtsfeld *betriebliche/ berufsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung* entwickelt. Sie werden seit einigen Jahren flächendeckend bundesweit verteilt und nach eigenen Aussagen gut genutzt [BGW 2011]. Die Unterlagen enthalten auch das Thema Rückenprävention und damit Informationen zu rückengerechten Arbeitsweisen beim Bewegen von Patienten und sollen für die Gesundheits- und Krankenpflege konzeptionell übertragen werden.

Im Anschluss an die beschriebenen Befragungen von PflegeschülerInnen und -lehrkräften zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung sammelte das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) 2011 mit finanzieller Unterstützung der BGW zukunftsweisende Ideen und Konzepte im Rahmen eines bundesweiten "*Ideenwettbewerbs Gesunde Pflegeausbildung*" [Görres et. al, 2012]. Arbeitsschutz- und gesundheitsrelevante Vermittlungsmodelle sollten hierdurch bekannt gemacht werden und als *Best-Practice-Modelle* mit der Transferoption für andere Pflegeschulen zur Verfügung stehen.

Von den schließlich vorgestellten 35 Konzepten waren insgesamt acht ausschließlich oder teilweise durch das Thema körperlicher Umgang/ Bewegen von Patienten bzw. rückschonendes Arbeiten bestimmt. In den Konzepten wurden unterschiedliche Aspekte dazu thematisiert. Hierzu gehörten die Lernortkooperation und die Praxisanleitung von PflegeschülerInnen, die Zusammenarbeit mit Akteuren aus dem Sektor Arbeitsschutz für die Gefährdungsbeurteilung von Arbeitsplätzen und -tätigkeiten sowie für die Gestaltung ergonomischer Arbeitsplätze, die konkrete Bearbeitung von Fällen sowie die systematische Ausbildung aller Pflegelehrkräfte zum rückschonenden Arbeiten. Auffälligerweise wurden die Konzepte gehäuft aus Nordrhein-Westfalen eingereicht. Dort stießen Veranstaltungen zum "TRAFO"-Projekt regional auf großes Interesse und die Projekterkenntnisse wurden in Lehre und Forschung der Fachhochschule Bielefeld integriert.

1.3 Forschungsbedarf, Ziele und Design der Studie

Zusammenfassend gibt es auf der Basis des zuvor Diskutierten hohe und in Zukunft noch wachsende körperliche Anforderungen an Personen, die den Pflegeberuf ergreifen wollen. Diesen Anforderungen kann nur durch konsequente Prävention entgegengetreten werden.

Insbesondere PflegeschülerInnen sind den physischen Herausforderungen in ihrem Arbeitsalltag aufgrund ihrer mangelnden Erfahrung, unzureichenden Kenntnissen und wegen ihres besonderen Status im Team oft nicht gewachsen. Der Vermittlung von *ganzheitlichen Problemlösungsstrategien* beim körperlichen Umgang mit Patienten kommt damit besonders in der Pflegeausbildung auch unter psychischen Gesichtspunkten (vergl. hierzu auch Beer & Hammer [2011] eine besondere Bedeutung zu.

Inwieweit solche Problemlösungsstrategien überhaupt und als *ganzheitliches* Konzept in Theorie und Praxis der Pflegeausbildung in Deutschland verankert sind, ist derzeit umfassend nicht bekannt. Der Beitrag zur Schließung dieser Erkenntnislücken beinhaltet das zentrale Ziel des hier vorgestellten Projektes.

Vor der Vertiefung detaillierter Studienziele wird in diesem Zusammenhang als Synonym für den körperlichen Umgang mit Patienten der Begriff **Patientenhandling** eingeführt. Im Sinne *ganzheitlicher* Problemlösungsstrategien interessieren unter konzeptionellen Gesichtspunk-

ten vor allem *ergonomische Grundlagen*, wie sie sich in einigen europäischen Nachbarländern bereits seit einigen Jahren unter dem Begriff

"Ergonomisches Patientenhandling" (EPH, *ergonomic patient handling*)

als eine branchenorientierte Spezialisierung innerhalb der arbeitswissenschaftlichen Disziplin der Ergonomie etabliert haben [Hignett et al. 2007].

Die Herleitung des Begriffs und sein Stellenwert werden im folgenden Kapitel in Form eines Exkurses erläutert.

1.3.1 Exkurs: Begriff "Ergonomisches Patientenhandling" (EPH)

EPH bedeutet in diesem Zusammenhang einen *systematischen* und *methodenübergreifenden* Umgang mit der Gestaltung von Arbeitssituationen am und mit dem Patienten. Genauer gesagt, beschäftigt sich EPH mit den Möglichkeiten und Grenzen der manuellen Bewegungsunterstützung von Patienten, die nur eingeschränkte oder gar keine Möglichkeiten zur Bewegung haben. Dazu zählt auch die Analyse statischer Belastungsfaktoren durch ungünstige Körperhaltungen am Patientenbett, wie bspw. bei der Körperpflege.

Beim EPH sollte die Reduktion körperlicher Risikofaktoren auf Basis einer zuvor definierten und theoretisch begründeten *Mindestgrundlage* berücksichtigt werden. Dabei müssen auch die arbeitsorganisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen auf die jeweilige Situation in der Praxis angepasst werden. Eine solche einheitlich definierte, theoretisch begründete und konsensbasierte Mindestgrundlage existiert in Deutschland derzeit nicht. Daher liegen auch keine *verbindlichen* Empfehlungen oder Leitlinien bzw. nationale Standards für ergonomisches Arbeiten beim Patientenhandling vor. Hier unterscheidet sich die Situation deutlich von anderen europäischen Ländern, z.B. Holland, England und Finnland [Hignett et al. 2007].

Gleiches gilt für systematisch durchgeführte "*Assessments*" im Sinn einer situations- und patientenbezogenen Gefährdungsbeurteilung als Entscheidungsgrundlage für ergonomisches Arbeiten mit Pflegebedürftigen. Solche Patientenassessments dienen zur Einschätzung der funktionellen Voraussetzungen des Patienten beim Bewegen, der möglichen Mobilisierungsrisiken sowie der individuellen Voraussetzungen. Auf ihrer Grundlage können Lösungen für Bewegungsabläufe oder den Transfer gefunden werden, die sowohl die eigene als auch die Sicherheit des Patienten gewährleisten. In der Geriatrie und Rehabilitation existieren bereits Beurteilungsinstrumente mit deren Hilfe die Selbstständigkeit oder der Gesundheitszustand des Patienten eingeschätzt werden kann (eine Übersicht dazu bietet z.B. Fritz [2009]). Auf die Frage, wie auf die besonderen Anforderungen beim Transfer und Bewegen von Personen reagiert werden muss, bieten diese jedoch nur zum Teil Lösungsansätze. Zusätzlich finden Aspekte der Patienten- und Beschäftigtensicherheit darin keine ausreichende Berücksichtigung.

Die in den letzten Jahren auf nationaler und internationaler Ebene erstellten Übersichten zu den Möglichkeiten der Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen in den Pflegeberufen [IVSS 2010, Technical Committee 2012, Europäische Kommission 2012] sind als Empfehlungen für Entscheidungsträger in den Pflegeeinrichtungen zu verstehen. Sie haben eher orientierenden Charakter zu Gefährdungsbeurteilungen oder bereits entwickelten Handlungsansätzen und stellen für Beschäftigte keine konkreten und systematischen Praxisrichtlinien bereit. Eine Ausnahme stellt die in Holland von WissenschaftlerInnen entwickelte und für Deutschland adaptierte Mobilitätsgalerie zur Einschätzung der funktionellen Mobilität von Pflegebedürftigen im Altenpflegebereich der Firma ArjoHuntleigh dar (www.arjohuntleigh.com/de).

Auch in der Pflegewissenschaft wird das Thema *Ergonomisches Patientenhandling* bislang nicht *systematisch* aufgegriffen oder in Bezug zu anderen Disziplinen wie z.B. der Arbeitswissenschaft gesetzt. Ab dem Jahr 2009 wurden hierzu von unserer Arbeitsgruppe erste Initiativen ergriffen, um eine interdisziplinäres und konsensbildendes Forum von ExpertInnen zu konstituieren [Schwarzwälder & Hoffmann 2010, Hermann & Michaelis 2010, Hermann 2010]. Auch in der Pflegepraxis besteht nach wie vor keine ausreichende Systematik zur Erreichung eines angemessenen EPH-Standards. Nur vereinzelt werden derzeit methodenübergreifende EPH-Konzepte als Ansätze "Guter Praxis" entwickelt und umgesetzt [z.B. Gassner 2009, Rompf 2009]. Somit besteht ein großes Gefälle zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

1.3.2 Ziele und Fragestellungen

Ziel der Studie ist – wie bereits angedeutet – eine genauere und umfassendere Bestandsaufnahme im Themenfeld "Patientenhandling in der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung", als sie bisher vorliegt. Zudem soll sie zur Klärung der Frage führen, welchen Stellenwert ein *ergonomisches* Patientenhandling im Sinne der zuvor beschriebenen Definition derzeit hat, um Handlungsempfehlungen ableiten zu können für

- Ansätze zur Verankerung von EPH als konkretem Ausbildungsgegenstand in Schulcurricula und Ausbildungsunterlagen sowie
- Qualitätsstandards und umfassende Präventionsansätze in diesem Bereich.

Vor dem aufgezeigten Hintergrund und der Notwendigkeit, den gesetzlichen Forderungen nach Präventionsmaßnahmen nachkommen zu müssen, stellen sich folgende grundsätzliche Fragen:

- Mit welchen konkreten Strategien stellt man sich in der Pflegeausbildung derzeit den zunehmenden physischen Herausforderungen?
- Mit welchen Konzepten und Strategien werden PflegeschülerInnen in der Ausbildung auf die Bewältigung von physischen Belastungen im Berufsalltag vorbereitet?

- Enthält die Ausbildung von PflegepädagogInnen hierzu inhaltliche und didaktische Aspekte?

Studiendesign: Methodenmix in drei Teilprojekten

Um verschiedenen Perspektiven gerecht zu werden und die Komplexität einer solchen Bestandsaufnahme zu systematisieren, enthält die Untersuchung in Sinne eines "Methoden-Mix" drei Teilprojekte:

- **Teilprojekt (TP) 1:** Dokumentation und inhaltliche Analyse ergonomischer Aspekte in den pflegebezogenen Ausbildungsgrundlagen, d.h. normative und curriculare Grundlagen, Strukturen der Pflegeausbildung, Fach- und Lehrbücher (fachliche Leitung: Stella Hermann; Kapitel 2).
- **Teilprojekt (TP) 2:** Analyse ergonomischer Aspekte in den pflegepädagogischen Ausbildungen an deutschen (Fach-)Hochschulen auf Basis von Interviews mit vier Gruppen von ExpertInnen, ergänzt durch Fragen zur Einschätzung der aktuellen Problemwahrnehmung von physischen Belastungen beim Patientenhandling aus unterschiedlichen Perspektiven. Ableitung eines EPH-bezogenen Handlungsbedarfs sowohl für die pflegerische Berufsausbildung als auch für die Ausbildung von PflegepädagogInnen (fachliche Leitung: Stella Hermann; Kapitel 3).
- **Teilprojekt (TP) 3:** Empirische bundesweite Erhebung an Pflegeschulen mit der Befragung von Pflegelehrkräften zur Verankerung von EPH-Inhalten und qualitätssichernden Strukturen in der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung sowie zur Qualität von Lernortkooperationen, d.h. zur Zusammenarbeit zwischen Pflegelehrkräften und "Praxispartnern" (fachliche Leitung: Martina Michaelis; Kapitel 4).

Spezifischere Fragestellungen und die Methoden zur Erreichung der Ziele werden in den Kapiteln 2-4 zu den einzelnen Teilprojekten erläutert. Die Diskussion einschließlich des Aufzeigens von Limitationen erfolgt in Kapitel 5.

Als Ausblick werden in Kapitel 6 konkrete Ansätze zur Curriculumentwicklung hinsichtlich der Notwendigkeit und Möglichkeit der Verankerung von EPH als konkretem Ausbildungsgegenstand diskutiert.

1.4 Finanzierung, Danksagung und Interessenkonflikte

Finanzierung

Die Studie erfolgte mit finanzieller Unterstützung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Danksagung

Wir danken Jaqueline Bomball (Durchführung der Datenerhebung an Pflegeschulen und Begleitung des Teilprojekts 3) und Melanie Bremer vom Institut für Public Health und Pflegeforschung (Literaturrecherchen und -analysen im Teilprojekt 1), sowie Ariane Haug und Johanna Kranich von der FFAS (Datenmanagement im Teilprojekt 3 bzw. Unterstützung bei der Manuskripterstellung).

Allen TeilnehmerInnen an der Studie ein herzliches Danke für ihren Beitrag und insbesondere der BGW für die finanzielle Unterstützung.

Beitrag/Verantwortlichkeiten der Autorinnen und KooperationspartnerInnen

Entwicklung des Studienprotokolls: SH, MM

Datenerhebung und -interpretation, Manuskripterstellung (Teilprojekt TP 1): SH, MB

Datenerhebung und -interpretation, Manuskripterstellung (Teilprojekt TP 2): SH, AS

Datenerhebung (Teilprojekt TP 3): MM, JB, MB

Datenauswertung/-interpretation, Manuskripterstellung (Teilprojekt TP 3): MM, SH

Kritische Kommentierung des Manuskriptentwurfs (TP3): AN, JB

Projektleitung: MM

1.5 Fachlicher Hintergrund der AutorInnen und Interessenkonflikte

Stella Hermann (SH) Sport-, Gesundheits- und Berufspädagogin, Pflegefachkraft, Projektberatung Training und Konzeptweiterentwicklung des Präventionsprogramms „Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege“ (RPT), sowie ergonomische Beratung in unterschiedlichen Wirtschaftsbranchen. Seit über 15 Jahren Spezialisierung im Bereich ergonomisches Patientenhandling und Aufbau von entsprechenden beruflichen Netzwerken.

Dr. Martina Michaelis (MM), Soziologin, seit über 20 Jahren Durchführung empirischer Erhebungen zum Thema Arbeit und Gesundheit mit Schwerpunkt Gesundheitsdienst sowie Evaluation von Interventionsstudien im Bereich Patientenhandling (u.a. Promotion zum Thema "Akzeptanz von Hebehilfsmitteln in der Pflege" ⁵).

(Beide Autorinnen sind Mitglieder der Arbeitsgruppe "European Panel on Patient Handling Ergonomics – EPPHE" [Hignett et al. 2007] und des Themeninitiativkreises (TIK) "Gesund pflegen" von INQA⁶).

Gemeinsame Forschungsarbeiten zur Evaluation des Trainingsprogramms RPT im Auftrag der *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (BAuA): siehe Kapitel 7 (Michaelis et al. [2003], Michaelis & Hermann [2010]).

Alexandra Schulz, Kognitionspsychologin, Pflegefachkraft, seit 2012 Projektarbeit zum Thema Arbeit und Gesundheit in der Pflege.

1.6 Anmerkung zur Sprachform

Im Text wird im Sinne einer geschlechtergerechten Sprache allen Personengruppen ein "Innen" angehängt (z.B. ExpertInnen). Eine Ausnahme erfolgt bei "Patienten", da das Wort mit festen Begrifflichkeiten und Eigennamen verbunden ist (z.B. "Rückengerechter Patiententransfer").

Der Einfachheit halber werden KlientInnen/ PflegekundInnen/ BewohnerInnen in der Altenpflege sprachlich mit "Patienten" gleichgesetzt.

⁵http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=957675445&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=957675445.pdf

⁶www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/initiativkreis.html

2 Dokumentenanalyse zu pflegerischen Ausbildungsgrundlagen (Teilprojekt 1)

2.1 Fragestellungen

Folgende Forschungsfragestellungen sind Ausgangspunkt der hier durchzuführenden Dokumentenanalyse:

- Welche Grundlagen für die theoretische und praktische Ausbildung sind auf welcher Ebene (Bundes-/Landes-, Berufsbildungspolitik etc.) und in welchen Dokumenten verankert?
- Wer entscheidet auf (bildungs-)politischer Ebene über die Festlegung von Inhalten der Rahmenlehrpläne und zu speziellen Inhalten, wie z. B. zum Lernfeld Bewegen/ Mobilisieren und Lagern von Patienten?
- Welche EPH- Inhalte sind in Ausbildungsgrundlagen verankert und werden diese ergonomisch begründet? Wie wird der Begriff Ergonomie verwendet?
- Kann aus den Inhalten die Vermittlung einer konkreten Handlungs- und Problemlösungskompetenz im Zusammenhang mit EPH-Kriterien von Auszubildenden abgeleitet werden? Sind die zu erwerbenden Kompetenzen genauer definiert?
- Welche Gestaltungspielräume und Verpflichtungen ergeben sich aus den Gesetzen und curricularen Dokumenten?

Zentrale Hypothesen / Grundannahmen

Folgende Grundannahmen für zu erwartende Ergebnisse werden infolge der in Kapitel 1 beschriebenen Situation sowie auf der Basis eigener Expertisen gemacht:

Praktische Pflegeausbildung: Derzeit bestehen allgemeine Regelungsdefizite (wie z. B. die im Ver.di- Ausbildungsreport beschriebene unzureichende Regelung zur personellen und strukturellen Absicherung der praktischen Ausbildung), die sich auf die Qualität der Vermittlung von EPH in der praktischen Pflegeausbildung auswirken.

Insgesamt wird angenommen, dass der in den Ausbildungsgrundlagen vorgesehene Stundenumfang für das Erlernen und Üben der praktischen Umsetzung des Patientenhandling gering ausfällt.

Auch besteht die Hypothese, dass die praktische Ausbildung zur Umsetzung ergonomischer Grundsätze und Prinzipien, bspw. das Erlernen des gezielten Hilfsmiteleinsetzes und der Umsetzung der Bewegungskonzepte unter Entlastungsgesichtspunkten selten präzise in den Ausbildungsgrundlagen verankert ist.

Verankerung von Inhalten in den normativen Ausbildungsgrundlagen: Die Bezugnahme auf berufsbezogene körperliche Belastungen ist in vielen Bundesländervorgaben gering. Das Thema Prävention von Rückenerkrankungen ist zwar verankert, aber weitgehend auf das *freizeitbezogene* Bewegungsverhalten (Rückenschule, Fitness) ausgerichtet.

Verankerung von EPH in Arbeitskonzepten: Weitgehend ist überall eine Einführung in das Kinästhetik und in das Bobath- Konzept unter Gesichtspunkten von Pflegezielen verankert. Eine Verknüpfung zum Selbstschutz von Pflegenden und zu Belastungsfaktoren bei der Pflegearbeit findet dabei eher nicht statt.

Sofern sich bereits formulierte Zielsetzungen zum Patientenhandling in den Ausbildungsgrundlagen finden und sich in anzustrebenden Kompetenzprofilen niederschlagen, wird ein *systematischer* Bezug zur Ergonomie nicht hergestellt. Dies gilt auch für Grundlagenwissen aus der Arbeitswissenschaft sowie die handlungsleitende systematische Einschätzung von Risiken und Ressourcen.

Pflegelehr- und Fachbücher: Die in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen als Themenbereich festgeschriebene berufsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention wird auch bezüglich physischer Gesundheitsrisiken in Lehrbüchern ausdrücklich behandelt; Anknüpfungspunkte zur Belastungsreduktion in verschiedenen relevanten Handlungsbereichen, vor allem aber für das Patientenhandling, werden thematisiert. Dennoch ist zu erwarten, dass ergonomische Zielsetzungen und systematische Strategien zur Verbesserung des Selbstschutzes bisher nicht im Fokus stehen. Es wird nicht angenommen, dass das pflegerische Vorgehen im Patientenhandling dort unter Berücksichtigung von Grundsätzen und Prinzipien zur Reduzierung von Belastungen vermittelt und systematisch – auch bezüglich des Einsatzes von Hilfsmitteln und technischen Hilfen – konkreter vertieft wird.

2.2 Methoden

Die Fragestellungen zur Analyse ergonomischer Aspekte innerhalb der curricularen Grundlagen in den Pflege- sowie den pflegepädagogischen Ausbildungen in Deutschland wurden in Form eines mehrstufigen Vorgehens beantwortet. Dabei wurden qualitative Erhebungsverfahren mit vorwiegend deskriptiv-analytischer Zielsetzung zur Erhebung des Ist- Stands und Formulierung eines EPH-bezogenen Handlungsbedarfs angewendet. Durchgeführt wurden im Einzelnen:

- eine systematische, kriteriengestützte und inhaltsanalytisch ausgerichtete Recherche der Ausbildungsgrundlagen von Pflegeberufen (Berufsgesetze, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen, Richtlinien bzw. Rahmenlehrpläne der Bundesländer, ausgewählte Curricula sowie Lehr- und Fachbücher und auf die Ausbildung bezogene Praxisleitfäden; Dokumentenanalyse bis Ende 2012 – TP 1; vgl. Kapitel 3.2);
- eine strukturierte und leitfadengestützte Befragung von ExpertInnen ausgewählter Interessengruppen in der Pflegeausbildung zu physischen Belastungen beim Patientenhandling (Experteninterviews – TP 2; vgl. Kapitel 3.3)

Zur Ermittlung des *state-of the art* wurde zudem eine datenbankgestützte Literaturrecherche durchgeführt und durch Handrecherchen ergänzt

- zum Ist-Stand von EPH in der Pflegeausbildung, sowie

- zu pflegeausbildungsbezogenen Präventionsangeboten anhand deutscher und internationaler Fachpublikationen.

In der Auswertung wurden ausschließlich Publikationen berücksichtigt, die nach dem Jahr 2000 und bis Ende 2012 erschienen und folgenden Arten zuzuordnen sind:

- ausgewählte nationale sowie internationale Fachpublikationen anhand festgelegter Stichworte mit vorrangiger Bedeutung für die vorliegende Untersuchung:
 - a. (Gesundheits- und Kranken (GKP) sowie Alten-)Pflegeausbildung; Pflegeberufe, nurse education; nursing students, kombiniert mit
 - b. (Prävention/ prevention); Rückenschmerz/ (low) back pain; Ergonomie; Arbeitsschutz; back pain; safe patient handling and moving / movement.
- Veröffentlichungen zu den Themenfeldern durch Arbeitsschutz, Krankenkassen, Hochschulen und Berufsverbänden im Kontext aktueller auf die berufliche Pflegeausbildung bezogener Präventionsangebote und -projekte.

Details der Literaturrecherchen sind dem Anhang in Kapitel 8.1 zu entnehmen.

Dokumentenanalyse: Ausbildungsgrundlagen

Für die Umsetzung der Pflegeausbildungen liegen den Pflegeschulen und Gesundheitseinrichtungen in Deutschland sogenannte Rahmenlehrpläne bzw. bundesländerspezifische Ausbildungsrichtlinien vor. Als zentrale Ausbildungsgrundlagen wurden diese curricularen Grundlagen – neben Berufsgesetzen und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen – einer systematischen Analyse unterzogen. Die zentrale Fragestellung war, inwiefern sie eine ausreichende didaktische sowie inhaltliche Ausrichtung zum Themenfeld Patientenhandling für den Unterricht und die praktische Ausbildung in den Pflegeberufen aufweisen. Ergänzend dazu wurde untersucht, ob in ihnen ausreichend Verknüpfungen von fachlichen Inhalten zu Aspekten des Selbstschutzes hinsichtlich einer rückengerechten und ergonomischen Arbeitsweise enthalten sind.

Sonderstellung der Pflegeausbildungen im Bildungs- und Ausbildungssystem

Bei einer ersten Sichtung zeigten sich curriculare Dokumente für die Gestaltung der beruflichen Pflegeausbildungen insgesamt sehr unübersichtlich und uneinheitlich. Da davon auszugehen war, dass damit die Frage nach einer entsprechenden Verankerung von EPH nicht ohne weiteres beantwortbar ist, wurden gleichfalls grundsätzliche Aspekte der Sonderstellung der Pflegeausbildungen im Bildungs- und Ausbildungssystem (curriculare Zuständigkeiten für überwiegend nicht öffentliche Schulen und deren Finanzierung weitgehend außerhalb des Bildungssystems) beleuchtet. Es ist davon auszugehen, dass diese Sonderstellung mit ihren historisch gewachsenen eigenen Strukturen und der Abkoppelung vom dualen Ausbildungssystem und der Berufspädagogik auch Auswirkungen auf curriculare Entwicklungen in der Pflegeausbildung hat. Zusammen mit der Entwicklung zur weitergehenden Professionalisierung der Pflegeberufe und weiteren Einflussfaktoren hat diese Situation zu einer Vielfalt

von *Modellprojekten* unterschiedlicher Arten geführt, die die Ausbildungsrealität der beruflichen Pflegeausbildung in nennenswertem Umfang prägen.

Daher wurden weitere ausgewählte Curricula und spezielle fachdidaktische Entwicklungen mit Relevanz für das Thema EPH in der Analyse der Ausbildungsgrundlagen berücksichtigt. Hinsichtlich der Bundesländervorgaben wurde ermittelt, vor welchem Hintergrund diese entstanden sind und welche Unterschiede zwischen den Bundesländern und in der GKP bzw. Altenpflege generell und bezüglich EPH vorliegen.

Die Analyse von Ausbildungsgrundlagen auf Bundes- und Länderebene, die sowohl curriculare als auch strukturelle Ausbildungsgrundlagen festlegen, erfolgte mittels mehrerer Raster zu den Bereichen EPH-relevante Ziele und Inhalte, Rahmenbedingungen der praktischen Ausbildung und Ausbildungsstrukturen sowie Entstehungshintergrund der jeweiligen Ländervorgaben (siehe Anhang, Kapitel 8.2). Das gleiche Raster wurde hinsichtlich der curricularen Aspekte auch für die Analyse der ausgewählten Curricula verwendet.

Die Dokumentenrecherche zu den curricularen Ausbildungsgrundlagen erfolgte über das Internet auf Basis einer Stichwortsuche (*Stichworte*: Pflegeausbildung, Pflege-Curriculum, Rahmenlehrplan, Lehrplan Pflegeausbildung, Ausbildungsrichtlinien, praktische Pflegeausbildung, Ausbildungsrahmenplan, integrierte/generalisierte Pflegeausbildung, Modellprojekte Pflegeausbildung, Pflegedidaktik). Ergänzend waren z. T. gezielte Nachfragen in einzelnen Ministerien zu entsprechenden Vorgaben/ Richtlinien notwendig.

Zusammenfassend dient die Dokumentenanalyse der curricularen Evaluation und Aufdeckung möglicher für das Thema relevanter Stärken und Schwächen der theoretischen und praktischen Ausbildung in der Pflege sowie der bekanntesten Pflegelehr- und Fachbücher. Nach einer Bündelung der verschiedenen Dokumente wurden mithilfe folgender Kategorien ausgewählte Aspekte identifiziert sowie relevante Aussagen extrahiert: (1) Ausbildungsziele und -inhalte sowie (2) Regelungen zu Ausbildungsstrukturen und (3) EPH-relevante Aussagen in weiteren curricularen Grundlagen (4) ergonomische Aspekte in Lehr- und Fachbüchern sowie (5) Anknüpfungspunkte für EPH an fachdidaktische Entwicklungen.

Dokumentenanalyse: Pflegelehr- und Fachbücher

Die Suche der zu analysierenden Pflegelehr- und Fachbücher erfolgte in Form einer Internetrecherche mittels eines quantitativen Kriteriums der Nutzungshäufigkeit und Verfügbarkeit innerhalb der verschiedenen Pflegeausbildungen sowie mithilfe aktueller Fachbuchkataloge. Für die Analysen von Lehrbüchern und – exemplarisch – auf die praktische Ausbildung zugeschnittene "Praxisleitfäden"⁷ wurden folgende Materialien herangezogen:

⁷ Praxisleitfäden sind Veröffentlichungen, die sich auf das Erlernen der Anwendung von Pflege-techniken in der Praxis und damit ausdrücklich auf die Ausbildung beziehen.

Standardlehrbücher der GKP

- "In guten Händen" [Oelke 2007,2008, 2010],
- "Thiemes Pflege" [Schewior- Popp et al. 2012] und
- "Pflege heute" [Menche et al. 2012].

Lehrbuch für die AP (exemplarisch)

- "Altenpflege" [Köter 2011].

Praxisleitfäden

- "Klinikleitfaden Pflege" [Brandt 2010],
- "Pflegetechniken heute" [Brandt 2012],
- "Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege" [Steigele 2012].

Aus einer überschaubaren Anzahl von Fachbüchern zum Themenbereich EPH wurden exemplarisch drei Veröffentlichungen ausgewählt: (1) *Kinästhetik*, (2) *Bobath* und (3) *Aktivitas Pflege®*. Ergänzend wurden drei Bücher zum rückengerechten/ rüchenschonendem/ergonomischen Arbeiten sowie eine Veröffentlichung zum Pflege- bzw. Mobilitätsassessment von Patienten mit in die Analyse einbezogen.

Veröffentlichungen zu Bewegungskonzepten (zwei von fünf nur punktuell)

- Kinästhetik: "Praxisbuch Kinästhetics" [Asmussen 2010],
- Kinästhetik "Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen" [Citron (2004)],
- Bobath: "Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath- Konzept [Urbas 2005],
- Bobath: "Bobath-Konzept in der Pflege" Dammhäuser [2012],
- Aktivitas Pflege®: "Die Pflege von Schlaganfallbetroffenen" Beckmann [2000].

Fachbücher zum rückengerechten/ rüchenschonendem/ergonomischen Arbeiten

- "Rüchenschonende Pflege – Arbeitstechniken bei verschiedenen Krankheitsbildern" [Wewerka 2007],
- "Rüchengerechtes Arbeiten in der Pflege" [Amman 2007],
- "Rüchengerechter Patiententransfer in der Kranken- und" [Soyka 2000].

Die in den *Lehrbüchern* relevanten Kapitel bzw. Abschnitte wurden eingegrenzt auf

- a. die Bereiche Bewegung/ Mobilität, Lagerung und Bewegungsunterstützung,
- b. Kinästhetik- und Bobath- Konzept,
- c. Pflege bei neurologischen Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungssystems, sowie
- d. Gesundheitsförderung und Bewältigung berufsbezogener Belastungen.

Mit Hilfe eines Rasters (siehe Anhang, Kapitel 8.3) wurde analysiert, ob und in welchem Kontext eine Bearbeitung physischer Belastungen allgemein und speziell hinsichtlich des Themenfelds Patientenhandling erfolgt.

Die Analyse in *Fachbüchern* richtete sich darauf, ob körperliche Belastungsfaktoren und Selbstschutz beim Patientenhandling Erwähnung finden und unter welchen der folgenden Gesichtspunkte eine Thematisierung erfolgt:

- Hinweise für eine ergonomische Zielsetzung (Senkung des Krafteinsatzes, Senkung der Rückenbelastung) bei der Bearbeitung des Themas Patientenhandling;
- Formulierung von Grundsätzen und Prinzipien der Entlastung bzw. des rückengerechten Arbeitens;
- Patientenassessment bzw. Bewegungsanalyse als Grundlage für die auf realistische Ressourcen- und Risikoeinschätzung bezogene Handlungsplanung;
- Umgang mit Belastungsgrenzen und Hinweise zur Verwendung von Hilfsmitteln.

Patientenassessments

Mit der Analyse des Grundlagenwerks zu Assessmentmethoden von Reuschenbach & Mahler [2011] und des Kapitels Einschätzung der Mobilität von Patienten von Bohl war das Ziel verbunden, den Ist- Stand entsprechender Instrumente und deren Eignung für die pflegerische Handlungsplanung (Einschätzung von Patientenressourcen und möglicher Risiken) zu ermitteln

2.2.1 Ergebnisse: Normative Ausbildungsgrundlagen und Ausbildungsstrukturen

Berufsgesetze

In den Berufsgesetzen der Pflege werden die Grundlagen der Berufszulassung zu einem Heilberuf geregelt. Sie befinden sich in unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen:

- das *Altenpflegegesetz* befindet sich im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ);
- für das *Krankenpflegegesetz* gilt dies im Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Neben der Formulierung allgemeiner Ausbildungsziele und der beruflichen Aufgabenbereiche sind in den Berufsgesetzen Aspekte zu den besonderen Ausbildungsstrukturen der Pflegeberufe verankert. Außerdem wird die Gesamtdauer der Ausbildung auf mindestens 4.600 Stunden festgelegt. Für den Erlass der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wird die Stundenverteilung mit einem überwiegenden Stundenumfang für die praktische Ausbildung (2.500 Stunden) bestimmt. Diese besonderen Merkmale einer schwerpunktmäßig betrieblichen Ausbildung sind in beiden Gesetzen einheitlich festgelegt.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen werden von dem jeweils zuständigen Bundesministerium (BMFSJ, BMG) im Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesministerium, sowie mit dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) auf der Basis der Berufsgesetze erlassen. Sie regeln die Ausbildungsgegenstände und weitere Aspekte der Ausbildungsorganisation sowie der Ausbildungsstrukturen:

- *Altenpflegeausbildung*: Hier wird in der *Anlage 1 zu §1* (Gliederung der Ausbildung) eine Aufteilung in vier Lernbereiche vorgenommen, die wiederum in 14 "Lernfelder" unterteilt sind. Die Gesamtstunden für den theoretischen und praktischen Unterricht sind auf die verschiedenen Lernfelder aufgeteilt. Zusätzlich stehen 200 Stunden zur freien Verfügung.
- *GKP- Ausbildung*: Hier wird in der *Anlage 1 zu §1* (Gliederung der Ausbildung) die Stundenaufteilung auf verschiedene pflegerelevante Wissensgebiete (Bezugswissenschaften im Einzelnen nicht ausgeführt) für den Unterricht und auf verschiedene Versorgungsgebiete für die praktische Ausbildung festgelegt. Für den theoretischen und praktischen Unterricht werden weiterhin 12 Themenbereiche mit jeweils allgemeinen übergeordneten Ausbildungszielen vorgegeben, hierzu aber keine Stundenaufteilung vorgenommen.

Ausführungen zur praktischen Ausbildung

Die Ausführungen zur praktischen Ausbildung in Abschnitt 1, §2 sind in beiden Berufsgesetzen allgemein gehalten. Sie soll "*Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln, die zur Erreichung des Ausbildungsziels*" erforderlich sind. Weiter ist "*Gelegenheit zu geben, die im Unterricht erworbenen Kenntnisse zu vertiefen und zu lernen, sie bei der späteren beruflichen Tätigkeit anzuwenden*".

In §2 wird in beiden Berufsgesetzen die Aufgabe der PraxisanleiterInnen festgelegt. Diese soll "*die Schülerin oder den Schüler schrittweise an die eigenständige Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben heranzuführen (...)*" Dazu werden in Anlage 1, §1 ausschließlich im Altenpflegegesetz weitere Ausführungen gemacht.

Curriculare Ausführungen werden nicht gemacht. Im Altenpflegegesetz wird dazu allerdings auf einen fünfstufigen Lernprozess (vom Kennenlernen bis zum selbstständigen Planen, Durchführen und Reflektieren beruflicher Aufgabenbereiche) hingewiesen.

2.2.2 Regelungen in Berufsgesetzen/Ausbildungs- und PrüfungsVO zu Ausbildungsstrukturen

Als Besonderheit der Pflegeausbildung wurde in beiden Gesetzen die Übernahme der Gesamtverantwortung für die Ausbildung *durch die Schule* verankert (jeweils Abschnitt 2, §4), wobei für die Altenpflegeausbildung auch eine andere Regelungsmöglichkeit durch ein Landesrecht ermöglicht wird. Diese Verantwortung der Schule für die Ausbildung soll sich beziehen auf

- inhaltliche und organisatorische Aspekte der Abstimmung zwischen theoretischer und praktischer Ausbildung, sowie
- die Unterstützung der praktischen Ausbildung durch eine Praxisbegleitung von SchülerInnen durch Lehrkräfte.

Die praktische Ausbildung soll in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen im Rahmen der pflegerischen Aufgabenbereiche je nach Pflegeberuf durchgeführt werden.

Praxisanleitung und Praxisbegleitung

Die Sicherstellung der Praxisanleitung am Praxislernort gehört wiederum in den Verantwortungsbereich der ausbildenden Einrichtungen. In beiden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen (§2) werden Ausführungen zur *Praxisanleitung* durch geeignete Fachkräfte ("PraxisanleiterInnen") und *Praxisbegleitung* durch die schulischen Lehrkräfte gemacht. Voraussetzung ist eine zweijährige Berufserfahrung und Qualifikation durch eine berufspädagogische Fortbildung.

Fortbildungsumfang: Dieser ist nur für die GKP- Ausbildung konkretisiert (200 Stunden). Für die Altenpflege existieren nur Empfehlungen des BMFSJ, die sich dieser Mindestregelung anschließen [BMFSJ 2006], allerdings können die Bundesländer auch eigene Vorgaben machen. (Der Sachstand hierzu wurde im Rahmen dieser Untersuchung nicht erfasst).

Durchführungsumfang: Die Ausführungen zur Praxisbegleitung durch die Lehrkräfte der Schule enthalten nur für die GKP- Ausbildung ausdrücklich, dass diese "*durch regelmäßige persönliche Anwesenheit in den Einrichtungen*" gewährleistet werden muss. Dafür ist es in der Altenpflege die Aufgabe der Praxisanleitung "*den Kontakt mit der Altenpflegeschule zu halten*". Die Lehrkräfte der Schule haben jedoch in beiden Ausbildungsgängen die Aufgabe, die SchülerInnen in den Einrichtungen zu betreuen und die für die Praxisanleitung zuständigen Fachkräfte zu beraten. Zur Sicherstellung einer geplanten praktischen Ausbildung ist für die Altenpflegeausbildung die Erstellung eines betrieblichen Ausbildungsplans festgelegt.

Anknüpfungspunkte für EPH- Inhalte und Kompetenzen in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen

Altenpflegeausbildung: Hier ist im Lernbereich 4 ("Altenpflege als Beruf") das Lernfeld 4.4 "Die eigene Gesundheit erhalten und fördern" verankert. Folgende Ausbildungsinhalte werden dazu aufgeführt:

- persönliche Gesundheitsförderung;
- Arbeitsschutz;
- Stressprävention und -bewältigung;
- kollegiale Beratung und Supervision.

Konkrete EPH- Inhalte könnten grundsätzlich im Lernfeld 4.4 (Umfang 60 Stunden) verortet werden; die Prävention physischer Belastungen findet jedoch konkret keine Erwähnung.

GKP- Ausbildung: EPH könnte im Themenbereich 10 "Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen" verortet werden; die Prävention physischer Belastungen wird auch für die GKP-Ausbildung nicht konkret benannt. Das Ausbildungsziel "Zur eigenen Gesundheitsvorsorge beitragen" eröffnet hierfür aber eine Bearbeitungsmöglichkeit.. Es sind keine übergeordneten Bezugspunkte zu Inhalten verankert; Zeitwerte werden in der GKP- Ausbildung generell nicht festgelegt.

2.3 Ausgestaltung der Pflegeausbildung/ Curriculumentwicklung

Die Ausführung der Berufsgesetze sowie der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen – und damit die bildungs- bzw. berufsbildungspolitische Ausgestaltung der Ausbildung – unterliegt den Bundesländern.

Zu regeln sind die Ausführungen (im Rahmen des Landesrechts, ggf. auch des Schulrechts) durch Behörden, die von der Landesregierung bestimmt werden. Dies gilt insbesondere

- für curriculare Vorgaben in Form von Rahmenlehrplänen bzw. Richtlinien, aber auch
- für Ausbildungsrahmenpläne bzw. Vorgaben für die praktische Ausbildung.

Situation der Finanzierung von Pflegeausbildung und ihre Auswirkungen

Die Sonderstellung der Pflegeausbildung beinhaltet, dass eine Integration in das *Schulrecht* nicht in allen Bundesländern vorliegt. Dies hat auch Auswirkungen auf die Finanzierungssituation der schulischen Berufsausbildung. Hinzu kommt, dass auch in Bundesländern, in denen die Pflegeausbildung im Rahmen des Schulrechts erfolgt, ein nicht unerheblicher Teil von PflegegeschülerInnen in nicht- öffentlichen Schulen (den so genannten Schulen des Gesundheitswesens oder anderen Schulformen) ausgebildet wird.

Die Finanzierung nicht- öffentlicher Schulen erfolgt zwar mittels öffentlicher Gelder, aber meist zu ungünstigeren finanziellen Bedingungen als die öffentlicher Schulen. Auch die Fi-

finanzierung der *praktischen Ausbildung* ist sehr uneinheitlich geregelt – und dies sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen der GKP und der Altenpflegeausbildung.

Insgesamt ist die Finanzierungssituation sehr unübersichtlich und differenziert. Kennzeichnend ist jedoch, dass ein großer Teil – auch der schulischen Ausbildung – über Kranken- und Pflegekassenbeiträge finanziert wird. Insbesondere in der Altenpflege ist hierdurch die Ausbildung meist nur unzureichend refinanziert und muss "erwirtschaftet" werden, was die Qualität der Ausbildungsbedingungen limitiert (vergl. Steffen & Löffert [2010]).

Auch die im Vergleich zum Berufsbildungssystem bestehenden Finanzierungslücken sind je nach Bundesland unterschiedlich und können sich sowohl auf die schulische als auch auf die praktische Ausbildung ungünstig auswirken.

Verbindlichkeit von Vorgaben

Darüber hinaus sind die Ausbildungsrichtlinien bzw. Rahmenpläne in vielen Bundesländern nicht verbindlich, sondern stellen oft teilweise oder insgesamt nur Empfehlungen dar. In einigen Bundesländern werden Verbindlichkeiten auch nur für öffentliche Schulen ausgesprochen (Im Rahmen dieser Untersuchung wird dennoch übergreifend der Begriff "*Vorgaben*" verwendet, um zu erfassen, welche Ziele und konkreten Inhalte in der Pflegebildungspolitik angestrebt und formuliert werden).

2.3.1 Zuständigkeiten und Ausbildungsstrukturen in den Bundesländern

Das Kultusministerium ist nur in einigen Bundesländern für die Pflegeausbildungen zuständig und auch nur dann, wenn die Pflegeausbildungen im Schulrecht angesiedelt sind. Dies unterscheidet sich teilweise auch innerhalb eines Bundeslands für die beiden Pflegeausbildungen (siehe Tab. 2.1).

In den anderen Bundesländern liegt die Zuständigkeit für die Ausbildung beim Gesundheits- oder Sozialministerium. Die Ministerien kooperieren zwar im Rahmen ihrer curricularen Aufgaben (Erstellung von Richtlinien, Rahmenplänen etc.) mit den Kultusministerium bzw. einem Lehrplaninstitut oder einer Hochschule; unabhängig davon sind sie als eigentlich fachfremde Behörde für bildungspolitische Entscheidungen verantwortlich. Eine Integration in das Berufsbildungs- und Bildungssystem in Deutschland erscheint bisher wegen finanzieller und rechtlicher Konsequenzen schwierig (vergl. hierzu Steffen & Löffert [2010]).

Tab. 2.1: Rahmen und Vorgaben der Pflegeausbildung in den Bundesländern

Quelle: Steffen & Löffert [2010], Tabellen 1 und 2 (modifiziert)

	Schulrecht		Schulart*	Praxis	Vorgaben (GKP)		Vorgaben (AP)	
	GKP	AP			Schule	Praxis	Schule	Praxis
Baden-Württemberg	---	ja	SdG	BFS	LP, HR	ARP, HR	LP	ARP
Bayern	ja	ja	BFS	BFS	LPR, ST	ST	LPR, ST	ARP, ST
Berlin	---	ja	SdG	BFS	(k.A.)	(k.A.)	HR, ST	---
Brandenburg	---	---	SdG	FSem	RP	RP	RP	RP
Bremen	---	---	SdG	APS	HR	HR	RLP	---
Hamburg	---	ja	SdG	BS	HR	HR	BP	BP
Hessen	---	---	SdG	APS	RLP	---	RLP	RLP
Mecklenburg-Vorpommern	ja	ja	HBFS	HBFS	in BFS-VO	in BFS-VO	in BFS- VO	in BFS- VO
Niedersachsen	---	ja	SdG	BFS	RRL, HR	HR	RRL, ST	---
Nordrhein-Westfalen	---	---	SdG	FSem	AuRL	AuRL	RLP	RLP
Rheinland-Pfalz	---	ja	SdG	FSA	RP, ARP	RP, ARP	LP, RP	LP, RP
Saarland	---	---	SdG	APS	BIBB-Curr	BIBB-Curr	BIBB-Curr	BIBB-Curr
Sachsen	ja	ja	BFS	BFS	LP	LP	LP	LP
Sachsen-Anhalt	---	ja	SdG	BFS	NRW-AuRL	NRW- AuRL	BIBB- Curr	RLP, BIBB- Curr
Schleswig-Holstein	---	---	SdG	APS	HR	HR	RRL	AuP
Thüringen	ja	ja	HBFS	HBFS	LP	LP	LP	LP

Legende: "----" =nein
 APS=Altenpflegeschule
 ARP= Ausbildungsrahmenplan
 AuP= Ausbildungsplan
 AuRL= Ausbildungsrichtlinie
 BFS = Berufsfachschule
 BP= Bildungsplan
 BS= Berufsschule
 Curr= Curriculum
 FSA=Fachschulen für Altenpflege
 FSem= Fachseminar
 HBFS = Höhere Berufsfachschule
 HR= Handreichung
 k.A.= keine Angabe
 LP= Lehrplan
 LPR=Lehrplanrichtlinien
 RL= Richtlinie
 RP= Rahmenplan
 RRL= Rahmenrichtlinie
 SdG = Schule des Gesundheitswesens
 ST= Stundentafel
 VO= Verordnung

Quellen der Entstehung curricularer Vorgaben in den Bundesländern

Durch die relative Loslösung von den Strukturen des Berufsbildungs- und Bildungssystems entstanden curriculare Ländervorgaben auf unterschiedlicher Basis, und zwar jeweils teilweise:

- indem sie in einer Lehrplankommission erarbeitet wurden, die mit deutlich unterschiedlichen Akteuren je nach Bundesland besetzt waren (z. B. VertreterInnen von Behörden, Ministerien, Arbeitgeberverbänden, öffentlichen und privaten Pflegeschulen, Gesundheitsämtern, Arbeitsschutzämtern, Hochschulen);
- in Kooperation mit Instituten für Lehrplanentwicklung aus dem Bereich der Kultusministerien;
- als Auftragsarbeit an eine/n HochschullehrerIn/ExpertIn aus dem Bereich der Pflegepädagogik oder
- ohne im Dokument ausgewiesenen Entstehungshintergrund.

Die Unterschiede in der Entstehung finden eine Entsprechung im sehr unterschiedlichen *Charakter* und auch in der unterschiedlichen *Benennung* von curricularen Ländervorgaben. So gibt es für den theoretischen und praktischen Unterricht:

- Lehrplanrichtlinien,
- Rahmenpläne oder Rahmenlehrpläne,
- Lehrpläne,
- Bildungspläne,
- Ausbildungsrichtlinien,
- Handbücher und Handreichungen,
- Rahmenrichtlinien für die theoretische Ausbildung oder
- Rahmenpläne für den Unterricht und die praktische Ausbildung.

Darüber hinaus existieren in der GKP in sechs Bundesländern keine einheitlichen curricularen Vorgaben (in zwei jedoch wird sich an die Vorgaben in Nordrhein-Westfalen angelehnt).

Das gleiche gilt für Vorgaben zu *Zielen und Inhalten für die praktische Ausbildung*. Hier gibt es, falls diese überhaupt vorliegen:

- Ausbildungsrahmenpläne (beeinflusst von den Standards der dualen Berufsausbildung, aber nicht mit allen an der Ausbildung Beteiligten konsentiert, wie in der dualen Berufsausbildung üblich)⁸, Rahmenpläne für die praktische Ausbildung, oder

⁸ Im dualen Ausbildungssystem gibt es hinsichtlich der Ausbildungsrahmenpläne umfangreiche Konsensprozesse zwischen Sozialpartnern und der für die schulische Ausbildung zuständigen Kultusmini-

- Vorgaben zur Gestaltung der praktischen Ausbildung ohne curriculare Bezüge (z.B. zur Verteilung der Praxiseinsätze in verschiedenen Versorgungsbereichen und Fachgebieten, verbunden mit genaueren Ausführungen).

Vorgaben zur *Lernortkooperation*⁹ zwischen Pflegeschulen und ausbildender Einrichtung werden in diesen Dokumenten nur in sehr wenigen Bundesländern konkretisiert. Dies gilt sowohl für die organisatorische als auch inhaltsbezogene Sicherstellung der praktischen Ausbildung. Zu folgenden Punkten werden in wenigen Bundesländern Vorgaben gemacht:

- Ebenen der Zusammenarbeit zwischen Schule und Ausbildungseinrichtung (mit und ohne Bereitstellung von entsprechenden zusätzliche Arbeitshilfen) sowie Definition organisatorischer Notwendigkeiten (z.B. Freistellung von PraxisanleiterInnen für die Teilnahme an Arbeitsgruppen)¹⁰,
- Umfang von Praxisan- und Praxisbegleitung unter Bezugnahme auf Empfehlung der Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) [2006]¹¹, Hinweise auf die Notwendigkeit, Ausbildungsinhalte im Sinne des Praxistransfers für jeden Praxiseinsatz zu konkretisieren¹² (Entwicklung und Bearbeitung von Lernaufgaben) bzw. konkrete Vorschläge, wie theoretische und praktische Ausbildung methodisch verknüpft werden kann.

sterien und dem BIBB als "Moderator". Sie sollen die Kongruenz zum bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan als Mindestgrundlage für die schulische Ausbildung sicherstellen.

⁹ Eine berufspädagogische Begriffsdefinition findet sich im Bildungsplan Altenpflegerin/ Altenpflege. Freie und Hansestadt Hamburg [2006], S. 11

¹⁰ Altenpflege: Hamburg (Definition von verantwortlichen Ebenen der Lernortkooperation), Saarland (umfangreiche zusätzliche Arbeitshilfen mit Ausführungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung und zur Lernortkooperation), NRW (Hinweise zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Hinweis auf die Notwendigkeit der Freistellung für Arbeitsgruppensitzungen). GKP: Saarland (umfangreiche zusätzliche Arbeitshilfen mit Ausführungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung und zur Lernortkooperation).

¹¹ Die Empfehlungen im Positionspapier der DKG zur Praxisanleitung und -begleitung in der GKP-Ausbildung a) für Praxisanleitung (10% der Anwesenheitszeit am Praxislernort, d.h. 250 Stunden in der gesamten Ausbildung, d.h. ca. vier Std. je Woche) und b) für Praxisbegleitung (0,5 Std je Woche, d.h. 10-12 Stunden im Jahr) wurden für die Praxisanleitung nur von zwei Bundesländern explizit in die Rahmenpläne etc. aufgenommen.
Ansonsten finden sich für die GKP: Thüringen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg (nur zwei Stunden Praxisanleitung je Woche);
für die Altenpflege: in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, NRW, Baden- Württemberg werden Angaben dazu gemacht, jedoch mit deutlich weniger Stunden (0,5- 3 Std je Woche) als in der DKG-Empfehlung. Allein in Brandenburg bestehen für die GKP konkrete Vorgaben für die Praxisbegleitung, die den Empfehlungen entsprechen. In allen anderen Rahmenplänen etc. werden dazu keine Angaben gemacht.

¹² Altenpflege: NRW (Notwendigkeit von Lernaufgaben), Mecklenburg- Vorpommern (angelehnt an NRW), Berlin (angelehnt an NRW), Baden- Württemberg (Formulierung von konkreten Lernaufgaben, Hessen (Formulierung von Lernaufgaben).

Zusammenfassend sind die Grundlagen zur Pflegeausbildung unübersichtlich – dies insbesondere bezüglich der praktischen Ausbildung. Es ist nicht auszuschließen, dass es in einigen Bundesländern weitere Dokumente gibt, die im Zuge der Recherchen für dieses Projekt nicht identifiziert wurden (z.B. Regelungen zur Lernortkooperation oder zum Umfang von Praxisanleitung und Praxisbegleitung in Vorschriften, die sich aus dem allgemeinen Schulrecht ergeben bzw. Verfahrensanweisungen oder Empfehlungen etc.).

2.3.2 Inhalt und Form curricularer Vorgaben der Bundesländer

Vor dem beschriebenen Hintergrund fallen die Ländervorgaben inhaltlich und formal sehr unterschiedlich aus. So haben sie für die GKP-Ausbildung einen Umfang zwischen 51 und 189 Seiten, in der Altenpflege zwischen 16 und 126 Seiten.

Die zugrunde liegenden berufs- oder pflegepädagogischen *Konzepte* sowie das Curriculumverständnis und die sich daraus ergebenden Aufgaben der Schule werden in einigen Vorgaben sehr ausführlich beschrieben. Anderenorts finden sie wiederum keine Erwähnung oder sind sehr knapp gehalten.

Einige Ländervorgaben wurden durch *Handreichungen* oder *Arbeitshilfen* ergänzt. Dazu kommen in einigen Ländern für die Altenpflege gesonderte Dokumente zur curricularen Gestaltung der praktischen Ausbildung (Ausbildungsrahmenpläne etc.)¹³, während sechs Bundesländer in der Altenpflege und vier Länder in der GKP über in unterschiedlichen Formen integrierte Versionen von konkreten curricularen Vorgaben für die praktische Ausbildung in den Rahmenplänen etc. verfügen (eine detaillierte Übersicht zu relevanten und explizit erwähnten Stichworten im Zusammenhang mit EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Bundesländer befindet sich im Anhang, Kapitel 8.4).

Insgesamt wurden für die Erwähnung der drei Aspekte

1. konkrete Vorgaben zum PatHand durch das Bundesland für die theoretische Ausbildung,
2. konkrete Vorgaben in den Richtlinien der Bundesländer speziell zur Ergonomie in der praktischen Ausbildung und
3. konkrete Vorgaben von Bundesländern zu Lernortkooperationen und/ oder deren Rahmenbedingungen

in den Rahmenplänen etc. der verschiedenen Bundesländer eine deutlich heterogene Verteilung gefunden (Tab. 2.2). Auf den ersten Blick ersichtlich ist die deutlich formalisiertere Situation in der Altenpflege gegenüber der GKP.

GKP: Rheinland- Pfalz (Beschreibung von Lernaufgaben hinsichtlich eines gegliederten Kompetenzerwerbs in der Praxis).

¹³ Bayern, Hamburg, Baden- Württemberg, NRW, Saarland, Sachsen

Tab. 2.2: Vorgaben der Bundesländer zu *Ergonomischem Patientenhandling* in der theoretischen und praktischen Pflegeausbildung (eigene Zusammenstellung)

Bundesland (alphabetisch)	1. Konkrete Vorgaben zum PatHand durch das Bundesland für die theoretische Ausbildung		2. Verankerung <i>konkreter</i> Vorgaben in den Richtlinien der Bundesländer <i>speziell</i> zur Ergonomie in der praktischen Ausbildung		3. Konkrete Vorgaben von Bundesländern zu Lernortkooperationen und/oder deren Rahmenbedingungen ⁽¹⁾	
	GKP	AP	GKP	AP	GKP	AP
Baden-Württemberg		*		*		*
Bayern				*		
Berlin		*				
Brandenburg	*	*	*	**	*	*
Bremen		*				
Hessen	*	*		**		*
Hamburg		*		*		*
Mecklenburg-Vorp.	*	*			*	*
Niedersachsen						
NRW	*	*		*	*	*
Saarland			*	*	*	*
Rheinland-Pfalz	*	*	*	**	*	
Sachsen	*	*	*	**		
Sachsen-Anhalt		*		*		
Schleswig-Holstein				*		
Thüringen	*	*		**	*	

Legende:

Abkürzungen: GKP= Gesundheits- und Kranken-, AP= Altenpflege

* Aspekt vorhanden

** in den Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen und Brandenburg bestehen für die AP zwar (in den Rahmenlehrplan integrierte) Richtlinien der Bundesländer zur praktischen Ausbildung, jedoch ohne explizite Hinweise zu Ergonomischem Patientenhandling

⁽¹⁾ auch konkrete methodische Hinweise zu Lernaufgaben/ Umfang von Praxisanleitung

Große Unterschiede bestehen z. B. auch in unterschiedlich konkret ausgearbeiteten Zielen und Inhalten. Nur in einigen Ländern wird auf inhaltliche Verknüpfungen bezüglich der in der Praxis relevanten Handlungszusammenhänge hingewiesen, was insbesondere für die Verknüpfung von fachlichen Themen mit der berufsbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung von Bedeutung sein kann.

Die Unterschiedlichkeit der Vorgaben findet ebenfalls Niederschlag im Themenbereich Patientenhandling und Selbstschutz. Dort, wo Konkretisierungen zu Inhalten und Zielen gemacht werden, folgen diese einer unterschiedlichen Gesamtsystematik und sind wiederum unterschiedlich in den Lernfeldern bzw. Themenbereichen verortet.

Altenpflegeausbildung: Inhalte und Kompetenzen hinsichtlich berufsbezogener Prävention und EPH

Schulische Ausbildung: In den 16 existierenden Ländervorgaben sind folgende Patientenhandling- Inhalte explizit genannt:

- die Bewegungskonzepte (Kinästhetik 13 mal und Bobath 11 mal); ¹⁴
- der Aspekt Patientenassessment/ individuelle Bewegungsplanung/ Fallbearbeitung (9x).

Die Bearbeitung des Themas Patientenhandling ist in vielen Ländern konkret unter fachlichen Aspekten in den Ausbildungsgrundlagen der Altenpflege verankert.

Im Kontext beruflicher Belastungen und ergonomischer Bezugspunkte finden folgende Inhalte explizit Erwähnung:

- physische Belastungen (4 mal), übergreifend berufstypische Belastungen und Berufserkrankungen (13 mal);
- Arbeitsschutz (15x) und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF; 9 mal), sich mit entsprechenden betrieblichen Maßnahmen auseinandersetzen und diese anwenden, Gesundheitsrisiken kennen und reflektieren und eigene Strategien entwickeln (9 mal), dabei auch Maßnahmen einfordern lernen (1 mal), Teamstrategien entwickeln (1 mal);
- konkrete Pflegeinterventionen, d.h. Betten des Patienten, Lagerung/Positionierung, Transfer, Mobilisation, Unterstützung bei der Fortbewegung (8 mal), bei denen explizit auf das Lernfeld 4.4 oder auf rückengerechte/ rückschonende Arbeitsweisen hingewiesen wird (6 mal), dabei einmal auch auf das Thema Zielkonflikt.
- In 10 Ländern fallen in diesem Zusammenhang Stichworte wie Sicherheit/ Ergonomie am Arbeitsplatz/ ergonomische Prinzipien und es wird auch der Hilfsmiteinsatz zur Entlastung (7 mal) sowie Kinästhetik (6 mal) unter Entlastungsgesichtspunkten explizit angesprochen. Darüber hinaus wird der Hilfsmiteinsatz 3 mal unter Verweis auf adäquaten, sachgemäßen und gezielten Einsatz hervorgehoben, allerdings diesbezüglich nicht konkretisiert.

Praktische Ausbildung: Einige der insgesamt 12 (teilweise im Rahmenplan integrierten) Ländervorgaben sind durch das Curriculum des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) ¹⁵ für die praktische Altenpflegeausbildung zu ergonomischen Zielstellungen mitgeprägt (7 mal) ¹⁶. Entsprechende Formulierungen für diesen Bereich wurden übernommen oder etwas modifiziert. Insgesamt wurden darüber hinaus ergonomische Lerninhalte zum Patientenhandling in drei weiteren praktischen Ausbildungsvorgaben ¹⁷ in integrierten Rahmenplänen/Richtlinien

¹⁴ bezieht sich jeweils auf Anzahl der Bundesländer

¹⁵ Becker [2002]

¹⁶ Saarland, Bayern, Schleswig- Holstein, Sachsen- Anhalt, Hamburg, NRW, Baden- Württemberg

¹⁷ NRW, Baden- Württemberg, Hessen

verankert. Dies findet sich in Form methodischer Hinweise (z.B. Verweis auf die Notwendigkeit der Entwicklung von Lernaufgaben für den Lernort Praxis).

Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung: Inhalte und Kompetenzen hinsichtlich berufsbezogener Prävention und EPH

In den 12 vorhandenen Ländervorgaben zur GKP- Ausbildung¹⁸ sind auch hier folgende Patientenhandling- Inhalte explizit genannt:

- Bewegungskonzepte (Kinästhetik 10 mal, Bobath 10 mal);
- der Aspekt Patientenassessment/ individuelle Bewegungsplanung/ Fallbearbeitung (explizit 8 mal).

Die Bearbeitung des Themas Patientenhandling hat sich in der GKP über die Integration der genannten Bewegungskonzepte in allen vorhandenen Ländervorgaben niedergeschlagen.

Im Kontext beruflicher Belastungen und ergonomischer Bezugspunkte finden folgende Inhalte explizit Erwähnung:

- physische Belastungen (6 mal, davon 3 mal nur exemplarisch erwähnt), übergreifend berufstypische Belastungen und Berufserkrankungen (9 mal);
- Arbeitsschutz und/ oder BGF (9x), Instrumente betrieblicher Gesundheitsförderung (1 mal), sich mit betrieblichen Maßnahmen/ Praxisbeispielen/ Gesundheitsförderungsprogrammen auseinandersetzen (4 mal), Gesundheitsrisiken/ Zeichen der Überlastung erkennen (3 mal); eigene Strategien (9 mal) entwickeln, selbst in Sachen Arbeitsschutz aktiv werden (1x);
- verhaltenspräventive Bewegungsinhalte im Vordergrund (8 mal);
- konkrete Pflegeinterventionen, z.B. Betten von Patienten, Lagerung/Positionierung, Transfer, Mobilisation, Unterstützung bei der Fortbewegung, bei denen explizit auf Kinästhetik bzw. kinästhetische Grundprinzipien hingewiesen wird (3 mal);
- rückengerechte/ rückschonende Arbeitsweisen (4 mal);
- Behandlung des physikalischen Aspekts von Bewegung/ Hebelgesetzen beim Heben etc. (6 mal).
- Die Stichworte Sicherheit/ Ergonomie am Arbeitsplatz/ ergonomische Prinzipien finden sich hier nur einmal; der Hilfsmitelesatz zur Entlastung wird explizit nur 3 mal angesprochen.

In den drei Ländern mit curricularen Ausführungen zur praktischen Ausbildung¹⁹ finden sich in Sachsen und in Brandenburg ansatzweise Hinweise zu ergonomischen Inhalten und Zielen

¹⁸ In Berlin und Mecklenburg- Vorpommern werden die NRW- Ausbildungsrichtlinien angewendet; in Schleswig-Holstein, Hamburg, Berlin und Bremen bestehen keine Ländervorgaben.

len. Im Saarland ist nicht sicher, ob der BIBB- Ausbildungsrahmenplan noch angewendet wird. Darüber hinaus werden in Rheinland-Pfalz explizite Ausführungen gemacht, wie der Kompetenzerwerb zu Bewegungsinterventionen am Praxislernort schrittweise erfolgen kann. In den anderen Vorgaben der Bundesländer wird ansonsten, wenn überhaupt, lediglich allgemein auf eine enge Abstimmung beim Theorie- Praxistransfer verwiesen, auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten.

Zusammenfassend sind Unterschiede für die beiden Ausbildungsgänge in der Pflege festzuhalten. So sind Inhalte zum Patientenhandling in den Ausbildungsgrundlagen der *Altenpflege* in den meisten Ländern konkret verankert und in verschiedenen Lernfeldern platziert bzw. verknüpft. Dabei wird meist ein Bezug zur Ergonomie hergestellt und rückschonendes/ rückengerechtes Arbeiten und entsprechende Prinzipien als Ergänzung zu den Bewegungskonzepten thematisiert. Folglich kann von einer querschnittmäßigen Verankerung des Themas in 12 Ländern gesprochen werden, bei der auch verhältnispräventive Aspekte (u.a. Hilfsmiteleininsatz) einbezogen werden.

In der *Gesundheits- und Krankenpflege* ist dagegen das Handlungsfeld Patientenhandling in Rahmenplänen/ Richtlinien in fast allen Bundesländern vorwiegend unter Bezugnahme auf die Bewegungskonzepte Bobath und Kinästhetik verankert. Es wird dabei meist weder ausdrücklich Bezug auf Ergonomie genommen noch eine Verknüpfung mit dem Themenfeld 10 (Lernen berufliche Anforderungen zu bewältigen, zur eigenen Gesundheitsvorsorge beitragen) hergestellt.

Eine querschnittmäßige Verankerung, in die ergonomische Aspekte (z. B. ein Hilfsmiteleininsatz zur körperlichen Entlastung) einbezogen werden, ist nur in drei Rahmenplänen/Richtlinien der Länder gegeben. Das Kinästhetik- Konzept scheint in der GKP ein umfassendes Konzept zu ergonomischen/ rückengerechten Arbeitsweisen weitgehend zu ersetzen bzw. damit gleichgesetzt zu werden. EPH-bezogene Handlungsstrategien außerhalb der Anwendung von Bewegungskonzepten finden selten Erwähnung.

Im Themenfeld 10 der GKP-Ausbildung stehen die persönliche Verhaltensprävention und Salutogenese im Vordergrund – mit deutlichem Schwerpunkt bei psychischen Belastungen – Inhalte, Beispiele und methodische Hinweise beziehen sich fast ausschließlich darauf.

Insgesamt sind zwar in beiden Pflegeausbildungen die Themen des Arbeitsschutzes auf übergeordneter Ebene thematisch weitgehend flächendeckend verankert. Ob und in welchem Umfang in diesem Zusammenhang auch physische Belastungen und ergonomische Bewältigungsstrategien Eingang finden, bleibt jedoch offen, da dies nicht in allen Landesvorgaben konkretisiert ist.

¹⁹. Sachsen, Brandenburg, Saarland

2.3.3 Exkurs: Curriculumentwicklungen

Die Ergebnisse der Dokumentenrecherche ergab eine Vielfalt von Curricula zu *Modellprojekten*, die die Entwicklung der Pflegeausbildungen in den letzten Jahren beeinflussten und dabei von den gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen abweichen. Innovative Ausbildungsmodelle mit spezifischen Curricula wurden ausdrücklich durch eine Modellklausel in den Berufsgesetzen (jeweils im §6 der Berufsgesetze) ermöglicht.

Hierdurch ist eine sehr unübersichtliche und uneinheitliche Situation der Ausbildungsgrundlagen entstanden, die eine einheitliche Einschätzung erschwert. Deshalb war es zunächst wichtig, die ermittelten Curricula einzuordnen nach

- ihrer bisherigen Bedeutung für die berufliche Pflegeausbildung sowie
- ihrer Relevanz für die derzeitige Ausbildungsrealität

und anschließend eine Auswahl für die exemplarisch zu betrachtenden Curricula zu treffen.

Neben den berufsgesetzlichen Ausbildungsgrundlagen und Ländervorgaben wurden somit einige Curricula in die Betrachtungen einbezogen, die eine weite Verbreitung gefunden und unter verschiedenen Perspektiven maßgeblich zur Qualitätssicherung der Ausbildung beigetragen haben. Die Bedeutung solcher Curricula in der Pflegeausbildung wurde von Steffen & Löffert [2010] hinsichtlich ihrer Verbreitung in der GKP so eingeschätzt, dass sie von der Hälfte der Pflegeschulen als Basis ihrer schulischen Curricula verwendet werden. Die Auswahl der nachfolgenden vier analysierten Curricula fand vor folgendem Hintergrund statt:

1. *KDA- Curriculum*: Der Erlass des Altenpflegegesetzes stellte PflegelehrerInnen und Ausbildungsbetriebe vor völlig neue Herausforderungen²⁰, die durch umfangreiche Arbeitshilfen im Auftrag des BMFSJ begleitet wurden. Hierzu gehörte das vom Kuratorium Deutsche Altershilfe herausgegebene sogenannte *KDA- Curriculum* [Sowinski & Behr 2002], welches als "AutorInnen- Curriculum" bis heute als grundlegende Orientierung für die Gestaltung der Altenpflegeausbildung gilt. Das *KDA- Curriculum* hatte in vielen Bundesländern Einfluss auf die Entwicklung der Ländervorgaben für die Altenpflegeausbildung und stellt außerdem die verbindliche Landesvorgabe für die Altenpflegeausbildung in Mecklenburg- Vorpommern dar.
2. *BIBB- Curriculum*: Ungefähr zeitgleich wurde vom Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) das sogenannte *BIBB- Curriculum* [BIBB 2002] veröffentlicht. Das Ziel war die weitgehende Integration von Standards der dualen Berufsausbildung in die Altenpflege-

²⁰ Gestaltung eines eigenständigen Beitrags zur Berufsqualifizierung durch praktische Ausbildung anstelle eines angeleiteten Praktikums und Orientierung der schulischen Ausbildung an Lernfeldern. Dies erforderte eine völlige Umgestaltung schulischer Ausbildungskonzepte von konkreten Lernprozessen (vergl. hierzu auch Becker [2002, 2006]). Dabei trifft die Gesamtproblematik der Notwendigkeit einer formalisierten Gestaltung der praktischen Ausbildung auch auf die GKP- Ausbildung zu.

geausbildung. Das Curriculum wurde im Saarland als Landesvorgabe eingeführt und dessen Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung in einigen Bundesländern teilweise oder ganz übernommen. Für die Qualitätssicherung spielte insbesondere das erstmalige Vorliegen einer Konzeption für die praktische Ausbildung in Form eines Ausbildungsrahmenplans eine herausragende Rolle. Das ist von besonderer Relevanz, da EPH Kompetenzen vor allem in der praktischen Ausbildung erworben werden.

3. *Becker- Curriculum*: Nach der erfolgreichen Einführung des BIBB- Curriculums für die Altenpflege wurde darauf aufbauend ein *Modellprojekt zur integrierten Pflegeausbildung* für die Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, erprobt und evaluiert [Becker 2006, 2005]. Dies geschah im Rahmen einer Schulkooperation in Brandenburg mit einem integrativen Curriculum. Bereits zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Krankenpflegegesetzes, in dem sich nur die Integration der Gesundheits- und *Kinderkrankenpflege*ausbildung niedergeschlagen hatte, wurde über eine stärkere Integration von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung nachgedacht . Nach einer mündlichen Auskunft des BIBB im Oktober 2012 ist nicht bekannt, ob und wo diese Form der integrierten Ausbildung weiter eingesetzt wurde.

Aus diesem Modellprojekt heraus entstand auch ein Curriculum für die GKP, welches ebenfalls im Saarland zum Einsatz kam [Becker 2005]. Die *BIBB-Curricula* für die Pflegeausbildung sind sogenannte Lernfeld- Curricula. In ihnen werden Mindestanforderungen an eine Berufsausbildung beschrieben; dabei orientieren sie sich an der Curriculum-Entwicklung im dualen Berufsausbildungssystem. Sie gelten als "offene berufliche Curricula", die durch eine systematische berufspädagogische Konzeption von schulischer und betrieblicher Berufsausbildung geprägt sind.

Im Ausbildungsrahmenplan werden erstmalig auch für die Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildungsziele und -inhalte für die praktische Ausbildung beschrieben. Ausbildungsrahmenpläne sind gestaltungsoffen und beinhalten damit eine Gestaltungsnotwendigkeit durch den Ausbildungsbetrieb auf Basis des definierten Ausbildungsberufsbilds [Becker 2002, 2005]. Die Gestaltung wurde im Saarland und in Brandenburg durch Arbeitsmaterialien für die praktische Ausbildung [Becker 2005, 2006] und nach Auskunft des BIBB im Oktober 2012 durch Fortbildungen für PraxisanleiterInnen und Einrichtungen unterstützt. Nach Auskunft des BIBB ist es zudem allgemeiner Standard, in Ausbildungsrahmenplänen den Erwerb ergonomischer Kompetenzen als Bestandteil des Ausbildungsberufsbilds im Bereich "Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit" festzulegen.

Das Curriculum des BIBB für die Altenpflege stellt bis heute die Grundlage für die Altenpflegeausbildung im Saarland dar.

4. *Oelke- Curriculum*: Ein weiteres Modellprojekt zur Integration von Alten- und Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung von Oelke & Menke [2005], in dem ein gemeinsames Curriculum entwickelt, erprobt, evaluiert und anschließend veröffentlicht wurde, markiert einen wichtigen Schritt zur Entwicklung eines einheitlichen pflegewissenschaftlich definierten Berufsprofils (im Weiteren wird der allgemein übliche Sprachgebrauch "Oelke- Curriculum" verwendet).

Das Curriculum, das inhaltlich auf einem integrierten Berufsprofil mit Differenzierungsphasen für die beiden Ausbildungsgänge aufbaut, kann weitgehend in den getrennten Schulsystemen der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege unterrichtet werden. Es ist so konzipiert, dass es trotz derzeitiger bestehender rechtlicher und finanzieller Unterschiede umsetzbar ist und dennoch vergleichbare Ausbildungsstandards herstellt. Dafür bedarf es nur eines geplanten entsprechenden Lehrkräfteeinsatzes im Rahmen einer Schulkoooperation zwischen beiden Schultypen [Oelke & Menke 2005].

Die AutorInnen entwickelten in ihrem didaktisch ausführlich begründeten Curriculum einen eigenen Bezugsrahmen für die Konstruktion von Lernbereichen und Themenfeldern auf Basis pflegewissenschaftlich relevanter Literatur. Für die Pflegeausbildung wird damit unterstrichen, dass im Vordergrund der Curriculum-Entwicklung eine fachliche Begründung stehen soll; eine ministerielle Ländervorgabe durch Rahmenlehrpläne wird abgelehnt. Das Curriculum unterscheidet sich demzufolge begrifflich bewusst von den curricularen Orientierungen, die den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen zugrunde liegen, ist aber mit diesen kompatibel. Ein wesentlicher Unterschied besteht in der Orientierung an der Leitidee eines "offenen" Curriculums, welches in weiten Teilen auf Erfahrungsorientierung ausgerichtet ist. Auch eine Operationalisierung von Lernzielen wird abgelehnt und eine Orientierung am Konzept der Schlüsselqualifikationen angestrebt.

Oelke und Menke entwickelten eine *systematische Konzeption* zur Trennung von theoretischer und praktischer Ausbildung. Diese ist für EPH-bezogene Lernprozesse von Bedeutung. Bezüglich der *technischen* Dimension pflegerischen Arbeitshandelns wird deutlich gemacht, dass "*bestimmte motorische Fertigkeiten sowie technische Fähigkeiten und Kenntnisse*" nunmehr Gegenstand der praktischen Ausbildung sind, da sie dort auch mehr und besser gefördert werden könnten, als es traditionell der Fall war. Für die theoretische Ausbildung wird damit das Anlernen oder Simulieren praktischer Fertigkeiten, also praktischer Schulunterricht, in dieser Form abgelehnt. Es wird ein Bedarf zur Entwicklung und Evaluation eines Curriculums für die praktische Ausbildung aus der Pflegewissenschaft heraus formuliert. Ein Praxis-Curriculum liegt jedoch bisher noch nicht vor.

Oelke und Menke haben durch diese Positionierungen die weitere Curriculumentwicklung in der Pflege entscheidend geprägt. Das "*Oelke-Curriculum*" und ein zugehöriges, hier ebenfalls untersuchtes dreibändiges Standardpflegelehrbuch für die GKP [Oelke, 2007, 2008, 2010] sind bis heute weit verbreitet wie auch Ergebnisse aus der empirischen Untersuchung an Pflegeschulen im Rahmen des Teilprojekts 3 zeigen (siehe Kapitel 4.5.1.1).

Aus den Analysen ausgeschlossene Curricula

Andere Curricula, bezogen auf *zeitlich später gelegene Modellprojekte* haben zwar eine wichtige Orientierungsfunktion für Entscheidungen hinsichtlich einer innovativen Pflegeausbildung. Nach einer kurzen Sichtung ist jedoch davon auszugehen, dass – angesichts der Breite und zusätzlichen Akzente dieser Projekte – *EPH-Ziele* hier allein unter zeitlichen Gesichtspunkten zunächst im Hintergrund stehen (z. B. bei generalistisch ausgerichteten Ausbildungen, da der Unterrichtsstoff bei weitgehend gleicher Stundenzahl in diesen Modellpro-

jekten ohnehin erheblich zunimmt). Das schließt allerdings nicht aus, dass in einigen Modellprojekten eine weitergehende Verankerung der Kinästhetik unter fachlichen Gesichtspunkten stattgefunden hat. Dabei wäre allerdings auch hier die Frage zu stellen, welche qualitativen Voraussetzungen dort an eine entsprechende fachliche Verankerung gestellt wurden. Soweit ersichtlich, war dies unter zeitlichen und curricularen Aspekten bei der Sichtung der Curricula nicht erkennbar.

Zudem sind wir davon ausgegangen, dass für diese Untersuchung vor allem Curricula für die berufliche Pflegeausbildung von Bedeutung sind (vergl. hierzu Kapitel 2.4.6), die mittelfristig weiterhin die überwiegende Ausbildungsrealität in Pflegeausbildungen abbilden werden.

Aus den zuvor genannten Gründen werden Curricula aus folgenden Modellprojekttypen in die Untersuchung nicht einbezogen:

- Ausbildungen mit vollständiger Zusammenführung der Pflegeausbildungen zu einer generalistischen Pflegeausbildung im Rahmen der beruflichen Pflegeausbildung;
- duale Studiengänge der Pflegeausbildung als Kombination von Berufsausbildung und Studium (u.a. in den Städten Hamburg, Münster, Osnabrück, Aachen, Köln, München);
- primär akademische generalistische Pflegeausbildungsgänge (z. B. an der Hochschule für Gesundheit in Bochum, in Kooperation mit Ausbildungsbetrieben).

Ausgeklammert wurden auch Modulhandbücher für die pflegerische Berufsausbildung (z. B. Knigge-Demal & Hundenborn [2011]), die in jüngster Vergangenheit zusätzlich zu den Ländervorgaben entstanden. Diese gehen infolge des Bologna-Prozesses zurück auf neuere bildungspolitische und berufspädagogische Strategien, z. B. die Modularisierung von Ausbildungen [KMK 2010]²¹. Die mit diesen Strategien verbundenen didaktischen Konsequenzen – auch hinsichtlich der Vermittlung von EPH – müssen gegebenenfalls an anderer Stelle analysiert werden.

Das Gleiche gilt für die Notwendigkeit zukünftiger Analysen zur Verankerung von EPH-Zielen und -Inhalten in den Ausbildungsgrundlagen der *Pflegehilfe- und Assistenzberufe*. Diese existieren bislang noch nicht, werden aber angesichts der Entwicklungstendenzen innerhalb von Gesundheitswesen und Pflege für dringend erforderlich gehalten.

²¹ Modularisierte Ausbildungsformen sind für die Pflege besonders deshalb interessant, weil sie helfen können, Übergänge an den Schnittstellen verschiedener Bildungsniveaus herzustellen. Damit können vor allem Defizite hinsichtlich der Durchlässigkeit in das tertiäre Bildungssystem behoben werden. Einsteigermodule schaffen zudem auch einen Übergang in das sekundäre Bildungssystem.

2.3.4 EPH-relevante Inhalte und Ziele in ausgewählten Curricula

"KDA- Curriculum": Im Lernfeld 1.1 (Theoretische Grundlagen in das Altenpflegerische Handeln einbeziehen) wird als Ziel formuliert, dass "Schülerinnen *lernen, Gesundheitsförderung und Prävention auf ihre eigenen Lebenssituation zu beziehen*". Dabei wird auf Verknüpfungen zum Lernfeld 4.4 (Die eigene Gesundheit erhalten und fördern) verwiesen. Für präventionsbezogene Inhalte ist vor allem die Verknüpfung von mehreren Lernfeldern interessant. So wird auf diese Schnittstelle zum Lernfeld 4.4 hingewiesen in

- Lernfeld 2. 2 (für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen- bezogen auf das Wohnumfeld) und
- Lernfeld 1.3 (Personen- und situationsbezogene Pflege im ADL-Bereich "sich bewegen können")

Inhaltlich werden keine Präzisierungen bspw. zu EPH vorgenommen. Allerdings gibt es in den methodischen Erläuterungen zur Gestaltung des Unterrichtsaufbaus zu einem praktischen Fallbeispiel Hinweise für eine mehrperspektivische Bearbeitung der beschriebenen Pflegesituation. Hier wird bei rückenschonenden Arbeitstechniken und Prinzipien eine kinästhetische Bewegungsunterstützung integriert.

"BIBB- Curricula": Im Lernfeld 2 (Altenpflege als Beruf) werden "Methoden und Techniken der persönlichen GF" sowie "Regeln und Verfahren des Arbeitsschutzes" als Gegenstand von Ausbildung festgehalten, jedoch nicht genauer präzisiert. Das Gleiche gilt für fachliche Konzepte und Techniken der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in der Anwendung der Pflege alter bzw. kranker Menschen. Für die praktische Ausbildung wird die Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten zu Sicherheit und Gesundheit für beide Pflegeberufe in den Ausbildungsrahmenplänen des BIBB wie folgt formuliert:

- Gefährdungen von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz feststellen und Maßnahmen zu ihrer Vermeidung ergreifen;
- ergonomische Gesichtspunkte bei Planung und Durchführung der Arbeit einhalten.

Hinsichtlich *fachlicher Kenntnisse zum Patientenhandling* finden sich für beide Ausbildungen Formulierungen zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten zu Kinästhetik und Konzepten der Rehabilitation unter

- "Pflege kranker bzw. alter Menschen",
- "Hilfen bei Behinderung und Verwirrtheit" und
- "pflegeunterstützende Maßnahmen der Gesundheitsförderung"

Dazu kommt das Lernziel "Techniken der sicheren und gesundheitsfördernden Lagerung und Mobilisierung unter Berücksichtigung individueller Wünsche zu erlernen".

"Oelke- Curriculum": Im Lernbereich 4 des Curriculums (Berufliche und persönliche Situation der Pflegenden) sind insgesamt 70 Stunden verteilt auf die Themenfelder "Persönliche Gesunderhaltung", Arbeitsschutz sowie "Pflegearbeit und Gesundheit" konzipiert. Dazu werden keine thematischen Präzisierungen vorgenommen. In den fachbezogenen Themenfeldern im Lernbereich 1 wird zu den Lerneinheiten "Bewegen und Berühren" auf Prinzipien der Kinästhetik und Basalen Stimulation®, auf Hebelgesetze und deren Bedeutung beim Heben und Tragen sowie für Gelenkbewegungen und auf praktische Übungen zur Veranschaulichung innerhalb von Mobilisationsaufgaben verwiesen. Dabei sollen Erfahrungen mit und ohne Hilfsmittel gesammelt und reflektiert werden. Es werden keine Hinweise zum Selbstschutz bzw. Verknüpfungen mit dem Lernbereich 4 gegeben.

Mit der Vorstellung eines exemplarischen Beurteilungsbogens wird indirekt auf EPH-Lernziele für praktische Lernsituationen verwiesen. Dort sind Lernziele wie die "bewusste Wahrnehmung von und ein entsprechender Umgang mit physischen Belastungen" sowie die "rückengerechte Arbeitsweise" aufgeführt. Damit kann davon ausgegangen werden, dass auf Basis des Curriculum- Verständnisses der AutorInnen curriculare Zielsetzungen zu EPH in einem zukünftigen Praxis- Curriculum verortet werden, dessen Notwendigkeit bereits postuliert wurde [Oelke & Menke 2005].

Im Schulunterricht soll auf überwiegend motorisch ausgerichtete pflegerische Verrichtungen nur insofern Bezug genommen werden, als dort das dazu notwendige Fakten-, Methoden- und Begründungswissen als Grundlage zu erwerben ist. In diesem Zusammenhang fallen für EPH u.a. relevante Stichworte wie: "Durchführungsmodalitäten" und "Gefahrenquellen thematisieren" sowie "Einweisung in die Verwendung und Bedienung von Pflegehilfsmitteln". Unterrichtsmethodisch sollen praktische Übungen im Sinne der "Vermittlung von Prinzipien und deren Modifizierbarkeit" dazu ergänzt werden.

2.3.5 Fachdidaktische Konzepte und Vermittlung von EPH

Der in den vergangenen Jahren stattgefunden Diskurs innerhalb der Fachdidaktik Pflege hat die von berufspädagogischen Konzepten abweichende Curriculum- Entwicklung für die Pflegeausbildung maßgeblich geprägt. So haben sich deren bekannteste VertreterInnen gegenüber der Lernfelddidaktik grundsätzlich kritisch positioniert, da die Komplexität beruflicher Situationen oder Handlungsfelder dort kaum widergespiegelt werde [Dahrmann- Finck & Muths 2009].

Zudem wurde von mehreren Vertretern der Fachdidaktik Kritik an der "Bildungshaltigkeit von Lernfeldern" [Olbrich et al. 2009] geäußert und eine reduktionistische Sichtweise im Kontext zu Verwertungszusammenhängen konstatiert [Schwarz-Govaers 2009]. Mehrere VertreterInnen der Fachdidaktik Pflege setzen in dem von Olbrich [2009] herausgegebenen Buch "*Modelle der Pflegedidaktik*" [2009] stattdessen auf Didaktikmodelle, die auf Lernprozesse zur Persönlichkeitsentwicklung und damit auf die Herausbildung einer bestimmten Haltung gerichtet sind, denn "*Pflegekompetenz ist die Stärke der Person*". Dabei wird u.a. auf emanzipatorische Elemente der kritisch- konstruktiven Didaktik nach dem Erziehungswissenschaft-

ler und Bildungsreformer Wolfgang Klafki zurückgegriffen und reflektierendes Handeln sowie die Fähigkeit zu Herrschaftskritik in den Mittelpunkt gestellt [Greb 2009].

In diesem Zusammenhang wird von Greb auch zum Ausdruck gebracht, dass Curricula und Lehrpläne immer auch als politische Instrumente betrachtet werden müssen. Abschließend wird von Greb zur Curriculum- Entwicklung für die Pflegeausbildung deutlich gemacht: "*da-her liegt im Prozess der schulnahen Curriculum- Entwicklung die große Chance für die Ver-ankerung des demokratischen Grundsatzes der Partizipation.*" Dies ist einerseits als Aus-druck des Anspruchs auf berufliche Autonomie zu verstehen, macht aber andererseits eine innerhalb der Pflegepädagogik teilweise verbreitete Tendenz zur Ablehnung bildungspoliti-scher Steuerung sichtbar. So ist erklärbar, warum sich für die GKP- Ausbildung in einigen Bundesländern keine curricularen Richtlinien oder Rahmenlehrpläne etabliert haben. Pflege-pädagogInnen stützen sich dabei teilweise auch auf in der Berufspädagogik vertretene Theo-rien und Ansätze zur Didaktik von Wolfgang Klafki und Herwig Blankertz (vergl. Olbrich [2009]). Innerhalb der Berufspädagogik wird jedoch die Notwendigkeit von Ordnungspolitik und Steuerung nicht grundsätzlich in Frage gestellt, wie z. B. in der Entwicklung der Lern-felddidaktik mit einem bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan, der Mindestgrundlagen für je-den Ausbildungsberuf definiert, zum Ausdruck kommt.

EPH- bezogene Lernprozesse

Unter fachdidaktischen Gesichtspunkten ist für EPH- bezogene Lernprozesse maßgeblich die *konzeptionelle Trennung von theoretischer und praktischer Ausbildung* von Bedeutung, die sowohl in den BIBB- Curricula als auch im Oelke- Curriculum vollzogen wurde. Hieraus leitet sich ab, dass die schulische Ausbildung fachliches Hintergrund-, Begründungs- und Kontextwissen für die Anwendung motorischer Fertigkeiten²² zur Verfügung stellen soll [Oelke & Menke 2005]. Motorische Fertigkeiten für pflegerische Verrichtungen selbst sollen demnach aber allein in der praktischen Ausbildung geschult und eingeübt werden. Sie haben allenfalls zur exemplarischen Veranschaulichung im Schulunterricht ihren Platz.

Fachdidaktische Anknüpfungspunkte zur Vermittlung von EPH- Zielen wurden bereits bei der Analyse der Curricula deutlich. Zu den fachlichen Grundlagen der Pflege gehört die Heraus-bildung eines *Fallverständnisses* aus der Perspektive des betroffenen Patienten. Dabei geht es darum, "*Pflegebedürftige in ihren sozialen Lebensbezügen zu sehen und insbesondere die im Einzelfall vorhandenen (Selbstpflege-)Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer jeweiligen Lebensumwelt zu suchen und zu stärken*" (Ausbildungsrichtlinie der GKP in NRW, [2003]).

Andererseits sieht die Fachdidaktik für die Falldidaktik vor, dass auch Zielkonflikte zwischen Gesundheitsinteressen der Pflegekraft und Pflegezielen für den Patienten bearbeitet und Problemlösungen exemplarisch entwickelt werden. In Curricula finden sich hierzu methodi-sche Anregungen. Die Bearbeitung von Zielkonflikten wird als Ausbildungsziel jedoch nur in

²² an anderer Stelle auch "psychomotorische oder sensomotorische Fähigkeiten" genannt [Wittneben 2009 oder im Rahmenplan für die GKP-Ausbildung in Brandenburg].

wenigen Ausbildungsrichtlinien (z. B. Bildungsplan Altenpflege, Hamburg [2006]) festgehalten. Die Falldidaktik könnte damit Anknüpfungspunkte für die Bearbeitung von Problemstellungen zum Selbstschutz im Patientenhandling bieten, was teilweise in den Ausbildungsgrundlagen der Altenpflege und in einigen Pflegelehrbüchern konkret erwähnt wird (z. B. bei Sowinski & Behr [2002]).

Methodisch bietet dazu das Konzept des *Problemorientierten Lernens* Möglichkeiten der Bearbeitung an. Hier sind die selbstständige Bearbeitung von Problemaufgaben und das Entwickeln von Problemlösungen innerhalb einer Lerngruppe vorgesehen, wobei Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag herangezogen werden sollen (Ausbildungsrichtlinie GKP in NRW [2003]).

2.3.6 Pflegebildungspolitik und EPH

Der Begriff "Curriculum" wird im Bereich der Pädagogik nicht einheitlich definiert. Er wird oft mit "Lehrplan" oder "Lernzielvorgabe" gleichgesetzt. Die Gleichsetzung gilt aber als verkürzt, worauf z. B. die Arbeitsstelle Hochschuldidaktik der Universität Zürich²³ verweist: *"Während ein Lehrplan vor allem Inhalte auflistet, die in einem Bildungsgang zu behandeln sind, nimmt ein Curriculum verstärkt auch die Lehr-Lernprozesse in den Blick. In einem Curriculum werden die beabsichtigten Lehraktivitäten und Lernschritte beschrieben, so wie sie zu bestimmten Lernergebnissen (Lernzielen) führen sollen."*

Weiter hätten Lehrpläne als curriculare Vorgaben für Bildungsplanende eine ordnungspolitische und steuernde Funktion, auch wenn die Hoffnung, Bildungsprozesse hierdurch präzise steuern zu können, nur zu begrenzten Erfolgen geführt hat. Das Hochschulzentrum führt dazu weiter aus: *"Curricula sind zwar Versuche, Lehr- und Lernprozesse zu systematisieren, sie können die komplexe Vielschichtigkeit von Lehren und Lernen aber niemals einfangen. Und doch können sie Sicherheiten und Referenzpunkte für den Umgang mit jener hohen Handlungskomplexität schaffen, wie sie für Lehr- und Lernprozesse typisch sind."*

Betrachtet man die Bestandsaufnahme der Ausbildungsgrundlagen der Pflegeausbildung, sind die im Zitat genannten Sicherheiten und Referenzpunkte für die Pflegeausbildungen bisher nur begrenzt vorhanden. Dies scheint in einem Zusammenhang dazu zu stehen, dass im Zuge der Professionalisierung der Pflege die Ausbildung zwischen zwei Polen steht, und zwar zwischen

1. Curriculum- Standards für eine akademische Ausbildung, wie sie in der WHO- Strategie für die Pflegeausbildung in Europa [WHO 2001] formuliert sind und
2. den Bildungsstandards des dualen Ausbildungssystems bzw. berufspädagogischen Standards.

²³ http://www.hochschuldidaktik.uzh.ch/hochschuldidaktikaz/A_Z_Curriculum.pdf

Erstere legen zugrunde, dass die Bildungsplanung für die Lehre an Universitäten – auch für praxisorientierte Berufe wie Ärzte, Rechtsanwälte, Architekten, oder eben Pflegende – durch die Fachwissenschaften festgelegt wird und unter die Autonomie der Hochschulen fällt.

Dem gegenüber werden zweitere für Berufsausbildungen im deutschen Berufsschulsystem im wissenschaftlichen Kontext der Berufspädagogik, weitgehend unabhängig von den Fachwissenschaften, festgelegt. Dies geschieht im Rahmen von Berufsfeldanalysen zur Ermittlung eines bedarfs- und anforderungsgerechten Berufsprofils, eines umfangreichen Abstimmungsprozesses mit den Sozialpartnern bezüglich der praktischen Ausbildung [vergl. Becker 2006] und auf Basis der Umsetzung durch Lehrkräfte, die in der jeweiligen Fachwissenschaft ein Studium absolviert haben.

Da die Pflegeausbildung mittlerweile in zwei uneinheitlichen Ausbildungssystemen (sekundäres und tertiäres Bildungssystem) verortet ist, ist der Status ausgesprochen unklar. Diese Unklarheit spiegelt sich auch in der Ausbildung von PflegelehrerInnen wider (vergl. Bonse-Rohmann & Burchert [2012]).

Unklarheit besteht derzeit zudem auch darin, ob es auf Basis eines einheitlichen Berufsgesetzes zu einer *Reform zugunsten einer einheitlichen Pflegeausbildung* kommen wird. Im Rahmen der geplanten Zusammenführung der Pflegeausbildungen verweisen die AutorInnen einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) auf die Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Reform [Steffen & Löffert 2010]. Ausgeführt wird weiter, dass diese Reform der beruflichen Pflegeausbildung gleichermaßen die Chancen für die Entwicklung eines einheitlichen Rahmenlehrplans mit Formulierung von Ausbildungszielen, Inhalten und Kompetenzen sowie eine Angleichung innerhalb der Länder als Chancen zur Qualitätssicherung nutzen sollte. Um eine einheitliche Konzeption der Ausbildung und deren Qualitätssicherung umzusetzen, seien jedoch auch vergleichbare Voraussetzungen bzw. Rahmenbedingungen in den Ländern notwendig. Hierfür müssten mindestens Fragen zur Verortung der Ausbildung, zu Ausbildungsinhalten sowie das Qualifikationsprofil der Lehrkräfte und die Zugangsvoraussetzungen geklärt werden. Diese Aspekte werden in dem sogenannten "Eckpunktepapier" der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Weiterentwicklung der Pflegeberufe" [2012] auch aufgegriffen.

Vorerst steht die überwiegend *betriebliche Berufsausbildung* in der Pflege im Vordergrund der Ausbildungsrealität. Unabhängig von einer möglichen Zusammenführung der Berufsausbildungen gehen nach mündlicher Auskunft des *Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung* (DIP) ExpertInnen von einer angestrebten Akademisierungsquote von im günstigsten Fall mittelfristig 10-20 Prozent aus.

Die Entwicklung von Ausbildungs- Curricula muss sich somit auf zwei Ausbildungssysteme richten, wobei der Berufsabschluss bisher nicht nach definierten Aufgabenprofilen, in Abhängigkeit vom Ausbildungssystem, unterschieden wurde. Die Fakten für eine Trennung wurden bereits mit einem Entwurf für die primär akademische Pflegeausbildung geschaffen und zur Diskussion gestellt [Hülsken-Giesler et al. 2010]. Man wird davon ausgehen müssen, dass auch für die berufliche Pflegeausbildung die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Rahmenlehrplans notwendig ist. Ein entsprechendes Vorhaben, welches auch die praktische Ausbildung einbezieht, wurde als Zielsetzung im "Eckpunktepapier" konkret formuliert.

Bezüglich einer möglichen Integration von EPH-relevanten Zielsetzungen und Inhalten wird dabei zu berücksichtigen sein, in welcher Form es zu einer *Differenzierung von Aufgabenprofilen* im Rahmen der Ausbildung in diesen unterschiedlichen Ausbildungssystemen kommen wird. Ob körpernahe Tätigkeiten mit Patientenhandling zukünftig in das Aufgabenprofil von Berufsabschlüssen beider Ausbildungssysteme fallen werden, ist bisher unklar. Sicher erscheint aber, dass die Ausbildungsrealität der beruflichen Pflegeausbildung auch zukünftig in hohem Umfang von Tätigkeiten mit Patientenhandling geprägt sein wird. Dadurch wird eine Thematisierung von Qualitätsstandards des Patientenhandling unter Einbeziehung von Grundlagen des Selbstschutzes und deren curriculare Verankerung für einen zukünftigen einheitlichen Rahmenlehrplan auf jeden Fall relevant. Entsprechende Zielsetzungen könnten hier einheitlich verankert werden. Bisher sind im Eckpunktepapier allerdings in der Skizzierung der abstrakt formulierten Ausbildungsziele berufsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention auch allgemein noch nicht verankert.

2.4 EPH in Standard- Pflegelehrbüchern und Praxisleitfäden

Pflegelehrbücher entstehen bis heute weitgehend getrennt nach der GKP- und Altenpflegeausbildung. Allerdings haben GKP-Lehrbücher bereits fast alle eine Systematik, die an den unterschiedlichen Zielgruppen von Pflege – auch altersbezogenen Unterschieden – ausgerichtet ist. Pflegelehrbücher für beide Ausbildungsgänge sind sehr umfangreich (i.d.R. rund 1000 Seiten) und weichen hinsichtlich ihrer Gliederungssystematik stark voneinander ab. Dabei folgen sie anscheinend den ebenfalls unterschiedlichen curricularen Grundlagen aus bestimmten Ländervorgaben oder veröffentlichten Curricula. Die unterschiedliche Systematik führt dazu, dass die Themen, die sich in die Bereiche "Pflegearbeit und Gesundheit" einerseits oder "Bewegung von Patienten" andererseits einordnen lassen, auch auf verschiedene Weise präsentiert werden.

Pflegelehrbuch "In guten Händen" von Oelke

Das dreibändige Lehrbuch ("*In guten Händen*", herausgegeben von Oelke [2007, 2008, 2010]) kommt der Vermittlung ergonomischer Perspektiven beim Patientenhandling relativ systematisch und mehrere konkrete Handlungsperspektiven verknüpfend nach:

- Zum Stichwort "körperliche Schwerstarbeit" (Heben und Tragen von Pflegebedürftigen, viel und schnell laufen) findet sich eine ausdrückliche Verbindung zum Thema Bandscheibenschäden und der Verweis auf Möglichkeiten der Belastungsreduktion, die auch Aspekte der Verhältnisprävention einbeziehen.
- Das Hebelgesetz wird mit Bezug zum Körpereinsatz bei verschiedenen Aktivitäten des Patientenhandling ausführlich erläutert. Hieraus werden auch einige hilfreiche ergonomische Prinzipien für die Gestaltung des Patientenhandlings abgeleitet (z. B. der Vorteil einer Reibungsreduktion, indem eine Gleitfläche durch ein Gleittuch hergestellt wird). Allerdings wird eben nur ein Beispiel zum Hilfsmitelesatz gegeben, ohne dass ein grundle-

gendes Verständnis für Prinzipien, die zur Reibungsreduktion beim Patientenhandling beitragen, transparent gemacht wird. Hierzu würde gehören:

- Patienten kompakt machen;
- "Eingrabung" des Patienten durch verschiedenen Maßnahmen vermeiden (z. B. geeignete Matratzenauswahl oder entsprechender Umgang mit Druckluftmatratzen);
- Prinzipien zum Einsatz von Gleithilfen nutzen (gezielt günstige Gleitlage z. B. in Form einer ausreichenden Gleitfläche herstellen).

Verfügbare Hilfsmittel sollen eingesetzt werden; jedoch fehlen Orientierungshilfen, wann ein solcher Einsatz notwendig ist (die z. B. auch zur Beschaffung eines Hilfsmittels führen könnten). Allerdings wird darauf verwiesen, wie eine Orientierung im betrieblichen Kontext durch eine Beteiligung der betrieblichen Arbeitsschutzorgane und des entsprechenden Instrumentariums hergestellt werden kann.

Die beschriebenen praktischen Beispiele zum manuellen Patientenhandling sind aus ergonomischer Sicht nicht alle befriedigend gelöst: so wird bspw. bei dem Transfer eines stark immobilen Patienten aus dem Bett der Oberkörper beim Aufrichten "angehoben"; bei der Abbildung zum Aufstehen fasst der Patient um den Hals der Pflegekraft, was für diese eine Bandscheibenbelastung zur Folge hat.

Insgesamt finden sich in unterschiedlichen Kapiteln des dreibändigen Lehrbuchs Verknüpfungen zum Themenkomplex EPH, und zwar im Einzelnen:

- zum *betrieblichem Arbeitsschutz* und der Notwendigkeit einer Gefährdungsanalyse von Arbeitsplätzen und -tätigkeiten nach dem Arbeitsschutzgesetz;
- zu der Nutzungsmöglichkeit von *Instrumenten des Arbeitsschutzes* und der *Organisationsentwicklung* für Problemlösungen (z.B. Qualitätszirkel im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements);
- zu Forschungsergebnissen im Bereich *ungünstige Körperhaltungen* in der Pflegearbeit [Freitag et al. 2007];
- zur Notwendigkeit des *Trainings von Pflegenden* zum rückengerechten Arbeiten beim Patientenhandling;
- zur Anwendung des *Kinästhetik und Bobath- Konzepts* (jedoch ohne konkrete Erklärung zum Körpereinsatz der Pflegekraft und zum konkreten Vorgehen, bzw. zur Anwendung biomechanischer Prinzipien für eine Entlastung des Rückens);
- zu *kleinen Hilfsmitteln* (umfassend), *Patientenliftern* und anderen technischen Hilfen; dazu wird ressourcenorientiertes Arbeiten erwähnt, jedoch ohne konkrete Beschreibungen zur Anwendung (ausschließlich Abbildungen);
- zu weiteren *körperlichen Belastungssituationen* in der Pflege und Bewegungsaspekten unter physikalischen Gesichtspunkten (mit konkreten Beispielen zur Arbeitshaltung beim Bettenmachen, Schieben etc.);
- zu *Instrumenten*, die ein *Patientenassessment* zur Mobilität beinhalten (hier wird der Begriff "Aktivitätsintoleranz" eingeführt, der das generell geltende Gebot der aktivierenden Pflege außer Kraft setzt; d.h. wenn zu wenig physische oder psychische Kraft vorhanden

ist um eine Aktivität auszuführen bzw. durchzuhalten, darf kompensierend gepflegt werden).

Pflegelehrbuch "Thiemes Pflege" von Schewior-Popp

In "*Thiemes Pflege*" [Schewior- Popp et al. 2012] werden in unterschiedlichen Kapiteln indikationsbezogene Bewegungsunterstützungen durch einzelne Fotografien gezeigt. Dabei tauchen punktuell Beispiele auf, wie körperliche Belastungen der Pflegenden reduziert werden können (durch Hilfsmittel wie Deckenlifter oder Rutschbrett).

Im Themenbereich "eigene Gesundheit und Belastungsreduktion" werden keine Hilfsmittel vorgestellt. Hier wird auf "rückenschonendes Heben und Tragen" verwiesen, was aber nicht genauer beschrieben wird. Darüber hinaus wird durch das Kinästhetik- Konzept ein zentraler Bezugspunkt zum Thema Bewegung hergestellt und zu den Grundlagen der Pflege gezählt. Die Arbeitsweise im Rahmen des Konzepts wird an vielen konkreten Beispielen abgebildet und erläutert. Das Bobath- Konzept wird vergleichsweise eher randständig erwähnt. Grundsätzlich soll vor dem Bewegen eine beobachtende Bewegungsanalyse durchgeführt werden, die zu einer Pflegediagnose und einer Formulierung von Pflegezielen führen soll. Der ermittelte Unterstützungsbedarf ist anschließend in einem Bewegungsplan festzuhalten.

In diesem Zusammenhang wird ergänzend mit der Methode der Fallbearbeitung exemplarisch aufgezeigt, wie der Prozess von der Bewegungsanalyse bis zur Formulierung von Pflegezielen aussehen kann. Ein ressourcenorientiertes Arbeiten wird in diesem Zusammenhang hervorgehoben. Aspekte des Selbstschutzes finden bei der Bewegungsplanung keine Erwähnung. An anderer Stelle wird auf die Bedeutung der Hebelgesetze verwiesen und diese werden zu Hinweisen für den Umgang mit anderen belastenden Tätigkeiten genutzt (z. B. Bettenschieben, Sitzen, Heben und Tragen). Sie werden jedoch nicht direkt auf das Patientenhandling bezogen.

Pflegelehrbuch "Pflege heute" von Menche

In "*Pflege heute*" (herausgegeben von Menche [2011]) wird der eigenen Gesundheit der Pflegekraft ausdrücklich ein gleich hoher Wert beigemessen wie der des Patienten. Um diese Gleichheit sicher zu stellen, wird auf das Kinästhetik- und das Bobath- Konzept sowie auf die "Rückengerechte Arbeitsweise" verwiesen. Beim Bewegen von Patienten sollen bestimmte *Prinzipien* und *physiologische Bewegungsabläufe* zur Anwendung kommen, die in einer Bewegungsschulung erlernt werden sollen:

- angemessene Einstellung der Arbeitshöhe,
- Arbeiten aus den Beinen,
- Vermeidung ruckartiger Bewegungen,
- körpernahes Arbeiten,
- Ermöglichen eines Gleitens des Patienten auf der Unterlage,
- Arbeiten in Etappen,
- Organisation von gehenden Bewegungen beim Patienten und
- Gestaltung ergonomischer, d.h. physiologischer Bewegungsabläufe.

In der ausführlichen Vorstellung von *Hilfsmitteln* wird unterschieden zwischen solchen für den Patienten (z. B. Rollatoren) und "weiteren" Hilfsmitteln (die auch für die Pflegekraft entlastend sind, wie höhenverstellbare Stühle und Rutschbretter). Lifter, Gleittücher und Aufstehhilfen werden als unterstützende Hilfsmittel vor allem bei sehr schwachen Patienten oder bei solchen mit einem unsicheren Stehvermögen vorgestellt.

Zwar scheint es hier eher um den Selbstschutz der Pflegekräfte zu gehen; auf ihn wird aber nicht explizit Bezug genommen. Dies gilt auch für den Einsatz spezieller Hilfsmittel (Spezialbetten, Toilettenstühle, Deckenlifter), die im Zusammenhang mit unterschiedlichen Aktivitätsniveaus von Patienten thematisiert werden oder bei einer vorhandenen Schwergewichtigkeit. Hilfsmittel sollen "*gezielt und richtig*" eingesetzt werden, ohne dass dies näher ausgeführt wird. Ein ausdrücklicher Zusammenhang zum Selbstschutz wird auch hier nicht hergestellt. Die Ermittlung des Pflegebedarfs wird mittels allgemeiner Assessmentinstrumente zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten eines Patienten (Barthel- Index oder Resident Assessment Instrument FIM erläutert. (Eine Übersicht solcher Instrumente findet sich z.B. bei Fritz [2009].)

Pflegelehrbuch "Altenpflege Thieme" von Köter

In "Altenpflege Thieme" [Köter 2011] werden Grundprinzipien des Bewegens formuliert, die weitgehend aus dem Kinästhetik- Konzept abgeleitet sind:

- das Gewicht des Patienten soll geführt und nicht gehoben werden,
- sein Gewicht soll entlastet/ abgegeben und dann die Bewegung eingeleitet werden,
- es soll an Körperschwerpunkten (=Massen) angefasst werden,
- nicht in die Gelenke gegriffen werden und
- in Etappen gearbeitet werden.

Zum Einsatz von Hilfsmitteln wird auf die Verpflichtung des Arbeitgebers hingewiesen, Hilfsmittel und technische Hilfen zur Prävention von Muskel- und Skelettbeschwerden bereitzustellen (Unfallverhütungsvorschrift für den Gesundheitsdienst VBG 103, jetzt BGV C8). Hierzu werden einige Hilfsmittel (Haltegurt, Bettleiter, Gleittuch) gezeigt und deren Anwendung sehr kurz beschrieben, ohne jedoch auf den Körpereinsatz der Pflegekraft dabei einzugehen.

Auch Kriterien zum Einsatz von Hilfsmitteln bei *immobilen* Patienten (vor allem von technischen Hilfen) werden nicht beschrieben; sie sollen selbst herausgefunden werden, wie eine *Praxisaufgabe* im Folgenden beschreibt:

- Die Praxisaufgabe zur Selbstbeobachtung hinsichtlich unterschiedlicher körperlicher Belastungen beinhaltet verschiedene Fragen u. a. auch dazu, welche Bewegungen beim Patientenhandling verändert werden könnten und in welchen Situationen Hilfsmittel eingesetzt werden sollten. Dazu sei auch Gespräch und Austausch mit Pflegekräften zu suchen. So wird am Ende nur die Orientierung gegeben, dass dies ein wichtiges Thema und Austausch dazu wichtig sei; in der Sache selbst werden aber keine Empfehlungen bzw. Grundlagenwissen vermittelt. Das Kinästhetik- Konzept wird in einem eigenständigen Kapitel mit vielen praktischen Beispielen dargestellt und die Grundlagen ausführlich beschrieben.

Die gezeigten Anwendungsbeispiele zum Kinästhetik-Konzept betreffen Menschen mit vergleichsweise geringeren Einschränkungen der Mobilität. Dabei wird auch der Hilfsmiteleininsatz in Kombination mit Kinästhetik gezeigt. Die Pflege nach dem Bobath- Konzept und Techniken des Bewegens in unterschiedlichen Situationen werden sehr ausführlich erklärt, ohne allerdings auf Grundsätze zum rückengerechten Arbeiten oder eventuell notwendigen Hilfsmiteleininsatz hinzuweisen. So wird z. B. beim "*tiefen Transfer in den Stuhl*" das Becken des Patienten "*minimal angehoben*" und eine entlastende Möglichkeit durch Verlagerung des Körpergewichts auch bei der Technikbeschreibung nicht erwähnt.

Während bei Oelke das Themenfeld EPH konkret und relativ übersichtlich aufgearbeitet ist, sind die Lehrbücher "*Altenpflege Thieme*", "*Pflege heute*" und "*Thiemes Pflege*"²⁴ bezüglich des Auffindens von EPH- Themen mit Blick auf präventive Strategien wenig bearbeitet und unübersichtlicher. Es wird jedoch zur Informationsbeschaffung auf Arbeitsschutz- und andere Institutionen des Bundes²⁴ und einschlägige Veröffentlichungen *verwiesen* (z.B. DAK-BGW [2005], EU [2010.]) Zudem wird in einem Lehrbuch global auf die Evidenz der Wirksamkeit von Mehrkomponentenprogrammen und auf die Internetseite der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hingewiesen. Der betriebliche Arbeitsschutz kommt in keinem dieser Lehrbücher als Themenbereich vor.

Zusammenfassend werden EPH- Themen und deren mögliche handlungsbezogene Verknüpfung in den analysierten Pflegelehrbüchern sehr unterschiedlich abgehandelt.

2.4.1 EPH in Praxisleitfäden

Die untersuchten Praxisleitfäden für die Pflegeausbildung unterscheiden sich in ihrer Zielsetzung. Während der "*Klinikleitfaden Pflege*" [Brandt 2010] sich an der Ausbildungs- und Prüfungsordnung der GKP und am praxisrelevanten Wissen der dort verorteten Themenbereiche orientiert, ist "*Pflege-techniken heute*" [Brandt 2012] nach konkreten Praxisthemen von A-Z gegliedert und richtet sich direkt am Tätigkeitsbezug aus. Das Buch "*Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege*" [Steigele 2012] hingegen ist ausdrücklich nur dem Themengebiet Patientenhandling gewidmet und eher als ein Lehrbuch für ein bestimmtes Themenfeld der Pflegepraxis zu verstehen.

"Klinikleitfaden Pflege" von Brandt

Im "*Klinikleitfaden Pflege*" [Brandt 2010] wird im Kapitel "Bewegung" auf rückengerechte Arbeitsweisen und rückengerechtes Heben eingegangen. Bezogen auf Patientenhandling werden keine Grundsätze oder Prinzipien aufgestellt und kein Orientierungswissen geliefert, sondern nur unterschiedliche Möglichkeiten bzw. konkrete Techniken vorgestellt. Auf folgende Aspekte und Möglichkeiten wird eingegangen:

- Anwendung von Patientenliftern und Vorstellung verschiedener Arten (Deckenlifter fehlt),
- Kinästhetik als Gesamtkonzept zur körperlichen Entlastung,

²⁴ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

- Lagerung von Patienten und Tipps zur Umsetzung,
- allgemeine Gesichtspunkte der Mobilisation und Hinweise auf den Einsatz möglicher Hilfsmittel,
- Durchführung des Transfers eines Patienten vom Bett zu einer Trage (mit Rollboard-Einsatz) und vom Bett zum Stuhl (ohne Hilfsmiteleinsatz).

"Pflegetechniken heute" von Brandt

In *"Pflegetechniken heute"* [Brandt 2012] werden mehrere Arbeitstätigkeiten vorgestellt, bei denen ergonomische Aspekte/ solche des rückengerechten Arbeitens berücksichtigt werden müssten, dies jedoch keine Berücksichtigung findet (z.B. werden beim Bettenmachen, An- und Ausziehen und Lagerungen eines Patienten keine erklärenden Hinweise zur Arbeitshöhe, zur Körperhaltung und -ausrichtung etc. gegeben). Zum Körpereinsatz der Pflegekraft werden beim Thema Mobilisation folgende Grundsätze angesprochen:

- die Pflegekraft achtet auf sich und nimmt eigene Bewegungen wahr,
- den Bewegungen des Patienten soll gefolgt werden,
- die Arbeitshöhe soll entsprechend dafür eingestellt sein (also eher niedrig, wie in der Arbeit mit den Bewegungskonzepten üblich).

Weiterhin werden Möglichkeiten und Techniken vorgestellt, die mit den zuvor aufgestellten Grundsätzen aber offensichtlich nicht vereinbar sind. Auf eventuelle weitere Prinzipien wird jedoch nicht eingegangen; eine Orientierung dazu, ob es situationsabhängige Unterschiede gibt, findet nicht statt. Der Körpereinsatz der Pflegekraft bei den dargestellten Techniken wird nicht genau beschrieben und ist auf den Abbildungen eher ungünstig zu sehen, woraus sich verschiedene Fragestellungen zum Stellenwert des Selbstschutzes ergeben.

Die hilfsmittelgestützte Mobilisation des Patienten findet ebenfalls Erwähnung. Dazu wird auf verschiedene Geräte und technische Hilfen verwiesen (allerdings ohne Deckenlifter), jedoch ohne Anwendungshinweise.

"Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege" von Steigele

In *"Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege"* [Steigele 2012] werden alle Themenbereiche der Pflege zur Unterstützung und Förderung der Mobilität sehr praxisbezogen und mit ausführlichen Erklärungen dergestalt dargestellt, dass ein entdeckendes Lernen zur Bewegungsunterstützung und Positionierung ermöglicht wird.

Das Buch wurde von einer Pflegelehrerin verfasst und versteht sich als Grundlage zum Thema Bewegung für die Pflegeausbildung. Es enthält viele Beispiele, wie SchülerInnen zu differenzierten Körperwahrnehmungen angeregt werden können. Dabei geht es um ein Bewegungswissen, welches hilft, Impulse zu geben, um die Selbstbewegung des Patienten zu unterstützen bzw. den Körper des Patienten schonend zu bewegen. Damit soll auch die Kreativität von Pflegenden angeregt werden, Lösungsmöglichkeiten auf verschiedenen Wegen zu suchen.

Ein auf die Pflege abgestimmtes umfassendes Grundlagenwissen zu Bewegung, Körperbild, Körperhaltung, Bewegungseinschränkungen, Immobilität, Bettlägerigkeit und den hierauf bezogenen pflegerischen Interventionen – einschließlich einer Kurzvorstellung der Bewegungskonzepte Kinästhetik-, Feldenkrais, Alexandertechnik – leitet über in grundsätzliche Überlegungen zur Mobilisation und Positionsunterstützung sowie zu einem Praxisteil.

In diesem Zusammenhang wird grundsätzlich auf den *Körpereinsatz* eingegangen sowie auf Grenzen der Anwendbarkeit und auf mögliche Fehler hingewiesen. Dem Selbstschutz wird grundsätzlich ein hoher Stellenwert eingeräumt und hierzu folgende Grundsätze formuliert:

- übermäßigen Krafteinsatz vermeiden,
- "Reißen und Zerren" vermeiden,
- den Rücken gerade halten (im Sinne einer gestreckten Wirbelsäule),
- die Betthöhe eher niedrig gestalten, um das Mitbewegen mit den Bewegungen des Patienten zu ermöglichen.

Auf die später in den Praxisbeispielen verwendeten kinästhetischen Prinzipien wird nicht gesondert eingegangen. Neben der praxisnahen Aufarbeitung des Themenbereichs Bewegung wird deutlich, dass den praktischen Beispielen ein kinästhetischer Ansatz zugrunde liegt. Dieser wird sehr gut und praxisnah beschrieben hinsichtlich der Organisation einer Bewegung des Patienten. Eine Beschreibung des eigenen Körpereinsatzes erfolgt nur mit dem Hinweis, dass man sich "*mit den Bewegungen des Patienten mitbewegt*". Dabei erscheint eine Umsetzung bei relativ beweglichen Patienten leicht erlernbar. Ob dies auch für schwache oder immobile Patienten machbar ist und welche Handlungsalternativen es gibt, bleibt insgesamt offen. Ein eventueller Einsatz von Hilfsmitteln und technischen Hilfen zur eigenen Entlastung findet keine Erwähnung. Insofern ist auch hier nicht der gesamte Bereich Bewegung, Mobilisation und Lagerung eines sicheren pflegerischen Alltags erfasst.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Auseinandersetzung mit körperlichen Belastungen, Risikofaktoren und Belastungsreduktion im Patientenhandling in Pflegelehrbüchern unterschiedlich konkret ist und nicht durchgängig thematisiert wird. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass auch im theoretischen Unterricht eine Verknüpfung von berufsbezogener Prävention zum EPH mit relevanten Ausbildungsinhalten nicht systematisch begründet ist.

Prinzipien zu einer rückschonenden/ rückengerechten/ ergonomischen Arbeitsweise werden selten ausdrücklich und deutlich uneinheitlich definiert. Allein die Herstellung der günstigen Arbeitshöhe findet einheitlich Erwähnung und wird – abgestimmt auf die Anforderungen in den pflegerischen Bewegungskonzepten – mit einer Einstellung auf die Hüft- bzw. Beckenhöhe der Pflegekraft als vergleichsweise niedrig angegeben; zudem wird sie nicht nach Tätigkeiten differenziert.

Bei der Beschreibung von *Beispielen* zur Bewegungsunterstützung mit Methoden der Bewegungskonzepte liegt der Fokus eher auf der Bewegung des Patienten und nicht (ausreichend konkret) auf der des Körpereinsatzes der Pflegekraft. Obwohl die Achtsamkeit für die Befindlichkeit der Pflegekraft durchaus Erwähnung findet, wird nicht immer deutlich, dass neben dieser Grundhaltung auch konkrete Faktoren benannt werden müssen, auf die geachtet werden sollte.

Patientenassessments zu Ressourcen und Risiken in der Mobilität werden nicht einheitlich thematisiert, bzw. mittels sehr unterschiedlicher Erhebungsinstrumente beschrieben. Zudem ist selten konkret ersichtlich, in welcher Weise Konsequenzen für die Bewegungsplanung aus Assessments abgeleitet werden sollten.

Hinsichtlich des Selbstschutzes von Pflegenden werden allenfalls vage Hinweise zum Hilfsmitelesatz gegeben (zu schwacher oder zu dicker Patient); konkrete Kriterien zur Notwendigkeit der eigenen Entlastung fehlen darüber hinaus jedoch. Hilfsmittel werden zwar teilweise vorgestellt. Konkrete Hinweise auf eine Anwendung fehlen meist genauso wie Hinweise auf die Notwendigkeit eines Hilfsmittels-Assessments. Deckenlifter haben bisher noch wenig Eingang in Lehrbücher gefunden, obwohl Evidenz für ihre Einsatzvorteile vorliegt [Almagir et al. 2009; ArjoHuntleigh, o.A.]. Mit einer Ausnahme werden die konkreten Möglichkeiten und Instrumente zur Belastungsreduktion im Rahmen des betrieblichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht erwähnt. Die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Umsetzung der Lastenhandhabungsverordnung²⁵ hat gleichfalls noch keinen Eingang in Lehrbücher und Praxisleitfäden gefunden (z.B. im Kontext rechtlicher Rahmenbedingungen in der Pflege).

2.5 Fachbücher

2.5.1 Bewegungskonzepte

Als Bewegungskonzepte in der Pflege werden solche bezeichnet, die einen therapeutischen oder auf Gesundheitsförderung bezogenen Ansatz haben. Neben den Konzepten *Kinästhetik*, *Bobath* und *Aktivitas Pflege®* gibt es eine Reihe weiterer Konzepte, wie z. B. die *Basale Stimulation®*, die in der Pflege von Patienten ebenfalls große Verbreitung gefunden haben.

Alle Bewegungskonzepte basieren auf einem bewussten Umgang mit Bewegung und Wahrnehmung, streben eine achtsame Gestaltung des Handlungsdialogs mit dem Patienten an und haben dabei den Anspruch, an Ressourcen des Patienten anzuknüpfen und ihn zu aktivieren. Die erwähnten Bewegungskonzepte haben das Handlungsfeld der Pflege maßgeblich in Richtung eines eigenständigen Beitrags zu Gesundheitsförderung und Rehabilitation erweitert. Konkret werden folgende Faktoren der Pflegearbeit dabei bewusst gestaltet, um einen Lernprozess für den Patienten in den alltäglichen Vorgängen zu ermöglichen:

- körperlich/taktil vermittelte Berührungs- und Bewegungsimpulse,
- Gestaltung der Umgebungssituation und
- Kommunikation bzw. Sprache.

Die Ziele der Konzepte sind je nach Konzept auf unterschiedliche Aspekte der Wiederherstellung oder Förderung von physiologischen Bewegungen und deren Voraussetzungen gerichtet. Darüber hinaus werden Prinzipien und Grundsätze für den Körpereinsatz und die

²⁵ Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der manuellen Handhabung von Lasten bei der Arbeit; www.bmas.de/DE/Service/Gesetze/lasthandhabv.html

Gestaltung der Bewegung der Pflegekraft einbezogen, die einen ressourcenschonenden Umgang (auch für den eigenen Rücken), beinhalten. Im Vordergrund steht dabei das Ziel, Heben zu vermeiden.

Ein wichtiges Prinzip der hier analysierten Bewegungskonzepte ist ein jeweils eigener Umgang mit der Gewichtsverlagerung, die für das Bewegen von Patienten auf unterschiedliche Art nutzbar gemacht wird. Dabei spielt der Körpereinsatz z. B. durch unterschiedliche Arten des Drückens und Ziehens, eine wichtige Rolle. Auch der gemeinsamen Bewegungskoordination mit dem Patienten kommt eine große Bedeutung zu – auf der Basis einer gezielten Anwendung von Bewegungsmustern, die mit den Ressourcen des Patienten abgestimmt ist. Die Konzepte werden im Folgenden im Einzelnen dargestellt und hinsichtlich ihrer entlastenden oder rückschonenden Prinzipien analysiert.

Kinästhetik- Konzept

Der Einsatz des *Kinästhetik*-Konzepts hat in Deutschland dazu geführt, dass Hebe- und andere Tätigkeiten, die mit einer großen körperlichen Anstrengung in der Pflege verbunden sind, deutlich verringert werden konnten. Kinästhetik gilt daher besonders im deutschsprachigen Raum als gesundheitsfördernd, rückengerecht und steht für viele gleichbedeutend mit ergonomischem Arbeiten im Patientenhandling.

Die *Kurzdarstellung und Analyse* des Bewegungskonzepts erfolgt auf Basis einer Veröffentlichung von Citron [2004] und wird um einige Aspekte aus einer Veröffentlichung von Asmussen [2010] ergänzt.

Das Konzept präsentiert sich als ein umfassendes Lernkonzept, basierend auf Prinzipien zur Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung für Patienten und Pflegende. Durch den Einsatz soll die sensomotorische und kommunikative Kompetenz von Pflegekräften entwickelt und das Erlernen von Bewegungsökonomie gefördert werden. Es bedarf eines längeren Lernprozesses, damit Bewegungs- und Handlungsgewohnheiten entsprechend umgestellt werden können. Gelingt dieser Lernprozess, kann nach Aussagen der Autorin damit gerechnet werden, dass belastende Arbeitsbedingungen modifiziert und körperliche Belastungen reguliert werden können. Der/die Einzelne erkenne dann, was für die eigene Person gut und richtig ist, kann sich an unterschiedliche Bewegungsmuster anpassen und dabei achtsam für die eigene Befindlichkeit bleiben. Als Grundsätze für die Bewegungsunterstützung von Patienten werden formuliert:

- Den Einsatz statischer Kraft (Heben, Halten) vermeiden.
- Im Rahmen der eigenen körperlichen Fähigkeiten handeln, d. h. achtsam sein, um sich nicht zu überlasten.
- Arbeitshöhe individuell einstellen, aber in der Regel deutlich unter Hüfthöhe, damit ein größtmöglicher Bewegungsspielraum, im Rahmen der Anpassung an Patientenbewegungen auf unterschiedlichen Höhen sowie Hin- und Herbewegungen, vorhanden ist.
- Die Ausgangsposition ist in Schrittstellung und im schrägen Winkel an den Körperdiagonalen des Patienten orientiert, um sich den Bewegungen des Patienten optimal anpassen zu können (Vermeidung der sonst oft üblichen in 90 Grad- Position).
- Die Bewegungsgestaltung ist an idealtypischen Bewegungsabläufen orientiert.

- Der Körpereinsatz ist dynamisch und wird durch unterschiedliche Prinzipien, z. B. Anwendung von Druck und Zug gestaltet.
- Durch "Hängen" und "Verstreben" soll ein Fließgleichgewicht hergestellt werden, d.h. "*aus der Bewegung heraus Bewegung beim anderen organisieren*", manchmal auch formuliert als Prinzip "*der Bewegung des Patienten folgen*".²⁶

Im "*Praxisbuch Kinästhetics*" [Asmussen 2010] werden weitere Prinzipien formuliert:

- Bewegen soll in Teilabschnitten erfolgen (an anderer Stelle wird auch vom Prinzip "*gehende Bewegungen organisieren*" gesprochen)
- Die Aktivierung des Patienten erfolgt durch Bewegungsrituale.

Asmussen verweist in derselben Veröffentlichung auch auf weitere belastungsreduzierende Aspekte, die in der Praxis der Kinästhetik betont werden:

- Einsatz von Hilfsmitteln, die dem Patienten ökonomisch selbständig auszuführende Bewegungen ermöglichen (z.B. Rutschbrett).
- Wiedererlangen der Selbstständigkeit und größtmöglichen Mobilität des Patienten.
- Eine Bewegungsanalyse soll sich an zeitlichen, räumlichen und kraftdynamischen Faktoren orientieren (ist aber nicht näher beschrieben).

Der Umgang mit *Belastungsgrenzen*, d.h. mit den Grenzen der manuellen Bewegungsunterstützung, wird in den Fachbüchern zur Kinästhetik nicht thematisiert. Damit kann das aufgestellte Prinzip "sich an den eigenen Fähigkeiten (und womöglich Grenzen) ausrichten" nicht konsequent verfolgt werden. Es finden sich auch keine Aussagen zum Umgang mit ungünstigen Körperhaltungen unter Krafteinwirkung (Verdrehung, Vorneigung oder einseitige Belastung). Ein möglicher Hilfsmiteinsatz findet bei Citron [2004] nur unter kritischen Gesichtspunkten Erwähnung. So wird angemerkt, dass einige Hilfsmittel einen Orientierungsverlust für den Patienten bedeuteten, da sie dem Patienten keine anpassenden Körperbewegungen ermöglichen. Dies sei wegen der Folgen für den Muskeltonus und das psychovegetative System – verbunden mit Gefühlen wie Ohnmacht und Angst etc. – ungünstig. Bei Asmussen [2010] wird der Einsatz einer Gleithilfe unter dem Aspekt der Belastungsreduktion in Kombination mit kinästhetischen Prinzipien vorgestellt.

Zusammenfassend setzt das Konzept der Kinästhetik – auch in der Selbsteinschätzung durch Citron – eine hohe spezifische Bewegungskompetenz und einen hohen Lernaufwand voraus, um belastungsreduzierend wirksam zu sein. Da in Veröffentlichungen auf Kriterien für den Einsatz von Hilfsmitteln bisher kein Bezug genommen wurde, könnte daraus implizit geschlossen werden, dass die Bewegungsunterstützung eines Patienten mit manuellen Methoden der Kinästhetik generell rückengerecht gestaltet werden kann. Dies ist jedoch aus

²⁶ Hierzu könnte aus einer anderen Perspektive auch der bewusste Umgang mit dem Körperschwerpunkt, im Sinne von Gewichtsverlagerung bei sich selbst und beim Patienten gezählt werden, was in einigen Veröffentlichungen auch mit „Gewichtabgabe“ umschrieben wird.

ergonomischer Sicht beim Bewegen von immobilen bzw. schwachen Patienten – je nach geplanter Bewegung und dem Kenntnisstand von Pflegenden bzw. PflegeschülerInnen – kritisch zu sehen.

Bobath- Konzept

Das Bobath- Konzept ist einerseits ein therapeutisches Konzept, welches bei der Behandlung von Patienten mit dem Leitsymptom Hemiplegie eingesetzt wird. In der von Urbas [2005] auf die Pflege ausgerichteten Fassung befinden sich andererseits auch ausdrücklich Grundsätze zum rückschonenden Arbeiten. AutorInnen anderer Veröffentlichungen zur Anwendung des Bobath- Konzepts in der Pflege gehen darauf jedoch nicht explizit ein (z. B. Dammhäuser [2012]).

Bobath in der Pflege steht für die Frührehabilitation in der Behandlung von Schlaganfällen sowie einiger anderer neurologischer Erkrankungen und hat nach Urbas die Prognosen für betroffene Patienten, ihre Selbstständigkeit wiederzugewinnen, erheblich verbessert. Indem Grundsätze für rückschonendes Arbeiten in die Technikanwendungen der Pflege integriert wurden, gelten diese unabhängig von der medizinischen Indikation als rückengerecht und finden in vielen Bereichen der Pflege Anwendung. Es kann davon ausgegangen werden, dass –bei ausreichender Schulung – die Bewegungsunterstützung vor allem ohne Hebeaktivität durchgeführt werden kann und das Bobath- Konzept hiermit einen Beitrag leistet, Rückenbelastungen in der Pflege zu senken.

Die *Kurzdarstellung* und Analyse des Bewegungskonzepts erfolgt auf Basis der Veröffentlichung von Urbas [2005].

Das therapeutische Konzept beinhaltet, dass im Rahmen der 24- Stundenversorgung innerhalb der Frührehabilitation ein einheitlicher sensorischer Input des Patienten über taktil- kinästhetische Bewegungsinformationen stattfinden soll. Allerdings ist auch eine später einsetzende Versorgung mit einem einheitlichen sensorischen Input nach dem Bobath- Konzept für die Verbesserung der Prognose noch sinnvoll. Das Konzept wird nicht als starre Methode verstanden, sondern basiert auf einem "Baukastensystem", mit dessen Hilfe ein individueller Behandlungsweg gefunden werden kann. Dieser Lernprozess und damit alle Bewegungsaktivitäten sollten "*patientenbezogen standardisiert*" sein, um ein einheitliches Vorgehen im Team zu gewährleisten.

Nach den Grundsätzen des Konzepts sollen Lernsituationen möglichst konkret und in direktem Bezug zu den Aktivitäten des täglichen Lebens und zur Erfahrungswelt des Betroffenen gestaltet werden. Dabei sollte der Patient so schnell und so häufig wie möglich wieder in die Sitzposition gebracht werden und dabei möglichst bald in einem normalen Stuhl am Tisch sitzen können.

Das bedeutet für den Anspruch des rückengerechten Arbeitens eine kritisch zu bewertende Herausforderung, da in der Regel zunächst mit großen Einschränkungen der Mobilität und nicht vorhandenen Ressourcen für die Mithilfe beim Patienten gerechnet werden muss.

Die Grundsätze zur Unterstützung beim Lagern und Handling beinhalten spezifische, auf den Input für den Patienten bezogene Aspekte und Grundsätze für rückschonendes Arbeiten:

- Vermeidung von Heben.
- Krafteinsatz durch Gewichtsverlagerung sowie Zug bzw. Schub.
- Gewichtsverlagerung auf der Achse vor- rück oder hoch- runter.
- Bewegungen des Patienten in Teilabschnitten.
- Herstellen möglichst physiologischer Ausgangsstellungen des Patienten.
- Einstellung der Arbeitshöhe auf Höhe der Trochanteren (Knochenvorsprünge am Ende des Oberschenkelknochens, an denen Muskeln ansetzen) der Pflegekraft; ggf. Kompensation durch Arbeiten aus den Knien heraus.
- Schrittstellung oder Grätsche als Ausgangsstellung, um genügend Unterstützungsfläche zu haben.
- Nach Möglichkeit immer gestreckte Arme, wenn mit Zug gearbeitet wird (weil mit gebeugten Armen immer aus dem Rücken heraus gearbeitet wird).
- Sitzen mit einer Gesäßhälfte auf dem Bett oder Abstützen mit einem Knie, um die Rückenbelastung bei einigen Techniken zu verringern.
- Obwohl unter spezifischen Gesichtspunkten eine Bewegungsunterstützung durch eine Person favorisiert werden sollte, wird unter Belastungsgesichtspunkten ein Arbeiten zu zweit nicht ausgeschlossen (sei aber nur in Ausnahmefällen notwendig).

Bei der Vorstellung einzelner Techniken kommen *ergonomische Prinzipien* zum Einsatz, die aber nicht als solche formuliert sind. Hier sind z. B. zu nennen

- die Kopftieflage (schiefe Ebene),
- die Nutzung des Kissens zur Verringerung des Auflagedrucks, bzw.
- die Herstellung der Gleitfähigkeit (z. B. durch Einsatz der Arme als Gleitschiene).

Die erwähnten Prinzipien können in Bezug auf das Bewegen durch Ziehen oder Schieben helfen, den Kraftaufwand bei der Bewegung zum Kopfende zu verringern. Eine Reibungsreduktion wird allerdings nur unter dem Aspekt der Dekubitusprophylaxe begründet und nicht als Prinzip zur Verringerung des Kraftaufwands.

Die vorgestellten Techniken sind an den unterschiedlichen Möglichkeiten zur Mithilfe durch den Patienten ausgerichtet und beziehen auch das Vorgehen bei speziellen Bewegungsproblemen wie z. B. Spastiken mit ein. Eine Bewegungsanalyse bzw. ein Patientenassessment bezüglich einer differenzierten Bewegungsplanung wird dazu allerdings nicht beschrieben.

Zur Körperhaltung (Verdrehung bzw. Vorneigung des Rumpfes, einseitige Belastungen) werden keine Aussagen gemacht. Bei einigen Techniken wird auf die aktive Rückenaufrichtung hingewiesen. Der Umgang mit Belastungsgrenzen und Kriterien zum Hilfsmiteileinsatz zur eigenen Entlastung werden an keiner Stelle thematisiert. Ähnlich wie in der Kinästhetik wird eine manuelle bzw. taktile und "natürliche" Bewegungsunterstützung angestrebt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Wenn eine ausreichende Schulung stattfindet, in der auch Grundsätze zum rückengerechten Arbeiten (vor allem Verringerung von Hebeaktivitäten) einbezogen werden, kann - sofern eine Aktivierung des Patienten möglich ist- auch mit Verbesserungen für den Selbstschutz der Pflegenden gerechnet werden. Allerdings werden diese Grundsätze nicht einheitlich erwähnt.

Aus ergonomischer Sicht ist kritisch zu bewerten, dass immobile, schwache oder schlaffe Patienten grundsätzlich manuell bewegt werden sollen. Belastungsgrenzen sowie Möglichkeiten und Kriterien für einen Hilfsmiteleinsatz werden in den untersuchten Publikationen nicht thematisiert. Verweise auf solche Belastungsgrenzen sind vor allem dann von Bedeutung wenn die überwiegende Mehrzahl der Patienten auf Spezialabteilungen weitgehend immobil ist. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Bobath- Techniken oft auch in Abteilungen mit immobilen Patienten verschiedener Indikationen Anwendung finden, da sie als rückengerecht gelten und gerade diese Techniken aus ergonomischer Sicht im internationalen Diskurs zwischen ExpertInnen als hoch belastend gelten. Außerdem ist davon auszugehen, dass für die Bewertung von solchen Techniken, die Senkung der Hebeaktivität nur einen Faktor unter weiteren physischen Belastungsfaktoren darstellt. Problematisch erscheint zudem der frühzeitig durchzuführende manuelle Transfer vom Bett in den Stuhl. Insbesondere bei schlaffen und inaktiven Patienten scheint hier unter ergonomischen Gesichtspunkten ein Transfer zum Schutz von Patient und Pflegekraft mit einem Lifter oder einem anderem technischen Hilfsmittel (z. B. einem verstellbaren "Therapiestuhl") geboten.

***Aktivitas Pflege®* - Konzept**

Das *Aktivitas Pflege®* Konzept ist ein therapeutisches Konzept zur Behandlung von Schlaganfallbetroffenen und versteht sich als Ansatz zu einem vernetzten wissenschaftlichen Denken. Es beruht nach Aussagen der Konzeptentwicklerin Beckmann auf der Zusammenführung von Grundlagen verschiedener Konzepte (Kinästhetik, Bobath, Affolter, Basale Stimulation und weitere) und deren Weiterentwicklung.

Die *Kurzdarstellung und Analyse* des Bewegungskonzepts erfolgte auf Basis einer Veröffentlichung der Konzeptentwicklerin Beckmann [2000]. In ihm werden u. a. – neben vielen spezifischen Bewegungs- und Lagerungsaspekten – der idealtypische Verlauf für ein schrittweises Vorgehen hin zur Mobilisation aus dem Bett beschrieben. Dabei werden die Aktivierbarkeit des Patienten und ihre Grenzen relativ klar definiert. In dem Prozess führt das Vorgehen allerdings nur an einem Punkt zum Einsatz von Hilfsmitteln. Im Konzept werden Grundprinzipien entwickelt und für die Techniken zu deren Anwendung im Sinne eines Grundrepertoires vorgestellt, was gemeinsam mit der Bewegungsanalyse als Ausgangspunkt für kreatives, fallbezogenes Handeln dienen soll. Die Anweisungen im Konzept sind auch als "*Zuwendung zum Pflegenden*" zu verstehen. Zum Konzept wird folgendes ausgeführt:

- Ausrichtung an individuellen Fähigkeiten und Grenzen der beteiligten Personen.
- Mitbewegung der Pflegekraft mit dem Betroffenen – zu Anfang in engem Körperkontakt.
- Assessment/ Bewegungsanalyse anhand eines konzeptbezogenen Analysebogens, um Pflegeschwerpunkte genau zu erkennen.

- Schrittweiser Aufbau von Patientenfähigkeiten, d. h. ein Mobilisieren aus dem Bett erfolgt erst, wenn der Patient durch gezielte Vorarbeit auch aktivierungsfähig ist (das Sitzen im Stuhl ist vorher nicht sinnvoll).
- Nach der Mobilisation in die Sitzposition ist zunächst ein Lifter für den Weg zurück ins Bett einzusetzen, da die Kräfte des Patienten verbraucht sind.

Für die Umsetzung des Aktivitas Pflege®- Konzepts werden spezielle indikationsbezogene Grundsätze zur Bewegungserleichterung unterschieden:

- Energie kommt aus der Bewegung.
- Bewegungsrichtung des Patienten und der Pflegeperson müssen übereinstimmen.
- Die Pflegekraft muss sich an den Fähigkeiten des Patienten orientieren, um beiden die Kontrolle über die Bewegung zu erlauben.
- Eine erhöhte Körperspannung reduziert die Beweglichkeit bei Patient und Pflegeperson.
- Sprachinformationen werden schrittweise den Bewegungsinformationen angepasst.

Darüber hinaus wird auf die Herstellung einer günstigen *Arbeitshöhe* verwiesen, die den Empfehlungen der anderen Bewegungskonzepte entspricht. Welche Prinzipien zum Körpereinsatz aus dem Bobath- und Kinästhetik- Konzept zum Einsatz kommen bzw. welche Aspekte weiterentwickelt wurden, ist aus den Fotografien zu den Techniken nur indirekt zu schließen. Auf konkrete Aspekte dazu wird bei der Präsentation der Techniken im Einzelnen eingegangen:

- Der Körpereinsatz bei den verschiedenen Techniken ist sehr genau beschrieben – mit Verweis darauf, in welchen Situationen es zu Rückenbelastungen z. B. durch Defizite in der Bewegungskoordination, kommen kann.
- Zur spezifischen Art der Bewegungskoordination gehört der Einsatz der Gewichtsverlagerung nach unten oder hinten- unten bei fast paralleler Haltung des Oberkörpers zur Matratze. Dabei wird der Kopf in Verlängerung der Wirbelsäule zum Boden gehalten (der Vorteil dieser Art Bewegung wird jedoch als Bewegungsprinzip nicht genauer erklärt, aber im Kontext des Bewegungsablaufs begründet).
- Eine mehr oder weniger gebeugte Haltung wird bei allen Tätigkeiten am Bett beibehalten.

Zusammenfassend erweist sich aus ergonomischer Sicht als vorteilhaft, dass mithilfe eines Patientenassessments engmaschig Bewegungsressourcen strukturiert erfasst werden, die den Ausgangspunkt für die Bewegungsplanung und die konkrete pflegerische Handlung darstellen. Dabei setzt das Konzept nach Einschätzung der Autorin ein gutes Verständnis für Bewegungsabläufe und Bewegungsmuster voraus. Es erfordert zudem viel Eigenerfahrung und gute Rahmenbedingungen, und zwar eine wöchentliche Bewegungsanalyse, eine gezielte Bewegungsvorbereitung beim Patienten und eine "konzentrierte Einstellung" der Pflegekraft, d.h. ausschließliche Konzentration auf das Handeln.

Aus ergonomischer Sicht ungünstig fällt die anscheinend ständig gebeugte Körperhaltung der Pflegekraft am Bett auf, was insbesondere dann problematisch ist, wenn auf einer Spezialabteilung bei allen Patienten auf diese Weise gearbeitet wird. Weiter fehlt eine Thematisierung des Umgangs mit möglichen Belastungsgrenzen und Kriterien für den Einsatz von Hilfsmitteln zur eigenen Entlastung). Allerdings findet der sinnvolle Einsatz von technischen Hilfsmitteln anhand einer Beispielsituation Erwähnung.

2.5.2 Patientenassessment/ Mobilitätsassessment

Assessments zur Mobilität von Patienten können helfen Patientenressourcen nach einheitlichen, d. h. standardisierten Kriterien einzuschätzen und die pflegerische Handlungsplanung so zu gestalten, dass erforderliche Ressourcen der Pflegekraft und mögliche Überlastungen besser vorhersehbar sind.

Pflegebezogene Assessmentinstrumente liegen für verschiedene Handlungsbereiche in der Pflege vor und werden in einem umfassenden Handbuch, herausgegeben von Reuschenbach & Mahler [2011] beschrieben. Die HerausgeberInnen setzen sich zunächst für einen kritischen Umgang mit Assessments ein. Sie plädieren bei einem routinemäßigen Einsatz dafür, neben den Gütekriterien eines Instruments auch pragmatische Gesichtspunkte wie die vorliegende Anwendungskompetenz bei Pflegekräften oder die "*tatsächliche Prävalenz eines Pflegephänomens*" genauer zu betrachten. Erst dann könne man zu einer sinnvollen Entscheidung über den Einsatz des Instruments gelangen. Im Kapitel "Empfehlungen zum praktischen Einsatz" wird darauf hingewiesen, dass der Nachweis für die Wirksamkeit von Assessments noch nicht erbracht sei und dass über ein Basis-Assessment der Pflege hinaus noch nicht entschieden sei, nach welchen Kriterien Skalen und Fragebögen in der Pflege genutzt werden sollten. Daher sei immer im multiprofessionellen Team über Sinn, Relevanz und Rolle von Assessments zu entscheiden und zu klären, ob handlungswirksame Ziele und Interventionen aus Assessments ableitbar sind. Darüber hinaus sei der Implementierungsprozess sorgfältig vorzubereiten sowie Praktikabilität und Handhabbarkeit in der Einrichtung zu überprüfen.

Die im Handbuch erfolgte Auswahl von Assessments erfolgte nach folgenden Kriterien:

- Vorhandene Forschungsexpertise in Deutschland.
- International vorhandener Wissensfundus.
- Nicht ausschließlich auf somatische und medizinische Aspekte gerichtete Instrumente.
- Zielgruppenbezug (zunächst Erwachsene).

Auch die Kompetenzen anderer Fachdisziplinen – hier zunächst die Physiotherapie – werden für Assessments einbezogen, z.B. für den Bereich Motorik mit Verweis auf die Notwendigkeit differenzierter Bewegungskonzepte, um das pflegerische Phänomen Beweglichkeit präzise zu formulieren. Die HerausgeberInnen werfen dazu die grundsätzliche Frage auf, ob Assessments zur Motorik besser in der Fachdisziplin Physiotherapie anzusiedeln seien. Die

Frage nach der Notwendigkeit, auch andere Fachexpertisen zu nutzen, stelle sich auch hinsichtlich Assessments zum Ernährungsstatus durch DiätassistentInnen oder zum Status einer Demenz durch GerontologInnen.

Konkret wird das Kapitel zum Mobilitätsassessment von einer Physiotherapeutin [Bohl, 2011] dargestellt. Nach einer historischen Beschreibung der Entwicklung im Bereich Mobilitäts-Assessments seit den 1930iger Jahren und der Feststellung, dass wegen der späten Akademisierung von therapeutischen Berufen in Deutschland ein diesbezüglicher Rückstand gegenüber angelsächsischen Ländern zu verzeichnen sei, wird auf aktuellere Entwicklungen eingegangen. Unter dem Einfluss der WHO habe sich seit 2001 ein internationales Klassifikationssystem (ICF) zur Testung von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit etabliert, das in allen Mitgliedsstaaten in Verbindung mit gesundheitsbezogenen Aspekten anzuwenden ist. Seitdem werden nunmehr auch alltägliche Handlungen und Alltagssituationen beurteilt, die besonders für pflegerische Handlungsstrategien von Interesse sind. Die Auswahl der vorgestellten Assessments richtet sich nach den medizinischen Fachgebieten, in denen am ehesten mit einer eingeschränkten Mobilität zu rechnen ist: Neurologie, Orthopädie, Chirurgie und Geriatrie.

Nach Bohl sollten Testverfahren möglichst Einschränkungen im Bereich von folgenden Fähigkeiten abbilden:

- Lagewechsel (Drehen, Aufsetzen, Aufstehen),
- Gehfähigkeit,
- Gleichgewicht,
- Belastbarkeit (längere Gehstrecken, Treppensteigen etc.).

Es werden mehrere Testverfahren, ihre Anwendungsbereiche und entsprechende Erfahrungen vorgestellt. Die vorgestellten physiotherapeutischen Assessments spielen für die Pflege eher im Kontext der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen eine Rolle, um das therapeutische Vorgehen einzuordnen. Dabei werden zum Teil auch aufgabenorientierte Handlungsabläufe getestet. Eine Reihe von Tests sei dabei vorrangig auf Verlaufskontrolle und Evaluation des Behandlungserfolgs gerichtet.

Anders ist dies beim *Barthel-Index*²⁷ und beim *FIM*²⁸. Hier handelt es sich um Assessment-Instrumente mit mobilitätsbezogenen Anteilen, welche die Selbständigkeit von Patienten bei grundlegenden Aktivitäten (wie z.B. beim Transfer vom Bett in den Stuhl) einschätzen helfen.

²⁷ Assessmentinstrument zur Ermittlung von Alltagsfunktionen,
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/zusatz-06-barthelindex.htm>

²⁸ Functional Independence Measure zur Ermittlung der funktionellen Selbständigkeit,
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2013/zusatz-09-fim.htm>

Diese werden berufsgruppen- und indikationsübergreifend, vor allem in der (Früh-) Rehabilitation, angewendet. Ihre Aussagekraft sei aber begrenzt bezüglich qualitativer und quantitativer Faktoren, so dass von einer "*begrenzten Sensitivität bezüglich Veränderungen der Mobilität*" gesprochen wird. Somit können hier also nur grobe Mobilitätseinstufungen und ein entsprechender Hilfebedarf beschrieben werden.

Differenziertere Alltagsaktivitäten werden im "*Berg-Balance*"-Test²⁹ beschrieben, der für den geriatrischen Anwendungsbereich entwickelt wurde und inzwischen auch in neurologischen Arbeitsfeldern erfolgreich zur Anwendung gekommen ist. Dieser Test besteht aus 38 Items und liefert ein standardisiertes Instrument zu Gleichgewichtsfähigkeiten, welcher zudem mit anderen Tests, z. B. auch mit dem Barthel-Index korreliert. Die Testung benötigt einen Zeitaufwand von 10-20 Minuten. Die strukturiert nach einzelnen Gleichgewichtsfähigkeiten beurteilbaren Ergebnisse ermöglichen die Beurteilung von Konsequenzen für verschiedene normale Alltagsaktivitäten. So wird z. B. die Fähigkeit des Patienten, "frei" zu stehen (mit und ohne Hilfe) oder die Gehfähigkeit unter Zusatzanforderungen getestet, was auch unter pflegerischen Gesichtspunkten, z. B. für eine Sturzprophylaxe oder die Einschätzung eines sicheren Bett- Stuhl- Transfers wichtig ist. Unterhalb dieser Mobilitätsstufe werden keine Assessmentinstrumente vorgestellt, die Fähigkeiten strukturiert beschreiben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in dem Grundlagenwerk von Reuschenbach und Mahler keine pflegespezifischen Assessments zur *Mobilität* vorgestellt werden. Eine Ausnahme stellen die Instrumente FIM und Barthel- Index dar, die in der Pflege Anwendung finden. Sie sind jedoch nur mit Einschränkungen für die Bewegungsplanung nutzbar, da mit ihnen Mobilitätsveränderungen nicht ausreichend sensitiv für die pflegerische Handlungsplanung erfasst werden können.

2.5.3 Rückengerechte/ -schonende/ ergonomische Arbeitsweisen

Fachbücher dieser Kategorie beziehen sich schon im Titel ausdrücklich auf den Selbstschutz beim Bewegen von Patienten. Sie umfassen damit – neben Kenntnissen und Fertigkeiten zu Bewegung – auch ergonomische Themen und den Hilfsmiteileinsatz zur eigenen körperlichen Entlastung. Die analysierten Veröffentlichungen wurden mit jeweils unterschiedlichen Zielsetzungen und vor einem unterschiedlichen Hintergrund geschrieben. Mit ihnen ist der Anspruch verbunden, möglichst praxisorientierte und leicht umsetzbare Empfehlungen zu geben. Zwei der Bücher beziehen sich hierbei auch direkt auf Grundsätze und Prinzipien.

"Rückenschonende Pflege" von Wewerka

Das Fachbuch "Rückenschonende Pflege – Arbeitstechniken bei verschiedenen Krankheitsbildern" [Wewerka 2007] beruht auf den Erfahrungen physiotherapeutischer Arbeit, die für

²⁹ <http://www.mt-dok.de/mt-dok/Berg-Balance.htm>

Pflegende nutzbar gemacht werden sollen. Hierfür werden allgemeine Grundsätze und Prinzipien, teilweise aus der Rückenschule, formuliert:

- Heben so wenig wie möglich.
- Ziehen oder Rutschen statt Heben.
- Nutzung von Hebehilfen, wenn der Patient zu schwer ist oder nicht ausreichend mithelfen kann.
- Auf ein angemessenes Tempo achten, wenn der Patient mithilft.
- Einheitliches Vorgehen im Team.
- Übernahme der Führung durch eine Pflegekraft beim Arbeiten zu zweit, um dem Patienten die Orientierung zu erleichtern.
- Differenzierte Wahrnehmung, welche Unterstützung der Patient braucht (so wenig wie nötig).
- Tragen geeigneter Schuhe und Kleidung.
- Gestaltung der Situation um das Bett als von beiden Seiten zugänglich, um nah an die "Last" gehen zu können.
- Körperlast des Patienten zunächst heranholen und dann heben.
- Lasten mit aufgerichtetem stabilisiertem Oberkörper tragen.
- Zum Gewicht drehen.

Die Techniken werden sehr genau und praxisnah erklärt; es fließen viele gute Tipps zur Verringerung von Belastungen ein. Allerdings werden diese nicht auf eine prinzipielle Ebene gebracht. Gewichtsverlagerung und Reibungsreduktion (Rutschtuch) werden an einer Stelle erwähnt, aber nicht grundsätzlich als entlastende Prinzipien und Möglichkeiten vorgestellt.

Obwohl eine günstige Ausrichtung des Körpers der Pflegekraft, um Verdrehungen zu vermeiden, sogar zum Prinzip erklärt wurde, kommt es bei einigen Technikvorschlägen dazu, dass die Pflegeperson quer zur Bewegungsrichtung steht

Außerdem wird eine Reihe von Techniken zum Bewegen von immobilen Patienten empfohlen, die im internationalen Diskurs unter ExpertInnen mittlerweile als hoch belastend gelten (z. B. der "S"- oder "Hakengriff" beim Kopfwärtsbewegen zu zweit, Heben zu zweit beim Transfer aus dem Bett u.a.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine Reihe von Empfehlungen aus ergonomischer Sicht kritisch bewertet werden müssen. Hilfsmittel und ihre Einsatzmöglichkeiten werden zwar relativ ausführlich vorgestellt. Es scheint jedoch, als sei das Ziel, möglichst ohne Hilfsmittel zu arbeiten bzw. diese nur im Ausnahmefall einzusetzen. Es werden keine Kriterien für den Hilfsmiteleinsatz zur körperlichen Entlastung der Pflegenden genannt.

"Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege" von Amman

Die Veröffentlichung "*Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege – Leitfaden für gesundheitsfördernde Transfertechniken*" [Amman 2007] wurde von einer Pflegelehrerin geschrieben. Das Buch ging aus einem Anwendungsprojekt zur Verbesserung des Selbstschutzes in ei-

nem Krankenhaus hervor und beruht auf der pragmatischen Verknüpfung von Elementen aus Bewegungskonzepten (Kinästhetik, Bobath) und dem Einsatz von Hilfsmitteln.

Technische Hilfsmittel finden allerdings keine Erwähnung, so dass nur manuelle Bewegungsinterventionen bzw. Transfers thematisiert werden. Die Projektumsetzung beinhaltete den Aufbau eines Arbeitskreises "*Gesunder Rücken*", der einen Zusammenschluss von MultiplikatorInnen der Stationen darstellt. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen insgesamt und die Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben für den Arbeitgeber wurden bei der Projektumsetzung ausdrücklich einbezogen. Das Projekt wurde auf dieser Grundlage auch in die Ausbildung integriert.

Allgemeine *Voraussetzungen für rückengerechtes Arbeiten* werden im Buch bezogen auf Patienten, MitarbeiterInnen, die Arbeitsumgebung und auf Hilfsmittel formuliert; Grundsätze und Prinzipien für rückengerechtes Arbeiten werden bei der Vorstellung der Techniken jedoch nicht erwähnt.

Hinsichtlich des *Körpereinsatzes* wird allerdings darauf verwiesen, dass nicht gehoben, sondern gezogen oder geschoben werden soll. Auf das Ziehen des Patienten wird nur an wenigen Stellen ausdrücklich mit Bezug auf eine Gewichtsverlagerung der Pflegekraft verwiesen.

Auf eine aktive Aufrichtung des Rückens und gestreckte Arme, wie sie im Bobath-Buch Erwähnung finden, wird bei den entsprechenden Techniken kein Bezug genommen. Grundsätze und Prinzipien zum Kinästhetik-Konzept werden ebenfalls nicht bei der Vorstellung von entsprechend abgeleiteten Techniken eingeführt bzw. erläutert.

Darüber hinaus sind die vorgestellten Techniken anschaulich und praxisnah nach der Anwendungseignung gegliedert (je nach Mobilitätsgrad in "wenig, mittel, schwer eingeschränkter" Patient). Damit wird ersichtlich gemacht, welche Techniken eine Mithilfe des Patienten voraussetzen.

Ansonsten stehen die Techniken als mögliche rückengerechte Handlungsalternativen nebeneinander. Dabei wird nicht mehr erwähnt, welche Technik zu welchem Konzept gehört. Die einzelne Pflegekraft soll pragmatisch entscheiden, was für sie und den Patienten passt bzw. praktikabel ist. Bei der Auswahl einer Technik soll die Individualität des Patienten berücksichtigt werden, aber auch die körperlichen Voraussetzungen der Pflegekraft und die Arbeitsumgebung. Ein besonderer Vorteil des Buches ist, dass die sogenannten "kleinen" Hilfsmittel in der Anwendung detaillierter vorgestellt werden.

Die vorgestellten Hilfsmittel werden in einem separaten Kapitel hinsichtlich ihrer Gebrauchseigenschaften etc. beschrieben. Das Buch wird abgerundet durch eine kurze Skizzierung der Bobath- und Kinästhetik-Konzepte, sowie rechtliche Informationen zu Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Zusammenfassend ist eine Stärke des Buches die Vorstellung der Anwendung von Hilfsmitteln. Auch die Projektbeschreibung und die Dokumentation der rechtlichen Grundlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Pflegefachbuch sind positiv erwähnenswert. Kritisch anzumerken ist: Sowohl hinsichtlich des Selbstschutzes als auch im Kontext von Pflegezielen wäre wichtig gewesen, bei Techniken auf der Basis der Bewegungskonzepte auch einen Hinweis auf die konzeptbezogene Art des Körpereinsatzes bzw. des Umgangs mit

dem Patienten zu geben, denn ohne Auseinandersetzung mit grundlegenden Prinzipien kann weder das eine noch das andere zielorientiert umgesetzt werden.

Grundsätzlich fehlt die Thematisierung eines systematischen Umgangs mit Belastungsgrenzen und ein Verweis auf technische Hilfen, deren Anwendungsbeschreibung sowie Kriterien zu deren Einsatz.

"Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege" von Soyka

Das Buch *"Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege – ein ergonomisches Training"* [Soyka 2000; DGUV 2002] beruht auf der Entwicklung eines Präventionsprogramms im Auftrag des Bundesverbands der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (BAGUV, heute im Dachverband der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusammengeschlossen). Das Programm war das Ergebnis einer längeren Zusammenarbeit zwischen ArbeitswissenschaftlerInnen, ÄrztInnen, PhysiotherapeutInnen und PflegeexpertInnen aus der Praxis zu schwierigen Transfers von Patienten unter der Leitung des Orthopäden Soyka. Es ist inhaltlich auf die berufsbezogene Prävention für Pflegekräfte fokussiert und wurde in vielen Bundesländern eingeführt.

Grundlage der Programmentwicklung war die biomechanische und ergonomische Analyse von Transfers von eher immobilen oder schwachen Patienten und die Feststellung, dass viele Regeln der Rückenschule im Patientenhandling schwer anwendbar sind. Mit dem Programm soll durch Formulierung von Grundsätzen und Prinzipien dazu beigetragen werden, dass die klassische Risikokonstellation für eine Fehlbelastung des Rückens bei der Pflege von Patienten möglichst vermieden wird.

Eine klassische Risikokonstellation besteht z. B. bei einer gleichzeitigen Vorneigung, Rotation und/ oder Seitneigung des Oberkörpers oder durch schwungvolles Bewegen von hohen unkontrollierbaren Patientengewichten. Als besonders problematisch gelten in diesem Zusammenhang ungünstige Haltungen am Bett (sogenannte Zwangshaltungen) und die Art des Patientengewichts (instabil und schlecht zu greifen). Hierzu wird auf die notwendigen Veränderungen des Körpereinsatzes eingegangen, wofür einige genau erklärte Basistechniken und der planvolle Einsatz von einfachsten Hilfsmitteln (Laken, Gleitfolien) oft schon ausreichen.

Für eine gezielte Problemlösung wurden folgende Grundsätze und Prinzipien für Bewegung und Transfer formuliert:

- Ergonomisch planen und denken.
- Patienten aktivieren.
- Kein Vertikales Heben, sondern Ziehen oder Schieben.
- Hilfsmittel benutzen.
- Gewichtsverlagerung einsetzen.
- Günstige Stellung zum Patienten, Fußstellung beachten.
- Höhengefälle ausnutzen.
- Reibung reduzieren.
- Schiefe Ebenen und Rampen nutzen.
- Patienten kompakt machen.

- Hebelwirkungen nutzen.

Der Lernprozess erfolgt über Techniken zu gängigen Transferproblemen, an denen die Anwendung von Prinzipien erprobt werden kann. Diese stellen in vielen Situationen gleichzeitig schon ein befriedigendes Repertoire für Problemlösungen dar. Im Ergebnis der Schulung wird jedoch darauf gesetzt, dass bekannte Techniken oft nicht komplett ersetzt, sondern nur durch kleine Details optimiert werden müssen, um zur Entlastung beizutragen.

Das Programm setzt zudem bei den AnwenderInnen auf die Entwicklung und den Ausbau eines ergonomischen Verständnisses in Hinblick auf die Problemanalyse und die Anwendung von Prinzipien zu weiteren Problemlösungen.

Eine gleichzeitige Verankerung von Bewegungskonzepten und Verknüpfungen im Rahmen einer Gesamtstrategie innerhalb einer Einrichtung wird angestrebt. Das Buch liefert notwendiges Hintergrundwissen in Form von anatomischen und biomechanischen Grundlagen und Ausführungen zu gängigen Rückenerkrankungen und -problemen. Es wird abgerundet durch die Übertragung von Grundsätzen auf andere Hebesituationen, Aspekte zur Umgebungsgestaltung und die Vorbereitung der Umsetzung eines Transfers (Checklisten etc.), sowie Vorschläge für ein kleines Bewegungsprogramm zum Ausgleich.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Fachbuch und das darin vorgestellte Programm ausschließlich den Selbstschutz der Pflegenden im Fokus hat. Insgesamt ist das Programm eher auf manuelle Arbeitstechniken bei Transfers gerichtet, obwohl auch auf den Einsatz von technischen und "kleinen" Hilfsmitteln und auf ergonomische Rahmenbedingungen im Kontext einer systematischen Programmeinführung verwiesen wird. Grundsätzlich fehlt aber auch hier ein systematischer Umgang mit Belastungsgrenzen und ein entsprechender Verweis auf den Einsatz technischer Hilfen, deren Anwendungsbeschreibung sowie Kriterien zu deren Einsatz.

3 EPH aus der Sicht von ExpertInnen (Teilprojekt 2)

3.1 Fragestellungen

Zur Einschätzung, der für einen möglichen EPH- bezogenen Handlungsbedarf relevanten und subjektiv wahrgenommenen physischen Belastungen innerhalb der Pflege beim Patientenhandling, waren ergänzend zu den anderen Teilprojekten persönliche Kommentare von ExpertInnen mit unterschiedlichen Perspektiven zum Thema von Interesse. Folgende Fragen wurden für relevant gehalten:

- Wie wird der Ist-Stand zum Selbstschutz beim Patientenhandling in der Pflegeausbildung und -praxis gesehen hinsichtlich
 - der Schutzbedürftigkeit von Auszubildenden in der Pflege?
 - der Umsetzung von EPH in der praktischen Pflegeausbildung und beruflichen Praxis?
 - der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention zum Selbstschutz in den Pflegeschulen?
- Welche curricularen Gestaltungsspielräume bestehen an Pflegeschulen?
- Wie wird die praktische Qualifikation zum Bewegen von Patienten insgesamt und speziell die ergonomische und auf Rückenprävention gerichtete Qualifikation von Lehrenden eingeschätzt?
- Wie präsent ist betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Pflegelehrerausbildung?
- Welche Handlungsbedarfe zu EPH werden gesehen
 - in der Pflege- und PflegelehrerInnenausbildung?
 - hinsichtlich einer verbindlichen Verankerung von EPH in den Pflegeausbildungsgrundlagen?
 - zu EPH- Ausbildung und Qualifizierung für Lehrkräfte und PraxisanleiterInnen?
 - zur EPH-Qualifizierung als Voraussetzung zur Unterrichtsübernahme durch Pflegelehrkräfte?
 - zur EPH-Qualifizierung als verbindlicher Lehrinhalt in der Aus- und Fortbildung von PraxisanleiterInnen?

3.2 Methoden

Kollektiv und Zugang

Als ExpertInnen wurden deutschlandweit 25 Akteure mit Verantwortung für Pflegeausbildung und Arbeitsschutz aus unterschiedlichen Bereichen kontaktiert, die zu den aufgeworfenen Fragestellungen unter Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Perspektiven befragt werden sollten.

Es wurden ExpertInnen in die telefonische Befragung einbezogen, die entweder als Lehrpersonen an den Pflege-(hoch)schulen bzw. Universitäten maßgeblich an der inhaltlichen Ausgestaltung pflegerischer Ausbildungsgrundlagen beteiligt sind und/oder über detaillierte Informationen zur Schwerpunktsetzung und Umsetzung von EPH-Themen verfügen (zur Übersicht siehe Anhang, Kapitel 9.1).

Ergänzend wurden VertreterInnen der Gesetzlichen Unfallkasse und der BGW, der Wohlfahrtsverbände, einer Gewerkschaft, eines Berufsverbands/ des Bildungsrats Pflege und einer pflegewissenschaftlichen und einer berufspädagogischen Forschungseinrichtung befragt. Zusätzlich sollte anhand der vorgenommenen Auswahl sichergestellt werden, dass sowohl die Perspektiven aus ArbeitnehmerInnen- als auch aus Arbeitgeberverbänden vertreten sind.

Strukturierter Leitfaden: Aufbau und Inhalt

Entsprechend der unterschiedlichen Expertise der befragten Personen wurde ein modulares Befragungskonzept mit gemeinsamen und jeweils spezifischen Fragestellungen mit insgesamt vier Leitfäden für die genannten Zielgruppen entwickelt (1. PflegelehrerInnen, 2. BildungsexpertInnen, 3. VertreterInnen von Verbänden und 4. Institutionen des Arbeitsschutzes; siehe Anhang, Kapitel 9.2).

Durchführung und Auswertung der Experteninterviews

Die leitfadengestützten Interviews wurden zwischen Oktober 2012 und Januar 2013 durchgeführt und schriftlich aufgezeichnet (Dauer in der Regel 90 Minuten). Anschließend wurden die transkribierten Interviews hinsichtlich der leitenden Fragestellungen von jeweils einer Person des Forschungsteams (S.H., A.H.) ausgewertet. Das Ziel der Analyse bestand darin,

1. die Komplexität der Aussagen zu verdichten,
2. die Kernaussagen der Befragten zu beschreiben sowie
3. die verschiedenen Perspektiven der ExpertInnen anhand einer vergleichenden Zusammenfassung wiederzugeben.

Zur Kontrastierung wurden Gemeinsamkeiten und Abweichungen identifiziert und interpretiert.

3.3 Kollektiv

Von 25 Angesprochenen gelang es, 14 ExpertInnen aus folgenden Bereichen zu gewinnen (in Klammer die im Text verwendeten Pseudonymisierungs-codes):

- n=4 PflegelehrerInnen (n=2 GKP, n=2 Altenpflege; Nr. 1-4);
- n=2 VertreterInnen aus den Aufsichtsorganen des Arbeitsschutzes (Unfallkasse, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW; (Nr. 5 und 6));
- n=3 VertreterInnen der akademischen Pflegebildung (n=2 (Fach)Hochschulen, n=1 Universität; Nr. 7-9); davon n=1 gleichzeitig VertreterIn des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung DIP;
- n=1 VertreterIn der Berufsbildungsforschung (Nr. 10);
- n=4 VertreterInnen aus Verbänden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe/ Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Nr. 11), Gewerkschaft Ver.di (Nr. 12), Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Nr. 13), Arbeiter-Samariter-Bund (ASB, Nr.14).

Die verschriftlichen und von den GesprächspartnerInnen in der vorliegenden Form zur Veröffentlichung freigegebenen Interviews befinden sich in Anhang, Kapitel 9.3.

Trotz intensiver Bemühungen und häufig mit der Begründung von Arbeitsüberlastungen konnten neun ExpertInnen aus den folgenden Bereichen für ein Interview *nicht* gewonnen werden:

- n=2 (für die Pflegeausbildung zuständigen Bundesministerien BMG, BMFSJ);
- n=1 (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung DIP);
- n=1 (Kuratorium Deutsche Altershilfe KDA);
- n=2 (Pflegepädagogische/ berufspädagogische Forschungsinstitute);
- n=1 (Der Paritätische Wohlfahrtsverband);
- n=2 (Schulleitung GKP- bzw. Altenpflegeausbildung).

Beruflicher Hintergrund und Bezug zur Pflege

Die Mehrheit der befragten ExpertInnen (11 von 14 Personen) verfügen über langjährige Erfahrungen (4-18 Jahre) in der Ausübung verschiedener Pflegeberufe der ambulanten und stationären Kranken-, Alten- sowie Behindertenpflege. Nur drei der ExpertInnen, aus dem Bereich Arbeitsschutz, Berufsbildungsforschung sowie Wohlfahrtsverband, absolvierten keine berufliche Pflegeausbildung. Im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit berichteten diese daher ausschließlich über einen indirekten Kontakt zur Pflegepraxis, der überwiegend auf Pflegemanagement- oder technischen Aufsichtsdienstleistungen sowie Projekterfahrungen beruht.

Vier der Befragten absolvierten über die berufliche Pflegeausbildung hinaus eine Weiterbildung zum/r LehrerIn für Pflegeberufe. Sechs weitere ExpertInnen berichten über eine zusätzliche akademische Ausbildung im Bereich der Pflegewissenschaften, Pädagogik oder

des Pflegemanagements. Da drei der ExpertInnen (Arbeitsschutz/ Forschung/ Wohlfahrtsverband) weder in einem Pflegeberuf, noch als Lehrkräfte in der Pflege mit Bezug zum EPH tätig sind, wurden diese auch nicht zu ihrem fortbildungsbezogenen oder akademischen Hintergrund befragt. Bis auf ExpertIn 10 und 13 als Angehörige der Forschung bzw. der Wohlfahrtsverbände verfügen alle Befragten über Lehrexpertise innerhalb der Pflegeaus-, fort und -weiterbildung oder Pflegehochschulpädagogik mit bis zu 25 Jahren Lehrtätigkeit.

Lehrtätigkeiten zum EPH

Insgesamt vermitteln alle befragten PflegelehrerInnen im Unterricht der Pflegeausbildung Inhalte zum EPH. Die Themen variieren dabei je nach individueller Schwerpunktsetzung zwischen:

- rüchenschonendem Arbeiten,
- Rückenschule,
- Bewegungskonzepten (Bobath, Kinästhetik sowie anderen spezifischen Programmen) und
- dem Einsatz von technischen und "kleinen" Hilfsmitteln.

In diesem Zusammenhang berichteten die PflegelehrerInnen über eine Vielzahl absolvierter EPH-Fortbildungen mit jeweils unterschiedlichem zeitlichem Umfang (maximal 6 Tage). Bis auf ExpertIn 2, die angab, zusätzlich die Stufen 1 und 2 als Kinästhetik-TrainerIn absolviert zu haben, verfügt jedoch keine/r dieser ExpertInnen über eine umfassendere bewegungsbezogene Qualifikation.

Die ExpertInnen aller anderen befragten Berufsgruppen, die als Lehrkräfte in den Pflege(hoch-)schulen tätig sind oder es in der Vergangenheit waren, unterrichten ohne thematischen Bezug zum EPH.

Persönlicher Stellenwert von Selbstschutz beim Patientenhandling

Für PflegelehrerInnen und VertreterInnen aus dem Arbeitsschutz hat EPH gleichermaßen und nach eigenen Aussagen persönlich einen hohen bis sehr hohen Stellenwert. Indem sie auf die eigene, aus dem beruflichen Rollenverständnis resultierende Verantwortung Bezug nahmen, assoziierten die Befragten mit Versäumnissen beim Selbstschutz auch gleichzeitig Einbußen für die Versorgungsqualität der Patienten.

PflegehochschulexpertIn 7 begründete den hohen Stellenwert des EPHs wie folgend: *"Ich kenne es selbst noch aus der Weiterbildung zum Pflegelehrer, dass viele Personen erst [...] dazu kamen, weil sie nicht mehr in der Lage waren, ihre Berufstätigkeit in der Pflege fortzusetzen. Nach zahlreichen Gesprächen mit Weiterbildungsteilnehmern, aber auch mit Kostenträgern der beruflichen Rehabilitation würde ich sagen, dass der primäre Grund zur Pflegelehrer-Weiterbildung für viele die gesundheitliche Beeinträchtigung war".*

3.4 Ist-Stand zum Selbstschutz beim Patientenhandling in der Pflegeausbildung und -praxis

Aussagen von VertreterInnen aus dem Arbeitsschutz

Im Gegensatz zu den PflegelehrerInnen (die den Stellenwert des Selbstschutzes beim Patientenhandling in der Pflegeausbildung an ihrer Schule als hoch bewerteten), schätzten die VertreterInnen aus dem Arbeitsschutz diesen innerhalb der Pflegeberufsgruppen generell als zu gering ein.

Eine rückengerechte Arbeitsweise und ein geschultes Wissen zum Selbstschutz nimmt ExpertIn 5 in der Pflegepraxis lediglich bei den jüngeren Mitarbeiterinnen oder bei älteren Pflegekräften mit gesundheitlichen Einschränkungen wahr. Defizite seien insbesondere im Bereich der Altenpflege vorhanden. ExpertIn 6 berichtete über Aussagen von Altenpflege-UmschülerInnen, die ursprünglich aus Berufsfeldern stammen, in denen Arbeits- und Gesundheitsschutzinhalten eine hohe Bedeutsamkeit zukommt. Die UmschülerInnen seien häufig sehr überrascht davon, dass MitarbeiterInnen, die ja eine wichtige Ressource im Unternehmen darstellen, weder ausreichende Strukturen noch ein einheitliches Regelwissen zur Verfügung stehen, um sich selbst ausreichend schützen zu können.

Einschränkend verwiesen beide ArbeitsschutzexpertInnen jedoch auf die Subjektivität ihrer Aussagen und benannten gleichzeitig einen positiven (wenn auch nicht als hinreichend wahrgenommenen) Wandel in den Pflegeschulen, indem sich dem Selbstschutz vermehrt gewidmet wird. Problematisch empfand ExpertIn 6 jedoch, dass die zeitliche und thematische Fokussierung innerhalb des Pflegeunterrichts individuell von der jeweiligen Lehrkraft abhängig ist.

Aussagen von PflegehochschullehrerInnen

Das Meinungsbild der PflegehochschullehrerInnen zum Stellenwert des Selbstschutzes beim Patientenhandling innerhalb der Pflege ist heterogen. ExpertIn 7 verwandte die Dichte kinästhetisch ausgebildeter Pflegekräfte als Maß für die Annahme, dass der Selbstschutz bereits einen sehr hohen Stellenwert genieße. ExpertIn 8 differenzierte zwischen theoretischer Ausbildung und dem Geschehen in der Praxis, wobei die Gewichtung des Selbstschutzes in der Pflegepraxis als eher gering einzuordnen sei (Stufe 2 auf einer 10-stufigen Skala). ExpertIn 9 sah wiederum Anzeichen für eine wachsende Bedeutung dieses Themas durch den zunehmenden Mangel an Pflegefachkräften. Die Sicherung von Pflegearbeitsplätzen werde demnach bereits durch hohe Anstrengungen der Pflegebereiche unterstützt, die durch Initiativen zur Gesundheitsförderung versuchen, Veränderungen im Selbstverständnis der Pflegenden hinsichtlich des Selbstschutzes herbeizuführen.

Aussagen von VertreterInnen von Wohlfahrtsverband/ Berufsverband/ Gewerkschaft

Die VertreterInnen der Wohlfahrtsverbände und Gewerkschaft waren einhellig der Ansicht, dass der Selbstschutz innerhalb der Pflegeberufsgruppen ein sehr ambivalent gehandeltes

Thema sei. Einerseits würden Pflegende auf Nachfrage das Thema als wichtig erachten und scheinen über ein gesundheitliches Bewusstsein zu verfügen. Andererseits zeigen sich jedoch Motivationsdefizite, die physischen Belastungen im Pflegealltag adäquat und mit Rücksicht auf den Selbstschutz zu bewältigen.

Die Befragten mutmaßten, dass es den Pflegenden an Möglichkeiten fehle, ihr Wissen in der Praxis umzusetzen, womit der Erwerb einer selbstschützenden Handlungskompetenz verhindert werden würde. In der Alten- sowie in der ambulanten Pflege sei die Situation jedoch eher durch mangelnde Kompetenz sowie fehlendes Interesse der Pflegenden zur Lösung ergonomischer Fragestellungen gekennzeichnet.

Als mögliche Ursache verwies ExpertIn 13 auf die Tatsache, dass aufgrund des zunehmenden Fachkräftemangels in der ambulanten Pflege immer mehr unausgebildetes Personal in der Pflege tätig wird. Die Fortbildungspriorität der Arbeitnehmerinnen liegt somit eher auf dem Erwerb fachlicher Inhalte. ExpertIn 11 betont, dass das Berufsgesetz der Altenpflege im Vergleich zu dem der Krankenpflege älter sei und es somit an Neuerungen und Impulsen zur betrieblichen Gesundheitsförderung fehle.

Schutzbedürftigkeit von Auszubildenden in der Pflege

Insgesamt betonten die befragten ExpertInnen des Arbeitsschutzes, der Gewerkschaft, des Berufsverbands sowie der Wohlfahrtsverbände eine hohe Schutzbedürftigkeit von Auszubildenden³⁰ in der Pflege. Die Begründungen für diese Annahme sind jedoch verschieden:

- *VertreterInnen aus dem Arbeitsschutz*: PflegeschülerInnen sind schutzbedürftig, da sie die Folgen hoher Belastungen, wie sie durch konventionelle Patiententransfers verursacht werden, sowohl für sich wie auch für den Patienten nicht einschätzen können.
- *ExpertIn 11 (Berufsverband)*: Die Schutzbedürftigkeit sei individuell verschieden, da die Fähigkeit, gut auf sich zu achten, unterschiedlich ausgeprägt sei.
- *ExpertIn 12 (Gewerkschaft)*: Auszubildende hätten noch nicht alle Abläufe verinnerlicht und benötigten einen geschützten Raum zum Lernen.
- *ExpertIn 14 (Wohlfahrtsverband/Bundesebene)*: Aus ArbeitgeberInnensicht sei es wichtig, mit den knappen Personalressourcen pfleglich umzugehen.

Beurteilung der Umsetzung von EPH in der praktischen Pflegeausbildung und beruflichen Praxis

Die Umsetzung von EPH in der praktischen Ausbildung wurde von den PflegelehrerInnen und VertreterInnen aus dem Arbeitsschutz einheitlich bewertet: Oft sei sie nicht ausreichend und wäre davon abhängig, in welchem Ausmaß PraxisanleiterInnen geschult sind und wie

³⁰ Hier wurde der Begriff "Auszubildende" benutzt, um die Schutzbedürftigkeit in der praktischen Ausbildung im Sinne des Arbeitsschutzrechts zu unterstreichen – wohl wissend, dass es sich hier nicht um Auszubildende im Sinne des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) handelt.

viel Zeit sie der Anleitung von SchülerInnen neben der regulären Pflgetätigkeit widmen können. ExpertIn 1: *"Also ich höre von meinen Schülern oft, dass sie nur einen einzigen Dienst innerhalb des sechswöchigen Praxisblockes gemeinsam mit der Praxisanleiterin absolvieren. Den fehlenden praktischen Unterricht müssen dann die examinierten Pflegekräfte auf den Stationen kompensieren. [...] PraxisanleiterInnen sind aber aufgrund ihrer pädagogischen Kenntnisse eher dazu geeignet, praktisch anzuleiten."* ExpertIn 2 betonte jedoch, dass es nicht so sei, dass gar nichts umgesetzt werde. Bereits minimale Veränderungen im Arbeitsverhalten, z.B. die Einstellung des Betts auf Arbeitshöhe seien wichtig. Oft werde dies jedoch von den SchülerInnen nicht als *bewusste* Anwendung des erlernten Wissens wahrgenommen.

Insgesamt benannten die PflegelehrerInnen bedeutsame Mängel in der praktischen Pflegeausbildung, die sich auch auf die praktische Vermittlung von EPH auswirken:

- unzureichende Qualifizierung von PraxisanleiterInnen;
- Motivationsdefizite von PraxisanleiterInnen, zum Beispiel aufgrund mangelnder Freistellung, um die SchülerInnen angemessen anleiten zu können;
- fehlender Austausch/ Zusammenarbeit zwischen Pflegeschulen und Ausbildungsbetrieben;
- fehlende Vereinbarungen für die Zusammenarbeit zwischen Pflegeschulen und Ausbildungsbetrieben (hinsichtlich Freistellung und Bezahlung von PraxisanleiterInnen für regelmäßige Arbeitstreffen);
- mangelnde Möglichkeiten, Anleitungsthemen in diesem Bereich nachzuweisen.

Als Ursache für viele dieser Missstände wurde von den ExpertInnen der Begriff "Pflegetand" verwendet. Durch ihn würden PraxisanleiterInnen zusätzlich zur Ausübung ihrer Pflgetätigkeit nicht ausreichend Zeit finden, SchülerInnen praktisch anzuleiten: *"Da fällt die praktische Anleitung oft aus und die Schüler fühlen sich allein gelassen."*

Nach den Aussagen mehrerer PflegelehrerInnen sowie der Gewerkschafts- und BerufsverbandvertreterInnen finden die Themen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Pflegeschulen zwar theoretisch ihre Berücksichtigung. Der Selbstschutz von ArbeitnehmerInnen und damit auch der Auszubildenden sei jedoch weniger expliziter Gegenstand der praktischen Ausbildung. Mit der Aussage von ExpertIn 11: *"Auf dem Papier ja, aber nicht in der Praxis, sonst hätten wir andere Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen."* wird deutlich, dass Pflegekräfte aufgrund des Personalmangels in den Pflegeeinrichtungen regelmäßig gezwungen sind, den körperlichen Selbstschutz zu missachten.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention zum Selbstschutz in den Pflegeschulen

Aussagen von Pflegelehrkräften

Eine Präsenz der Thematik "BGF" und "Selbstschutz Pflegenden" wird nach der mehrheitlichen Aussage der Pflegelehrkräfte in den eigenen Pflegeschulen durchaus wahrgenommen. Dennoch wurde von allen Befragten die Notwendigkeit eines weitergehenden Schrittes betont, nämlich theoretisches Wissen in der Praxis auch umzusetzen. Dies gilt insbesondere hinsichtlich des Selbstschutzes beim Patientenhandling.

Um diesem Bedarf gerecht zu werden, verwies ExpertIn 3 auf Maßnahmen in der eigenen Pflegeschule. Demnach wurden dort bereits entsprechende Fortbildungen implementiert, die sich sowohl an PraxisanleiterInnen als auch an Pflegekräfte der Praxispartner richten. ExpertIn 2 beklagte, dass PflegeschülerInnen aufgrund von Zeitnot häufig auf "bekannte" Handlungsmethoden zurückgreifen und somit die Schwierigkeit erleben, gelernte EPH-Inhalte auch tatsächlich anwenden zu können: *"EPH ist ein und braucht einen Lernprozess."*

Aussagen von PflegehochschullehrerInnen

Auch PflegehochschullehrerInnen gaben an, dass Themen der berufsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention in der Ausbildungsrealität insgesamt gut verankert seien. Aufgrund des fehlenden Überblickes könne die Verankerung von EPH jedoch nicht konkretisiert werden. ExpertIn 8 erwähnte dazu, dass EPH-Inhalte innerhalb gängiger Pflegelehrbücher (z.B. *"In guten Händen"*) sowie in einigen Curricula (z.B. im *Oelke-Curriculum*) in der Regel gut vertreten seien.

Curriculare Gestaltungsspielräume der Pflegeschulen

Aussagen von Pflegelehrkräften

Um zu erfahren, welche konkreten curricularen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, um Kompetenzen zum EPH in der Ausbildung zu vermitteln, wurden die *Lehrkräfte* zusätzlich zu ihren Gestaltungsspielräumen befragt. Die PflegelehrerInnen der GKP (Hessen/ Thüringen) sowie der AP (NRW/ Bayern) schätzten die Gestaltungsmöglichkeiten des Unterrichts zur Behandlung von EPH-Themen an ihrer Schule als ausreichend ein. In Hessen sind die Stundenvorgaben in der Ausbildung der GKP nur grob gefasst, weshalb in Abhängigkeit zum Bedarf der SchülerInnen zusätzlich mehr Unterrichtsstunden zur Vermittlung von EPH geleistet werden können. Von den GKP- Lehrkräften der befragten Pflegeschule in Thüringen können gemäß der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zusätzlich 200 frei zur Verfügung stehende Stunden genutzt werden, um verschiedene Inhalte zu Bewegungskonzepten (Bobath/ Kinästhetik) zu vermitteln. In Bayern sind laut Expertin 1, die auch dort Berufserfahrungen mit der GKP- Ausbildung gesammelt hat, aufgrund reglementierter Stundenkontingente wiederum zu den einzelnen Pflege Themen keine Gestaltungsspielräume vorhanden. ExpertIn 4 verweist zudem auf die Problematik der bayrischen Schulen, dass zur Vermittlung von Be-

wegungskonzepten regulär offizielle TrainerInnen benötigt werden, die wiederum durch die Schulen nur schwer zu finanzieren seien.

Existenz von "Bausteine zum Patientenhandling" in den Curricula der Pflegeschulen

Auf die Frage, ob die Pflegeschulen der befragten Lehrkräfte bereits über einen curricularen "Baustein zum Patientenhandling" verfügen, geben diese unterschiedliche Antworten, die die Situation in den Bundesländern durch die entsprechenden Vorgaben (siehe Teilprojekt 1) sowie die daraus resultierenden unterschiedlichen Aufgabenstellungen für die Pflegeschulen widerspiegeln. Die ExpertInnen 1 und 3 aus Hessen (GKP) und NRW (AP) verfügen über einen solchen Baustein im schulischen Curriculum. In Hessen seien damit auch bereits gute Erfahrungen gemacht worden: *"Der Baustein sieht durchaus vor, wie viele Stunden die einzelnen Inhalte benötigen, und auch welche Methoden auf welche Art angewendet und umgesetzt werden sollen."* Die ExpertInnen 2 und 4 aus Thüringen und Bayern verneinten die Existenz, betonen jedoch beide, dass Lehrinhalte zum Patientenhandling bereits innerhalb des länderspezifischen Lehrplanes verankert seien. ExpertIn 2: *"Wir füllen den Lehrplan mit allen uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aus [...] und bedienen uns dabei der Angaben des Thüringer Instituts für Lehrfortbildung."*

Die Notwendigkeit, einen Curriculum-Baustein zum Patientenhandling zu entwickeln, wurde von diesen beiden ExpertInnen verneint. Begründet wurde dies damit, dass eine inhaltliche Orientierung zur Thematik des Patientenhandlings bereits durch die Ausbildungsgrundlagen (Berufsgesetz, Rahmenlehrplan) gegeben sei. Im Falle der Entwicklung einer solchen Bausteinkonzeption würde ExpertIn 4 jedoch eine Kooperation zwischen den Pflegeschulen und VertreterInnen des Arbeitsschutzes sowie mit den Krankenkassen befürworten. Wichtig sei dabei ein Mitspracherecht der PflegelehrerInnen, um: *"durch die Lehrtätigkeit nochmals gut aufzeigen können, wie man was vermitteln und an die Schüler weitergeben kann."* ExpertIn 1 betonte im Zuge dieser Frage die primäre Wichtigkeit einer bundeseinheitlichen Regelung curriculärer Vorgaben.

Einschätzung der ergonomischen und präventiven Qualifikation von Lehrenden

Aussagen von Pflegelehrkräften

Alle befragten Pflegelehrkräfte schätzten sich selbst als ausreichend qualifiziert ein, um innerhalb des Pflegeunterrichts präventive und ergonomische Aspekte einbeziehen zu können. Die thematische Auseinandersetzung mit diesen Lehrinhalten wird bei allen Befragten unterstützt, indem externe DozentInnen, z. B. aus den Bereichen Sportwissenschaft, Kinästhetik und Gymnastik herangezogen werden.

Aussagen von ArbeitsschutzexpertInnen

Aus Sicht der ArbeitsschutzexpertInnen sei die Lehrqualifikation von Pflegelehrkräften hinsichtlich präventiver Inhalte jedoch schwierig einzuschätzen. Zur Frage, in welchem Umfang Lehrkräfte bisher an Angeboten von Unfallversicherungsträgern zum Thema EPH teilnahmen, liegt derzeit keine Übersicht vor. ExpertIn 6 gibt dazu an, dass die bisherigen Seminar-

angebote der unterschiedlichen Landesunfallkassen für Lehrkräfte nicht wahrgenommen würden.

Zusammenfassend lässt sich für die befragten Pflegeschulen ein hohes Bestreben feststellen, der ansteigenden Wichtigkeit des Themas EPH in der Pflege nachzukommen. Die Ergebnisse der ExpertInneninterviews bestätigen das Vorhandensein curriculärer Ausarbeitungen durch die Pflegeschulen sowie die Bemühungen seitens der Pflegeschulen und Lehrkräfte, sich entsprechend zu qualifizieren.

3.5 BGF und Prävention in der Pflegelehrkraftausbildung

Unter Bezugnahme auf die Berufsgesetze berichtete die Gruppe der befragten Hochschul-lehrerInnen, dass Themen zur Gesundheitsförderung (BGF) und Prävention in den Studiengängen zur Ausbildung von Pflegepädagogen bereits konkretisiert behandelt werden. Dabei sei jedoch EPH, im Gegensatz zur BGF, nicht explizit in den Modulhandbüchern der Pflegehochschulen benannt und werde bestenfalls im Rahmen der Auseinandersetzung mit beruflichen Belastungsfaktoren thematisiert. Dies sei wiederum innerhalb der relativ offen formulierten Modulschwerpunkte abhängig von den jeweiligen Modulverantwortlichen oder Studierenden selbst. Die ExpertInnen konnten daher keine genauen Angaben dazu machen, ob und in welcher Form Patientenhandling unter ergonomischen Gesichtspunkten im Studium verankert ist. ExpertIn 8 schätzte den Stellenwert aber eher als marginal ein. Unklar ist zudem, ob arbeitswissenschaftliche Grundlagen wie zum Beispiel Biomechanik als Bezugsrahmen integriert werden, um ergonomische Fragestellungen zum Patientenhandling in den Studiengängen zu bearbeiten.

Gleiches gilt für die Auseinandersetzung mit dem "Mobilitätsassessment" im Sinn einer situations- und patientenbezogenen Gefährdungsbeurteilung und entsprechenden Instrumenten, die als Entscheidungsgrundlagen bei einem fallorientierten Vorgehen beim Patientenhandling herangezogen werden könnten. PflegehochschulexpertIn 9 berichtete von einer grundsätzlich engen Zusammenarbeit seiner/ ihrer Hochschule mit VertreterInnen aus der Arbeitsmedizin sowie mit Berufsgenossenschaften, so dass sich aus persönlicher Sicht Aspekte von EPH innerhalb des pflegepädagogischen Studiums auf jeden Fall wiederfinden.

Als nachteilig wurde insgesamt erwähnt, dass Studienprogramme sehr heterogen gestaltet seien. Im Fall der Bearbeitung von EPH-Themen würden diese nicht systematisch erfasst und abhängig vom Dozenten gehandhabt. Von einheitlichen Grundlagen könne daher in der Ausbildung von PflegelehrInnen bisher nicht gesprochen werden. Bisher gebe es nach Aussagen von ExpertIn 7 nur vereinzelt Ansätze das Themenfeld EPH konzeptionell zu bearbeiten und es grundlegend in das Pflegepädagogikstudium sowie die Pflegeberufsausbildung zu integrieren. In diesem Zusammenhang wurde beispielhaft die Arbeit von den ProfessorInnen Mathias Bonse-Rohmann (Hochschule Esslingen) und Marlies Beckmann (Fachhochschule

Frankfurt) genannt. Letztere habe bereits mit einem so genannten *Skills Lab*³¹ an der Hochschule ein sehr gutes Beispiel dafür gegeben, wie mit einer solchen Voraussetzung präventiv analytisch gearbeitet werden könne.

Nach Einschätzung der PflegehochschullehrInnen gibt es bisher kein Kompetenzprofil, welches Kompetenzen für den Bereich des Patientenhandlings auf verschiedenen Ebenen beschreibt. ExpertIn 8 führte aus, dass die berufsbezogene Prävention nur 70 Stunden beinhalte und Kompetenzen sich eher auf übergreifende Ausbildungsziele beziehen würden. Trotzdem sei es notwendig, hierzu konkrete Ziele zu beschreiben und in den Curricula didaktische Konzeptionen zu entwickeln.

Als positiv empfanden die Befragten die bereits vorhandene theoretische Auseinandersetzung mit Bewegungskonzepten innerhalb der Studienkonzepte, insbesondere mit der Kinästhetik. Nach Einschätzung von ExpertIn 7 beinhalten kinästhetische Prinzipien wesentliche Aspekte des EPHs. Offen bleibt dabei jedoch auf Nachfrage, in welcher Form damit analytische Fragestellungen für die Praxis zur Belastungseinschätzung von Pflegepersonal verknüpft sind und ob tatsächlich konkrete Handlungsstrategien von PflegepädagogInnen dazu erworben werden. Zur Kinästhetik werde nach Aussagen von ExpertIn 9 *"quasi ein eigener Diskurs geführt."* Das beinhalte nach ExpertIn 8 auch, dass aufgrund der Tatsache, dass dieses Konzept am Markt vertrieben wird und teuer sei, nicht von einer fachpraktischen Verankerung der kinästhetischen Arbeitsmethoden innerhalb der Pflegelehrausbildung ausgegangen werden kann.

Nach Ansicht der Befragten hat das Aufgreifen von Selbstschutzhemen in der Fach- und Falldidaktik für alle HochschullehrInnen eine hohe Bedeutung. Bezogen auf die möglichen Konflikte zwischen den Pflegezielen und Interessen des Patienten einerseits sowie den Gesundheits- und Selbstschutzziele der Pflegekräfte andererseits führte ExpertIn 9 aus: *"Eine Konstellation, die unter didaktischen Gesichtspunkten diskutiert wird, ist immer auch die Perspektive auf den Pflegenden selber. Also wie ist die Wahrnehmung der Pflegenden in der Situation auf einer sozialen Ebene, aber eben auch mit Blick auf Ihre Fragestellung auf einer körperlichen Ebene? Das heißt, hier würde Fallarbeit dazu führen, dass diese Thematik grundsätzlich systematisch zur Diskussion kommt"*. ExpertIn 9 schränkte jedoch ein, dass es sich dabei um exemplarisches Arbeiten handle und die Perspektive des Selbstschutzes im Patientenhandling nicht zwingend zum Tragen komme. Die ExpertInnen 7 und 8, die zur Falldidaktik lehren, stellten während der Interviews fest, dass zu der Thematik von Zielkonflikten beim EPH an ihrer Hochschule keine Ausarbeitungen vorliegen und sie daher selbst

³¹ Moderner, technisch gut ausgestatteter Übungsraum, der quasi eine Laborsituation für Praxissimulationen schafft und im Optimalfall auch eine Ausstattung zur Analyse des praktischen Vorgehens und der Bewegungsabläufe ermöglicht (z.B. durch Videoaufzeichnungen; siehe hierzu auch <http://www.hs-gesundheit.de/de/bereich/pflege/skills-lab/>).

Die Ausbildung in einem *Skills Lab* folgt einem speziellen didaktischen Konzept zur Entwicklung praxisorientierter Lernprozesse und kann sowohl in einer zweijährigen Pflegeassistentenausbildung zur Anwendung kommen und dort analog zum Konzept der überbetrieblichen Lehrwerkstatt (hier: dritter Lernort) gesehen werden (vergleiche http://www.rbk.de/fileadmin/downloads/rbk/Bildungszentrum/RBK_Bildungszentrum_2009-07-13_ForumC.PDF).

Das Konzept wird aber auch in die berufliche Pflegeausbildung integriert (vergl.

<http://www.klinikum-kempen.de/ueber-uns/beruf-und-ausbildung/berufsfachschule-fuer-krankenpflege/lernen-in-skills-labs.html>) und spielt auch eine Rolle im Pflegestudium

(siehe <http://www.hs-gesundheit.de/de/bereich/pflege/skills-lab/>).

das Thema nicht behandeln würden. ExpertIn 7 bekräftigte in diesem Zusammenhang jedoch, dass die genannten Zielkonflikte in den Lehrfächern der politischen Bildung und Berufspolitik grundsätzlich bearbeitet werden müssen.

Zusammenfassend nahmen die HochschulexpertInnen die Auseinandersetzung mit der ergonomischen Tätigkeitsgestaltung innerhalb der Pflegepädagogik bisher als geringfügig wahr, da der Erwerb kinästhetischer Kompetenzen als Voraussetzung für eine differenzierte Auseinandersetzung auf einer separaten Fortbildungsebene erfolgt. Eine systematische Integration und Einbettung von Kinästhetik und weiteren EPH-Aspekten in das Gesamtkonzept der Gesundheitsförderung im Hochschul- und Berufsausbildungskontext ist damit bisher noch nicht gegeben, wurde aber von den ExpertInnen befürwortet.

3.6 Handlungsbedarfe zur Förderung von EPH

3.6.1 Bedarfe in der Pflege- und PflegelehrerInnenausbildung

Einheitliche Qualitätsstandards

Grundsätzlich befürworten alle befragten Personen die Notwendigkeit einer verstärkten Berücksichtigung präventiver und ergonomischer Aspekte in den Lehrplänen der Pflege- sowie innerhalb der Pflegelehrerausbildungen. Bezüglich der Ausbildungsgrundlagen wünschten sich alle Pflegelehrkräfte Arbeitsrichtlinien bzw. einheitliche Qualitätsstandards, um der zunehmenden Relevanz des Themas Patientenhandling in der Praxis entsprechen zu können. Zusätzlich wird eine höhere Flexibilität in den Lehrplänen gefordert, um diese an unterschiedlich schnell verlaufende Lernprozesse der Pflegeschulklassen anpassen zu können. Einen erhöhten Handlungsbedarf hinsichtlich der Förderung ergonomischen Verhaltens beim Patientenhandling innerhalb der Pflegeausbildung signalisieren die befragten PflegelehrerInnen auf Basis unterschiedlicher Entwicklungen:

- Es wurde von PflegeschülerInnen berichtet, die bereits während der Ausbildung Bandscheibenproblematiken aufweisen, da rückschonende Arbeitsweisen in den Praxisphasen nur unzureichend angewendet würden.
- Die ungenügenden Lerngelegenheiten in der Praxis wurden bemängelt, wodurch das Risiko für PflegeschülerInnen wächst, sich falsche Bewegungsmuster anzueignen.
- Als eine große Herausforderung beschrieb ExpertIn 4 die erhöhte Belastung von Pflegekräften durch den demografischen Wandel in der Bevölkerung, da damit erhöhte Pflegebedürftigkeit und Immobilität der Patienten einhergeht.
- ExpertIn 4 berichtete von negativen Veränderungen der Bewegungssozialisation bei PflegeschülerInnen dahingehend, sich weniger gezielt aktiv zu bewegen und gesund zu ernähren. Aus der eigenen und zeitgleichen Übergewichtigkeit der Patienten resultiert die Schwierigkeit für Pflegende, die körperlichen Anforderungen adäquat bewältigen zu können.

Selbstschutz beim Patientenhandling priorisieren

Den Aussagen der PflegelehrerInnen zufolge wird einheitlich ein nachhaltiger Kompetenzzuwachs der SchülerInnen mithilfe einer thematischen Priorisierung des Selbstschutzes beim Patientenhandling gefordert. Angesichts der unterschiedlichen Curriculumvorgaben in den einzelnen Bundesländern (siehe auch Teilprojekt 1) unterscheidet sich die Gewichtung des Handlungsbedarfes zwischen den einzelnen ExpertInnen. Als positives Beispiel führt ExpertIn 2 die Voraussetzungen der GKP in ihrem Bundesland Thüringen an, wo mithilfe standardisierter Lehrpläne und einer verbindlichen Stundenanzahl die Thematik des EPH ausführlich behandelt werden kann. ExpertIn 1 (aktuell GKP Hessen, vorher Bayern) empfindet eine vollständige Lehrplanstrukturierung, wie sie in der GKP in Bayern angewandt wird, jedoch als problematisch. Durch die nicht vorhandene Flexibilität bei der Gestaltung von Lerneinheiten können Lehrkräfte einem eventuellen Mehrbedarf an thematischer Auseinandersetzung im Unterricht kaum oder gar nicht entgegenkommen. Die Situation in Hessen wurde wiederum derartig geschildert, dass eine mangelnde Lehrplanstrukturierung zu einer sehr individuellen Schwerpunktsetzung durch die Pflegeschulen oder Lehrkräfte selbst führt, was auch von den befragten VertreterInnen aus dem Arbeitsschutz als ernst zu nehmende Kritik betrachtet wurde.

Mehr PraxisanleiterInnen und konzeptbezogene MultiplikatorInnen

Bezogen auf EPH und zusätzlich zur mangelnden einheitlichen Berücksichtigung präventiver und ergonomischer Aspekte innerhalb der Pflegeausbildungen, beanstandeten die PflegelehrerInnen zweifach die Kooperationen mit den Praxispartnern. Ein Handlungsbedarf bestünde demnach zusätzlich darin, die Anzahl verfügbarer PraxisanleiterInnen und konzeptbezogener MultiplikatorInnen zu erhöhen, so dass ein Transfer des theoretischen Wissens zum Patientenhandling in die Praxis gewährleistet werden kann. In dieselbe Richtung geht auch die Äußerung von ExpertIn 5 (VertreterIn aus dem Arbeitsschutz), welche/r es als wichtige Voraussetzung für Lernprozesse mit dem Ziel einer ausreichenden Handlungskompetenz zum Selbstschutz sieht, dass eine "ergonomische Kultur" in Gesundheitseinrichtungen entsteht. Hierzu müsse ein Multiplikatorensystem etabliert werden, das auf Schulungen von RückenexpertInnen zum ergonomischen Arbeiten basiert.

In diesem Zusammenhang sahen auch die VertreterInnen des Arbeitsschutzes und einige VerbandsvertreterInnen einen konkreten Handlungsbedarf vor allem für die praktischen Ausbildungsphasen in den Gesundheitseinrichtungen. Dieser beziehe sich sowohl auf den Selbstschutz des Personals als auch auf die Sicherheit der Patienten während des Lagerns und Mobilisierens. Die Stärkung der betrieblichen Verantwortung durch allgemeine und verbindliche Mindeststandards zum Umfang der Praxisbegleitung wurde dabei vor allem von dem/der VertreterIn der Gewerkschaft betont. Handlungsbedarf für ein verbindliches Praxiscurriculum wurde von einer Hochschullehrerin betont, während der/die VertreterIn des Berufsverbands die Lehrkraftrolle (und damit die besondere Verantwortung sowohl von LehrerInnen als auch PraxisanleiterInnen) hervorhob, um die Einhaltung des Selbstschutzes zu gewährleisten. Das sei besonders wichtig, da Arbeitgeber hier generell zu wenig Verantwortung übernehmen würden.

EPH in Ausbildungs-/ Prüfungsverordnung und Curricula verankern

ExpertIn 11 (Berufsverband) sprach sich dafür aus, bei der Formulierung von Ausbildungszielen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ein stärkeres Gewicht auf EPH als präventive Strategie professionellen Handelns zu legen und auf curricularer Ebene in den Bereich der Gesundheitsförderung zu integrieren.

EPH an der Hochschule im Bereich Gesundheitsförderung verankern

Die PflegehochschullehrerInnen forderten weiterhin eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik der Gesundheitsförderung innerhalb der Pflegepädagogik und sahen die Notwendigkeit, EPH darin einzubetten. Dies gelte auch im Hinblick auf den erforderlichen Erwerb fachdidaktischer Vermittlungskompetenzen.

Skills Labs als passende Vermittlungsform?

Hinsichtlich der Vermittlungsformen zu praktischen EPH-Kompetenzen in der Pflegeausbildung wurden die PflegehochschullehrerInnen danach gefragt, ob zukünftig Unterricht in sogenannten *Skills Labs* angestrebt und für realistisch gehalten wird. Dazu äußerten sich die Befragten nicht einheitlich. ExpertIn 7: *"Auf jeden Fall ist das Skills Lab ein wichtiger Lernort für Fertigkeiten- und Kompetenzvermittlung [...]. Es gibt inzwischen auch etliche Schulen, die als ausdrücklichen Schwerpunkt die Arbeit in Skills Labs vorsehen. Hier können dann in einem sanktionsfreien Raum richtige, gesundheitsfördernde Körperhaltungen und Bewegungen entwickelt werden."* Der Einschätzung nach gehe der Trend an größeren Schulen dahin, den klassischen Demonstrationsraum medial und technisch besser auszustatten und Konzepte des problemorientierten Lernens anzuwenden. Auch ExpertIn 9 geht davon aus, dass mit einer solchen Entwicklung zu rechnen ist. Demnach sei es sinnvoll, über eine gemeinsame Nutzung der Skills Labs durch mehrere Ausbildungsträger oder den Hochschulen nachzudenken. *"Skills Labs müssen jedoch erst mal gebaut werden"*, meinte ExpertIn 8 und ergänzte: *"...da gibt es auch größere finanzielle Herausforderungen, die wichtiger sind als Skills Labs [...]."* Die Möglichkeit der Nutzung von Skills Labs in Deutschland sei daher eher unrealistisch.

Allgemeine Voraussetzungen für den Selbstschutz im Betrieb verbessern

Die VertreterInnen der Verbände erachteten die Verbesserung der allgemeinen Voraussetzungen für den Selbstschutz beim Patientenhandling in den Ausbildungsbetrieben ebenso als notwendig. Dazu werden beispielhaft die Durchführung von Fortbildungen in Kinästhetik sowie die Ausstattung mit technischen Möglichkeiten und Hilfsmitteln benannt. Die Gewerkschaftsvertreterin betonte in diesem Zusammenhang auch ausreichende Praxisanleitungen und fordert, dass zehn Prozent der praktischen Ausbildungsstunden über die gesamte Pflegeausbildung hinweg (d.h. 250 Stunden) mithilfe strukturierter Anleitung stattfinden sollten.

Die ExpertInnen 14 (Wohlfahrtsverband und 11 (Berufsverband/ Bildungsrat)) sahen darüber hinaus allgemein Handlungsbedarf bezüglich des Themas Gesundheitsförderung im Betrieb, von denen auch Auszubildende profitieren könnten. Expertin 14 befürwortete Maßnahmen

des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Basis einer problembezogenen Bestandsaufnahme (z.B. Check-ups in Zusammenarbeit mit dem Unfallversicherungsträger), während aus Sicht von ExpertIn 11 betriebliche Angebote zu Sport und Bewegung im Sinne eines Ausgleichs zu den körperlichen Belastungen in der Pflegepraxis existieren sollten.

3.6.2 Bedarfe in den Pflegeausbildungsgrundlagen

Aufgrund der heterogenen Curriculumvorgaben der einzelnen Bundesländer divergieren auch die Meinungen der befragten PflegelehrerInnen zum Handlungsbedarf, EPH verbindlich in den Ausbildungsgrundlagen zu berücksichtigen. Die ExpertInnen 2 (Thüringen/ Altenpflege und GKP) und 4 (Bayern/ Altenpflege) hielten einen Handlungsbedarf für nicht notwendig, da EPH bereits in der Landesvorgabe beinhaltet sei. In Thüringen stelle diese sogar eine verbindliche Orientierungsbasis für Pflegelehrkräfte dar. ExpertIn 1 (Hessen/GKP) und 3 (NRW/ Altenpflege) hingegen forderten standardisierte Qualitätskriterien in einem bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan. Im Zuge dessen sollten explizite Formulierungen zu Kinästhetik und Bobath sowohl für die theoretische als auch für die praktische Pflegeausbildung erfolgen.

Das Meinungsbild der ArbeitsschutzexpertInnen ist ebenso uneinheitlich wie das der Pflegelehrkräfte. ExpertIn 5 ist der Überzeugung, dass EPH ein verbindlicher Inhalt eines Rahmenlehrplans sein muss und sprach sich zugleich für die fachliche Schulung von PraxisanleiterInnen aus. ExpertIn 6 sieht sich jedoch als VertreterIn der Unfallkassen nicht in der Verantwortung, berufliche Ausbildungsgrundlagen inhaltlich zu gestalten bzw. sich dazu zu äußern. Beide ExpertInnen gaben jedoch Hinweise dazu, welche Aspekte für den Verantwortungsbereich von praktischen Ausbildungsbetrieben möglichst durch die Ausbildungsgrundlagen gesetzlichen geregelt werden sollten. Dazu gehört:

- EPH als einheitlich definierter verbindlicher Ausbildungsgegenstand;
- eine Regelung zur Qualifikation der PraxisanleiterInnen für EPH;
- eine ausreichende Hilfsmittelausstattung der Gesundheitseinrichtungen und
- die Bereitstellung und Nutzung von Medien für die praktische Unterweisung von PflegegeschülerInnen zur Anwendung von Hilfsmitteln.

Ableitend aus den Ergebnissen verschiedener Untersuchungen zu den Gesundheitsbelastungen von Pflegenden: "... *die Zahlen sprechen wirklich für sich.*", forderte ExpertIn 7 ebenso wie die anderen Pflegehochschullehrkräfte, dass Gesundheitsförderung und Prävention als Themen stärker in die Curricula der Pflege- sowie Pflegehilfsberufe Eingang finden müssen. Die Veränderung der normativen Grundlagen der Berufsausbildung zur Verankerung von EPH wird seitens der HochschullehrerInnen jedoch nicht als notwendig erachtet. Das Thema sei dort grundsätzlich in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen verankert und konkret im Lernfeld 4.4 in der Altenpflege und im Themenbereich 10 in der Gesundheits- und (Kinder) Krankenpflege (GKP/GKIP) angelegt.

Die ExpertInnen 8 und 9 wiesen darauf hin, dass eine dezidierte Verankerung von EPH innerhalb des Bundesgesetzes und der Ländervorgaben nicht möglich sei, da Ausbildungsinhalte und Ziele abstrakt und übergeordnet zu formulieren seien. Demnach sei es vor allem wichtig, berufsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung noch stärker in den Ausbildungsgrundlagen zu gewichten. Gleichzeitig müssten entsprechende Freiräume zur individuellen Schwerpunktsetzung für SchülerInnen und Lehrende gewährleistet sein.

Diese Aussage steht in gewissem Gegensatz zur Forderung der Lehrkräfte in der Pflegeausbildung. Sie sprachen sich zwar gleichermaßen für mehr Flexibilität hinsichtlich der für EPH zur Verfügung stehenden Stunden aus, wünschten sich jedoch eher eine verbindliche und konkrete Verankerung von EPH.

ExpertIn 7 verwies auf ein weiteres grundsätzliches Problem in der GKP-Ausbildung, für die eine Regelung verbindlicher Stundenzahlen fehle. Aufgrund der relativen Offenheit bundesrechtlicher Vorgaben hätten die Länder unterschiedliche Möglichkeiten der Schwerpunktbildung. Daher gäbe es sehr deutliche Unterschiede bezüglich der Vermittlung von EPH. ExpertIn 7 befürwortete daher, EPH-Grundlagen im Sinne eines Querschnittthemas zu behandeln, wie dies bereits in den Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW auf der Basis der entsprechenden Ausbildungsrichtlinie gehandhabt wird. Demnach wird beispielsweise die Lerneinheit "Die eigene Gesundheit erhalten und fördern", mit anderen Lerneinheiten verknüpft, die insbesondere Themen des Patiententransfers, der Mobilisation und andere Aspekte des Patientenhandlings aufgreifen. *"Aus meiner Sicht ist das besonders relevant, wenn man dafür ein umfassendes nachhaltiges Bewusstsein schaffen und auch eine Kompetenzentwicklung in diesem Bereich anbahnen will. Dann reicht es nicht aus, einmal eine Unterrichtseinheit dazu zu entwickeln, sondern es muss sich systematisch als roter Faden durch die relevanten Lern- oder Curriculumeinheiten ziehen."*

Auch ExpertIn 10 (Berufsbildungsforschung) betonte die Bedeutung einer querschnittlichen Verankerung des Themas Patientenhandlings, da die Themenfelder in der Pflege sehr groß und die Sachverhalte sehr vielfältig seien. Man könne bestimmte Themenfelder wie das Patientenhandlung *"immer nur quer sehen"*. Dabei gehe es dann nicht um die Abarbeitung einer bestimmten Stundenzahl, sondern es sei wichtig, zu klären, wie die Themen miteinander zu verknüpfen sind: *"...damit das bei den Auszubildenden überhaupt ankommt"*.

In diesem Sinne äußert auch ExpertIn 12 (Gewerkschaft), dass es: *"wahrscheinlich sinnvoller wäre, etwas Übergeordnetes zu verankern. Das könnte dann heißen, EPH ist bei allen praktischen Tätigkeiten mit einzubringen" [...]* Also dass man dann weiß, dass es bestimmte Standards aus der Theorie gibt und wie man das mit der Praxis verknüpft." Gleichzeitig wurde betont, dass dazu ein Praxiscurriculum notwendig wäre: *"...dass man sich das eben nicht aussuchen kann, und um den Auszubildenden die Wichtigkeit von Prävention stärker bewusst zu machen, da sie das in der Praxis nicht vorgelebt bekommen."* Diese Forderung geht einher mit der Aussage der Vertreterin des Berufsverbands, wonach Pflegeausbildungsziele zu EPH konkret in den Ausbildungsgrundlagen operationalisiert werden sollten.

Zusammenfassend geht es nach Meinung der ExpertInnen bei der Verankerung von EPH zum einen um einheitliche Ausbildungsgrundlagen, die zum anderen curricular als Quer-

schnittthema verankert und ebenso innerhalb eines zukünftigen Praxiscurriculums berücksichtigt werden sollten.

3.6.3 Bedarfe zur Qualifizierung: Lehrkräfte/ PraxisanleiterInnen

Die Lehrkräfte in der beruflichen Pflegeausbildung sind sich darüber einig, dass "gute" LehrerInnen eine Voraussetzung für das Erlernen von EPH sind. Das gelte insbesondere für die praktische Ausbildung. ExpertIn 1 verweist jedoch auf die Problematik, dass Pflegelehrkräfte insgesamt nicht ausreichend geschult und kinästhetische Fortbildungen sehr teuer seien.

Obwohl sich alle befragten PflegelehrerInnen selbst als ausreichend qualifiziert einschätzten, um präventive und ergonomische Aspekte innerhalb des Pflegeunterrichts einzubeziehen, führte ExpertIn 1 (Hessen) dazu aus: *"Die ergonomischen Schulungskonzepte für PflegelehrerInnen haben sich inhaltlich in den letzten Jahren nicht sehr geändert. Früher waren sie kostenlos, heute sind sie sehr teuer. Keine Schule kann sich das leisten, die Lehrkräfte zu schulen. Und mit unseren Grundkursweiterbildungen dürfen wir genau genommen ja gar nichts an Input an die SchülerInnen weitergeben."* ExpertIn 3 fügte dem hinzu, dass ein Handlungsbedarf seitens der Pflegeausbildungsbetriebe bisher nicht erkannt wurde und entsprechende Finanzierungsmittel für Fortbildungen durch geschulte Kinästhetik-Lehrkräfte nicht zur Verfügung gestellt würden.

ArbeitsschutzexpertIn 5 schätzte die ergonomische Qualifikation von Pflegelehrkräften ebenso als verbesserungswürdig ein: *"Die LehrerInnen müssen zunächst selbst über Wissen verfügen, das mit den SchülerInnen praktisch geübt werden muss. Man könnte auch sagen, dass das, was der Betrieb nicht gezeigt hat, der Schüler praktisch nicht ausführen darf. Aber dann würde wohl das gesamte System zusammenbrechen."* Neben einer ergonomischen Mindestqualifikation der AusbilderInnen seien zusätzlich auch institutionelle Voraussetzungen, wie eine ausreichende Ausstattung mit Hilfsmitteln erforderlich.

Insgesamt befürworteten die VertreterInnen der Verbände die Notwendigkeit, PflegelehrerInnen zu EPH entsprechend zu qualifizieren. Wichtig sei es zu lernen, auf den eigenen Körper zu achten, eigene Grenzen realistisch einzuschätzen und diese nach außen vertreten zu können. Zwei ExpertInnen (Gewerkschaft und Wohlfahrtsverband) gaben an, durch welche konkreten EPH-bezogenen Lerninhalte dies praktisch sichergestellt werden sollte. Für sie sei das Erlernen unterschiedlicher Methoden zum EPH nach dem aktuellen Stand der Technik von Bedeutung. Dabei gehe es um die Möglichkeit, Hilfsmittel und alternative Handlungsmöglichkeiten kennenzulernen und somit ein lösungsorientiertes Vorgehen zu etablieren. ExpertIn 12 forderte dazu ausreichende Übungsgelegenheiten im fachpraktischen Unterricht und Möglichkeiten der praktischen Anwendung mit und ohne Anleitung im Pflegealltag.

Die Gruppe der PflegehochschullehrerInnen siedelte den zukünftigen Qualifizierungsbedarf auf unterschiedlichen Ebenen an; dies in Abhängigkeit von neuen wissenschaftlichen Er-

kenntnissen und EPH-Fortbildungsangeboten. Hinsichtlich zukünftiger Schwerpunkte in der Lehrkraftausbildung formulierte ExpertIn 7: *"Aus meiner Sicht müssten auf jeden Fall empirische Daten zu den Gesundheitsbelastungen und Gefährdungen in die Pflegelehrerausbildung hinein und entsprechende evidenzbasierte Konzepte [...]. Das ist ja bei den bisherigen Konzepten noch nicht der Fall"*. Für die Gestaltung der akademischen Pflegelehrkraftausbildung könne das Thema EPH und Selbstschutz als möglicher Schwerpunkt in der Studienordnung formuliert werden.

Grundsätzlich vermerkte ExpertIn 9, bei der Entwicklung von Ausbildungskonzepten für EPH solle berücksichtigt werden, dass dies in weiten Teilen vorrangig eine Domäne der Praxisanleitung sein sollte. Diese Schwerpunktsetzung wurde vor allem unter einer didaktischen Perspektive von ExpertIn 7 geteilt. Den Fortbildungsbedarf für PflegelehrerInnen würde ExpertIn 7 in Abhängigkeit dazu beurteilen, wann die Lehrkräfte ihre Berufsausbildung absolviert haben. Die Themen EPH und Selbstschutz seien bereits seit 2003 mit Inkrafttreten der neuen Berufsgesetze systematisch in der Berufsausbildung vertreten und könnten daher als berufliche Kompetenzen bei Studierenden vorausgesetzt werden.

Die Entwicklung eines "Qualifizierungsbausteins" für PflegepädagogInnen in Kooperation mit FachexpertInnen aus dem Arbeitsschutz scheint für die befragten HochschullehrerInnen unter Berücksichtigung folgender Voraussetzungen vorstellbar:

- beidseitige, konzeptuelle Ergänzung von curricularer und fachlicher Expertise;
- umfassende Perspektive durch den Arbeitsschutz, auf jeden Fall "über Aspekte der Verhaltensprävention hinausgehend" (vermutlich im Sinne von nicht allein auf Verhaltensvorschriften orientiert zu verstehen) ; praxisorientierte Analytik sowie eine Orientierung an den unterschiedlichen Pflegesettings, z.B. auch im Bereich der ambulanten Pflege;
- Einbettung der Qualifizierungsinhalte in einen Rahmen der beruflichen Gesundheitsförderung.

Bezüglich der Relevanz von weiteren Inhalten ging ExpertIn 9 darauf ein, ob die Entwicklung von Assessmentkriterien, aus denen orientierende Standards für Entscheidungen zu einem gesundheitsförderlichen Vorgehen beim Patientenhandling abgeleitet werden könnten, erstrebenswert seien: *"Grundsätzlich würde ich das immer bejahen. Das Entscheidende ist, dass es bei solchen Standards nicht bleibt, sondern dass sie situationsgerecht zur Anwendung kommen"*.

Erforderliche Handlungskompetenzen zum Selbstschutz beim Patientenhandling in der Pflegeausbildung

Unter dem Begriff *Selbstschutz* wird eine Vielzahl von Verhaltensweisen zusammengefasst, mit denen Schäden für sich selbst abgewendet werden sollen. Demnach benannten die befragten Pflegelehrkräfte auch unterschiedliche Kompetenzen, deren Erwerb sie innerhalb der beruflichen Pflegeausbildung als wichtig erachten. Neben spezifischen EPH-Inhalten werden

der Umgang mit Hygiene oder mit Nähe und Distanz zu den Patienten erwähnt, die beim Patientenhandling oft berücksichtigt werden müssen.

ExpertIn 1 sieht rückschonende Arbeitsweisen als primär wichtig an, einhergehend mit der Fähigkeit, die ebenso von ExpertIn 3 betont wird, sich selbstschädigendem Handeln widersetzen zu können. Konkret wurden folgende Lerninhalte benannt, die mithilfe fallbezogener Methoden an die SchülerInnen vermittelt werden sollten:

- Wissen aus dem Rückenschulskonzept;
- Wissen zu Bewegung, Muskulatur und Körperhaltung;
- Wissen zu ergonomischen Prinzipien (bspw. günstige Beinstellung, Reduzierung von Reibung, Einstellungen der Arbeitshöhe und Beachtung von Scherkräften);
- Gewichtsaufnahme- und abgabe beim Transfer und Bewegen von Patienten;
- Planung von Hilfsmitelesätzen sowie
- Vorbereitung der Patienten zur aktiven Mitarbeit.

Die ExpertInnen aus dem Arbeitsschutz bewerteten die notwendigen Handlungskompetenzen für den Selbstschutz identisch. Darüber hinaus erwähnten sie die Auseinandersetzung mit den negativen Konsequenzen für die Pflegekraft selbst und den zu Pflegenden, die durch die mangelhafte Umsetzung von EPH auftreten können.

ExpertIn 5 empfand, dass Einstellungen wie: *"Das haben wir schon immer so gemacht."* dem konsequenten Selbstschutz entgegenwirken. Daher betonten die ArbeitsschutzexpertInnen die Wichtigkeit, dass Pflegekräfte lernen, *Nein* zu sagen. In diesem Zusammenhang wurde es durchaus für gerechtfertigt angesehen, den Bereich der praktischen Ausbildung hinsichtlich EPH durch den betrieblichen Arbeitsschutz gezielter zu betreuen.

ExpertIn 6 fügte jedoch hinzu, dass dazu auf der innerbetrieblichen Ebene Entscheidungen getroffen werden müssten. ExpertIn 5 ergänzte die Bedeutung, Frühschäden zu vermeiden, um der hohen Fluktuation in der Pflege aufgrund von Verletzungen entgegen zu wirken. Zudem beinhaltet ein guter Mitarbeiterschutz *"auch gleichzeitig Pflegeschutz, im Sinne einer besseren Pflegequalität"*.

EPH-Qualifizierung von Lehrkräften als Voraussetzung zur Unterrichtsübernahme

ArbeitsschutzexpertIn 5 wie auch PflegelehrerIn 1 befürworteten als Voraussetzung für die Durchführung von EPH-Unterricht eine ergonomische Mindestqualifikation sowohl für Pflegelehrkräfte als auch für PraxisanleiterInnen. Eine obligatorische Verpflichtung wurde jedoch von beiden nicht gefordert. ArbeitsschutzexpertIn 6 räumte ein, nicht zu wissen wie eine ergonomische Mindestqualifikation definiert und dementsprechend überprüft werden könnte.

Die Meinungen der PflegehochschullehrerInnen fielen zu dieser Frage sehr unterschiedlich aus. ExpertIn 7 äußerte: *"Wer unterrichten will, muss für das jeweilige Unterrichtsgebiet auch qualifiziert sein."* ExpertIn 8 hielt eine verbindliche Qualifizierung wiederum für unangemes-

sen, da es noch relevantere Themen gäbe, die für eine qualitativ hochwertige Pflegeausbildung wichtig seien: *"Sie können das nicht regeln, dass man dafür eine Fortbildung haben muss, außer Sie gehen in so eine Richtung wie die Kinästhetik. Also, dass sie ein geschütztes Konzept vorlegen [...]."*

Die Antworten der Berufsverband- und GewerkschaftsvertreterInnen waren ebenfalls uneinheitlich hinsichtlich einer verbindlichen EPH-Qualifizierung für Pflegelehrkräfte. ExpertIn 11 verneinte nach anfänglichem Zögern eine entsprechende Notwendigkeit. ExpertIn 12 forderte, EPH als standardisierten Lehrinhalt innerhalb der Pflegelehrkraftausbildung zu integrieren und machte den Vorschlag, Pflegelehrkräften den Zugang zu EPH-Fortbildungsangeboten (z.B. denen der BGW) in Kooperation mit dem jeweiligen Arbeitgeber zu ermöglichen. ExpertIn 13 (Wohlfahrtsverband) war hinsichtlich der Fragestellung erstaunt aufgrund der Annahme, EPH sei bereits Bestandteil der Ausbildung. Expertin 14 (Wohlfahrtsverband) schlug zur Umsetzung von Qualifizierungsmaßnahmen eine Integration in eLearning- Angebote vor.

EPH-Qualifizierung als verbindlicher Lehrinhalt in der Fortbildung zu PraxisanleiterInnen

Alle ExpertInnen erachteten eine EPH-Qualifizierung von PraxisanleiterInnen, zumindest auf Fortbildungsebene, als dringend notwendig. Einige der Befragten hielten es grundsätzlich für sinnvoll, EPH-Grundlagen in die Qualifizierungsmaßnahmen zum/r PraxisanleiterIn zu integrieren. Es wurde mehrfach erwähnt, dass die Qualifikationsanforderungen und deren Umfang insgesamt in der entsprechenden Fortbildung zu überdenken seien, um der Rolle der Praxisanleitung tatsächlich gerecht zu werden. Hinsichtlich der Verbindlichkeit von Qualifizierungsanforderungen zu EPH verwies allerdings ExpertIn 7 auf die Einschränkung, dass bereits vorhandenes Vorwissen erfasst werden sollte: *"Wer nachweisen kann, dass er über bestimmte Kompetenzen aus anderen Zusammenhängen verfügt [...], der braucht diese Anteile nicht noch mal in einem Bildungsgang zu belegen. Man könnte mit einer Art Anrechnungssystem arbeiten."*

Hinsichtlich der auf EPH bezogenen Forderungen hielt ExpertIn 11 (Berufsverband) eine betriebliche Fortbildung in Zusammenarbeit mit den Pflegeschulen als Ergänzung zur Praxisanleitungs-Fortbildung für angemessener. Inhouse-Schulungen (z.B. durch die BGW) wurden auch von Expertin 14 (Wohlfahrtsverband) und von Expertin 12 (Gewerkschaft) befürwortet. ExpertIn 14 hielt diese Art der Durchführung von Fortbildungen generell in Kleinbetrieben für bedeutungsvoll und schlug als Format 1-2 tägige Schulungen mit jeweils zehn TeilnehmerInnen vor.

3.6.4 Bedarfe zur Platzierung für Veränderungsimpulse

Um Veränderungen der pflegerischen Berufsausbildung sowie der Hochschulbildung von Pflegelehrkräften adäquat zu adressieren, benannte HochschullehrerIn 7 folgende Ansprechpartner: *"Wenn es um die Möglichkeit geht, auch politisch Einfluss zu nehmen [...] müssen die Interventionen in aller Regel auf Länderebene erfolgen. Damit wären in erster Linie die Hochschulen, welche PflegelehrerInnen ausbilden oder entsprechende Studiengänge anbieten, gefragt. Solche Anliegen könnte man aber auch auf der Landes- oder Bun-*

desrektorenkonferenz platzieren. Wichtig könnte es auch sein, die [...] Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder mit einzubeziehen [...]."

Zur Initiierung einer Diskussion über die Aus- und Fortbildung von PraxisanleiterInnen nannten die befragten HochschullehrerInnen mehrheitlich die politische Öffentlichkeit auf Länderebene. Wiederum beklagte ArbeitsschutzexpertIn 5, bisher keine Ansprechpartner in den zuständigen Bundesländern gefunden zu haben, um auf den Handlungsbedarf zur Umsetzung berufspädagogischer Standards und diesbezügliche Anknüpfungspunkte für Veränderungen hinzuweisen. Beide ArbeitsschutzexpertInnen verwiesen auf die Möglichkeit, dass die Unfallversicherungsträger den Reformprozess der Pflegeausbildung durchaus sowohl politisch als auch im Forschungsfeld beratend unterstützen könnten. ExpertIn 5 schlug vor, ein Muster-Ausbildungscurriculum zu entwickeln, in welchem den einzelnen Bundesländern dennoch Freiheit zur Gestaltung offen bliebe.

4 EPH-Praxis in Pflegeschulen (Teilprojekt 3)

4.1 Fragestellungen

Mit einer empirischen Befragung von Pflegelehrkräften soll im Teilprojekt (TP) 3 des Gesamtvorhabens der Stellenwert des ergonomischen Patientenhandlings in der Pflegeausbildung beleuchtet werden; vertiefend soll die Situation in der Gesundheits- und Kranken- mit jener in der Altenpflege verglichen werden.

Darüber hinaus wurden hinsichtlich der theoretischen und praktischen Berufsausbildung und ihren Schnittstellen folgende differenzierte *Fragenstellungen* (a-c) formuliert:

a. Theoretische Ausbildung

- In welchem Ausmaß, auf Basis welcher Wissensgrundlagen und mit welcher inhaltlichen Ausrichtung wird das Thema EPH im Rahmen der theoretischen Pflegeausbildung thematisiert?
- Welche Kompetenzen sollen von den SchülerInnen erworben werden und wie werden Lerninhalte (z.B. durch Prüfungen) gesichert?
- Welche qualitätssichernden Strukturen können identifiziert werden? (Z.B. Qualifikation des Lehrpersonals und der ergonomischen Grundausstattung der Ausbildungsstätten.)

b. Praktische Ausbildung

- Welche qualitätssichernden Strukturen können identifiziert werden? (Spezifische Qualifikation der PraxisanleiterInnen und ihres kollegialem Umfelds, ergonomische Grundausstattung am Arbeitsplatz, Umfang und Qualität von Praxisanleitung, Umfang von Schulungskonzepten zum Patientenhandling und Einbettung in ein betriebliches Gesamtkonzept.)

c. Schnittstellen

- Welche Qualität hat die Zusammenarbeit zwischen Schule und den praktischen Lernorten für die Anleitung von SchülerInnen?

Wie schätzen Akteure in den Pflegeschulen die Rahmenbedingungen und das betriebliche Umfeld hinsichtlich der Möglichkeiten des Praxistransfers ein?

Exkurs: Verbindliche Vorgaben der Bundesländer als Steuerungsmöglichkeit der Ausbildung für EPH- Themen?

Verbindliche Vorgaben zum Thema EHP für die Pflegeausbildung in den Rahmenrichtlinien und Ausführungsbestimmungen der Bundesländer bestehen – wie im Rahmen der Dokumentenanalyse (Teilprojekt 1, Kapitel 2) bereits vermittelt – derzeit

- nur in einigen Bundesländern,
- in unterschiedlichem Ausmaß in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege und
- mit unterschiedlichen Verbindlichkeitsgraden – teilweise auch nur im Sinne von Empfehlungen.

Zur Relevanz solcher Vorgaben als Steuerungsmöglichkeit der Ausbildung für EPH- Themen wurden drei Forschungsfragen formuliert:

1. Wird eine in den Rahmenrichtlinien einiger Bundesländer über verschiedene Lernfelder hinweg querschnittartig angelegte *explizite* Verankerung von EPH- Themen für die *schulische* Ausbildung auch in der Ausbildungsrealität und -qualität in Schule und Praxis sichtbar?
2. Lassen sich Effekte entsprechender Vorgaben für die *praktische* Ausbildung auf den tatsächlichen Umgang mit EPH- Situationen nachweisen?
3. Wirken sich darüber hinaus entsprechende Vorgaben/Empfehlungen für die Arbeit an der Schnittstelle Theorie – Praxis auf die Ausbildungsbedingungen insgesamt aus? (Z.B. auf Kooperationsstrukturen zwischen Schule und Praxislernort, auf die Bearbeitung von Lernaufgaben bzw. auf konkrete methodische Hinweise zu Lerninhalten/ zum zeitlichen Umfang von Praxisanleitung und -begleitung von SchülerInnen.)

Für die Altenpflegeausbildung existieren derartige Vorgaben in den Bundesländern bislang – je nach Forschungsfrage – teilweise bis mehrheitlich, für die GKP nur vereinzelt (siehe wiederum Kapitel 2).

Angesichts der Tatsache, dass die Fragestellung nicht primäres Ziel der vorliegenden Erhebung war und Aussagen von PflegelehrerInnen über Ausbildungsbetriebe empirisch nur eingeschränkt aussagekräftig sind, ist der Exkurs nur als erste Orientierung zu verstehen.

4.2 Methoden

Befragungsinhalte

Neben berufsbiografischen Strukturmerkmalen der Befragten, Merkmalen der Schulen und der Ausbildungsbetriebe bezogen sich die Inhalte des standardisierten Erhebungsinstruments mit Bezug zu Aspekten des Patientenhandlings

- auf das Ausbildungskonzept (verwendete Unterrichtsmaterialien und Lehrpläne, Inhalte und Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts) und die Beurteilung der Ausstattungsqualität von Übungsräumen,
- auf Strukturen, Prozesse und Qualität der praktischen Ausbildung von PflegeschülerInnen an den betrieblichen Lernorten,
- auf die generelle Beurteilung der Zusammenarbeit an allen Theorie- Praxis- Schnittstellen und
- auf die derzeitige Einschätzung des Stellenwerts des Themas Patientenhandling in der Pflegeausbildung.

(Siehe Fragebogen im Anhang, Kapitel 10.1).

Inwieweit die Aussagen der einzelnen Befragten auf das gesamte Lehrpersonal der entsprechenden Schule übertragen werden können (Verallgemeinerbarkeit), wurde jeweils im Anschluss an spezifische Fragen in einer direkten Frage überprüft. Dies gilt für Fragen zur Sensibilisierung der PflegeschülerInnen im Unterricht für zu erwartende berufliche Gesundheitsrisiken (Kapitel 0), zum Umgang mit Fallbesprechungen im theoretischen Unterricht (Kapitel 0) und zur Vermittlung von ergonomischen und körperentlastenden Arbeitsweisen (Kapitel 0).

Das Erhebungsinstrument wurde zur Überprüfung seiner Praktikabilität im Vorfeld der Befragung einem Pretest unterzogen.

Stichprobenzugang und Datenerhebung

Die Grundgesamtheit umfasste als Vollerhebung alle Ausbildungsstätten für Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege (GKP) und Altenpflege (AP) in Deutschland. Der Versand der Fragebögen erfolgte Mitte des Jahres 2012 durch das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP, Leitung: Prof. Dr. Stefan Görres) an 1.309 Pflegeschulen mit der Bitte um Weiterleitung an FachkollegInnen mit Expertise und Erfahrung zum Thema Patientenhandling. Zuvor erfolgte eine Ankündigung der Erhebung in Fachzeitschriften und auf pflegfachbezogenen Internetseiten (Altenpflege/ Vincentz Verlag, Heilberufe/ Verlag Urban & Vogel, www.pflegen-online.de, www.pflegewissenschaft.info.de und www.deutscher-pflegerat.de). Ein *Reminder* (schriftliche Erinnerung zum Ausfüllen des Fragebogens) wurde nicht durchgeführt.

Pseudonymisierte Strukturdaten aus der Datenbank des IPP ermöglichten nach dem Abschluss der Erhebung eine Überprüfung von Repräsentativitätsverzerrungen (Vergleich von

Respondern und Nonrespondern nach Ausbildungstyp (GKP/AP) und Bundesländern (die letzteren zusammengefasst nach solchen mit und ohne Vorgaben zum Patientenhandling in Form von Rahmenlehrplänen und/oder Richtlinien).

Statistische Methoden

Die mit IBM- SPSS 20 und 21 durchgeführten Analysen beziehen sich neben der Deskription auf den Vergleich der Situation zwischen der Kranken- und der Altenpflege und erfolgten bivariat je nach Datenniveau mittels a) χ^2 - oder b) Mann- Whitney- U- Test (Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq 0,05$, zweiseitig). Die Ermittlung der *praktischen* Relevanz von statistischen Unterschieden ("Effektstärke" in Ergänzung der Informationen zu den *fallzahlabhängigen* Signifikanzwerten) erfolgte analog zu den Testverfahren mittels der Zusammenhangsmaße

- "phi" (4- Felder- χ^2 - Test),
- Kontingenzkoeffizient "C" (CC; >4- Felder- χ^2 - Test) sowie
- "w" (Mann- Whitney- U- Test).

Werte $<0,3$ wurden als "kleiner", $<0,5$ als "mittlerer" und $>0,5$ als "großer" Effekt (d.h. Unterschied zwischen den GKP und Altenpflege) interpretiert [Bühner & Ziegler 2009]).

Zur Richtung der Effektmaße in den Tabellen zu statistischen Tests: "+" indiziert eine "bessere" Situation in der Altenpflege, "-" eine "schlechtere".

Fehlende Werten wurden von den Analysen ausgeschlossen. Es erfolgte kein Ausgleich fehlender Werte durch Imputationsverfahren.

Darstellung von Ergebnissen

Subjektive Einschätzungen (z.B. "sehr schlecht – schlecht – mittel – gut – sehr gut") wurden zur schnelleren Übersicht in Darstellungen zu z.B. drei Kategorien zusammengefasst. Statistische Unterschiede wurden jeweils anhand der *unkategorisierten* Rohwerte getestet (Mann-Whitney- U- Test). Die statistischen Kennwerte werden jeweils unter den Tabellen aufgeführt; Details zum Mann- Whitney- U- Test (Itemmittelwert \pm Standardabweichung (SD) pro Gruppe) finden sich im Anhang, Kapitel 10.3.

Anteile unter 100 Fällen werden zur besseren Anschaulichkeit dennoch prozentuiert dargestellt. Signifikante Ergebnisse ($p \leq 0,05$) werden im Text fett und rot gekennzeichnet.

Achtung: Bei fehlenden statistischen Unterschieden zwischen GKP und AP wird im Text *ausschließlich* das Gesamtergebnis für beide Gruppen berichtet, im anderen Fall für beide Ausbildungstypen differenziert.

Zur Gesamtdatenbasis differierende Fallzahlen beruhen auf von den Analysen ausgeschlossenen fehlenden Werten. Ein Anteil fehlender Werte in den Antworten über 10% wird kritisch diskutiert. Eine Übersicht über entsprechende Antwortbereiche befindet sich im Anhang, Kapitel 10.2.

Nachfolgende Detailfragen, denen eine Filterfrage vorangestellt ist, wurden auf die Datenbasis der Fälle, auf die die Filterfrage zutrifft, prozentuiert.

Sprachliche Abgrenzung "Patientenhandling"/"ergonomisches Patientenhandling"

Bei der Erhebung wurde im Fragebogen nach "Aspekten des Patientenhandlings" im Sinne des rückschonenden Arbeitens gefragt und damit von dem in Kapitel 1 definierten "ergonomischem Patientenhandling" unterschieden. Daher wird – ausschließlich in diesem Projektteil TP 3 – die Abkürzung "**PatHand**" für Patientenhandling eingeführt.

4.3 Rücklauf und Kollektiv

Insgesamt beteiligten sich 267 von 1.309 angeschriebenen Pflegeschulen an der Befragung (Fragebogenrücklaufquote 20,4%; Tab. 4.3). Die Rücklaufquote war mit 16,1% in Altenpflegeschulen geringer als in Gesundheits- und Krankenpflegeschulen (24,4%). Zudem bestehen Rücklaufunterschiede je nach Bundesland zwischen 10,4% (Sachsen- Anhalt) und 28,6% (Saarland).

Tab. 4.3: Fragebogenrücklauf nach Ausbildungstyp der Pflegeschulen und Bundesland (alphabetisch)

	Prozent (Fragebogen zurück)			Fallzahl (Fragebogen zurück)			Fallzahl (Gesamt)		
	GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
Baden-Württemberg	22,1	12,5	17,0	19	12	31	86	96	182
Bayern	23,3	21,2	22,4	27	18	45	116	85	201
Berlin	15,4	25,0	20,7	2	4	6	13	16	29
Brandenburg	11,8	15,4	13,3	2	2	4	17	13	30
Bremen	40,0	0,0	18,2	2	0	2	5	6	11
Hessen	24,6	18,4	22,1	14	7	21	57	38	95
Hamburg	12,5	10,0	11,1	1	1	2	8	10	18
Mecklenburg- Vorp.	8,3	14,3	12,1	1	3	4	12	21	33
Niedersachsen	27,5	21,5	24,7	25	17	42	91	79	170
Nordrhein- Westfalen	25,9	16,1	21,4	36	19	55	139	118	257
Saarland	30,0	25,0	28,6	3	1	4	10	4	14
Rheinland- Pfalz	23,3	4,0	16,2	10	1	11	43	25	68
Sachsen	35,7	11,8	20,3	10	6	16	28	51	79
Sachsen- Anhalt	9,5	11,1	10,4	2	3	5	21	27	48
Schleswig- Holstein	36,8	15,0	25,6	7	3	10	19	20	39
Thüringen	36,4	20,8	25,7	4	5	9	11	24	35
Gesamt	24,4	16,1	20,4	165	102	267	676	633	1.309

Teststatistik GKP vs. AP	p(Chi2)	Chi ²	phi	n
Fragebogenrücklauf (gesamt: 24,4 vs. 16,1%)	0,000	15,95	-0,11	1281

Vorgaben des Bundeslandes zur Orientierung bei Aspekten des Patientenhandlings

In der Altenpflege existieren in mehr Bundesländern konkrete Vorgaben zum PatHand in der 1. theoretischen bzw. 2. praktischen Ausbildung bzw. zu 3. Lernortkooperationen als in der GKP, wie in Kapitel 2, Tab 2.2 bereits zusammenfassend dargestellt). Dementsprechend kommt auch das Altenpflegekollektiv im Hinblick auf die beiden ersten Kriterien (nicht jedoch bei Vorgaben zu Lernortkooperationen) signifikant mehr aus Bundesländern mit solchen Vorgaben als die GKP, wie Tab. 4.4 zeigt.

Tab. 4.4: Verteilung des Kollektivs aus Bundesländern mit PatHand- Vorgaben für die theoretische und praktische Ausbildung/ zu Lernortkooperationen

Quelle: Zusammenfassung der Ergebnisse der Dokumentenanalyse (TP 1; Kapitel 2)

Konkrete Vorgaben durch das Bundesland...	Vorgaben (Prozent)			Statistische Kennwerte	
	GKP (n=180)	AP (n=87)	Gesamt (n=267)	p(Chi2)	phi
1 zum PatHand für die theoretische Ausbildung	46,7	60,9	51,3	0,036	0,13
2 zur Ergonomie bzw. zum Patientenhandling in der praktischen Ausbildung	11,5	67,9	29,2	0,000	0,58
3 zu Lernortkooperationen und/ oder Rahmenbedingungen	33,9	42,5	36,7	0,178	0,08

Legende: Abk.: GKP= Kranken-, AP= Altenpflege; p= Signifikanz, phi= Effektstärke

Subkollektive in Abhängigkeit von den Befragungsinhalten

Bei Schulen, die sowohl die Ausbildung zum Berufsbild Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege als auch Altenpflege anbieten bzw. mit mehreren Ausbildungsstätten kooperieren, wurden die Befragten in Form von *Filterfragen* gebeten, bei den Antworten zur Situation a) in der theoretischen, b) in der praktischen Ausbildung und c) an den Schnittstellen auf jeweils einen einzigen Ausbildungstyp bzw. bei b) und c) auf den jeweils *größten* kooperierenden Betrieb zu fokussieren (Tab. 4.5). Die in den Ergebnistabellen angegebene Datenbasis variiert dementsprechend zwischen n=255 und n=267.

(Zum Umgang mit "integrativen generalistischen Ausbildungsgängen" in Tab. 4.5 (n=16): diese wurden bei Unterschiedstests zwischen GKP und Altenpflege nicht subsummiert, sondern von den Analysen ausgeschlossen. Die Ergebnisse für "IGA" werden auf deskriptiver Ebene jedoch jeweils ausgewiesen).

Tab. 4.5: Bezugsrahmen und Datenbasis für verschiedene Vergleiche zwischen Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) und Altenpflege
(Filtervariablen für Themenbereiche)

Datenbasis: n=267

Var.	Ausbildungstyp	Themenbereich *	Kapitel	FB Nr.	Fallzahlen			Gesamt	Anmerkung
					GK P	A P	IG A		
V7	Schule (GKP/AP)	Merkmale der Schule/ Pflegelehrkräfte	4.3.1 – 4.4.1.1	V1-16, V39-40	182	87	---	267	Wenn GKP und AP-Ausbildung möglich: Zuordnung GKP
V17	Schule (GKP/AP)	Theoretischer Unterricht	4.4.1.2 – 4.4.3.3	V18-29	152	87	16	255	Fokussierung auf <i>einen</i> Ausbildungstyp, sofern in der Schule mehrere möglich sind
V11c	Ausbildungsbetrieb	Praktischer Unterricht	5.4.4 & höher	V30-38	183	84	---	267	Fokussierung auf den <i>größten</i> Ausbildungsbetrieb

Legende: IGA= Integrativer generalistischer Ausbildungsgang * Zugeordneter Themenbereich

4.4 Merkmale der Befragten

Merkmale der Befragten (Tab. 4.6, Teil I)

Berufliche Stellung und Qualifikation: Ein Drittel der Befragten nimmt an der Schule die Funktion der *Schulleitung* ein (ohne eine aktuelle Lehrtätigkeit jedoch nur 13,3%). Nahezu alle Befragten befinden sich in Festanstellung. Zwei Drittel der Befragten haben eine pädagogische Qualifikation als PflegelehrerIn oder PraxisanleiterIn; etwa die Hälfte verfügt (darüber hinaus) über einen *pädagogischen Studienabschluss* (Medizin-, Pflege- oder Berufspädagogik).

Eine spezifische *Fortbildung* zu Aspekten des Patientenhandlings absolvierten bereits drei Viertel aller Befragten (ohne Unterschied zwischen Befragten mit und ohne Schulleitungsfunktion). Von diesen (n=191) berichtet die Mehrheit über Kompetenzen in *Kinästhetik* (88,0%), die Hälfte in den rehabilitativ orientierten Konzepten *Bobath* und *Basale Stimulation* (46,6% bzw. 48,2%, nicht tabellarisch dargestellt) und jeweils rund ein Fünftel in "Ergonomischen" Arbeitsweisen beim Umgang mit Patienten.

Eine grundlegendere *Qualifikation als TrainerIn* (z.B. für "Kinästhetik- oder "Rückenschulskonzepte") besitzt knapp ein Fünftel *aller* Befragten.

Alter und Berufserfahrung: Die Befragten waren durchschnittlich 47,7 Jahre alt (Standardabweichung (SD) 8,1 Jahre, Spanne 26-63) und seit $16,2 \pm 8,7$ Jahren im Bereich der Pflegeausbildung tätig (Spanne 0-37, nicht tabellarisch dargestellt).

Merkmale der Pflegeschulen (Tab. 4.6, Teil II)

Zwei Drittel der Befragten antwortete aus GKP- und ein Drittel aus Altenpflegeschulen (Filterfrage 1; n=16 mit beiden Ausbildungsmöglichkeiten wurden für weitere Analysen unter "GKP" subsummiert).

Trägerschaft: Die Schulen gehören zu jeweils einem Drittel öffentlich/kommunalen bzw. freigemeinnützigen und zu einem weiteren Fünftel konfessionellen Trägern an; die übrigen (12,3%) sind privatwirtschaftlich organisiert.

Ausbildungskonzept: Ein Viertel der Schulen arbeitet (ggf. zusätzlich zur klassischen Ausbildung) mit "innovativen" Ausbildungsformen (z.B. integrierte/generalistische Pflegeausbildung, duale Pflegeausbildung mit oder ohne Erweiterung der Pflegeausbildung auf heilkundliche Tätigkeiten; 32,8% in der GKP und 9,2% in der AP).

Schulgröße: Fast drei Viertel der Schulen bilden zwischen 51 und 150 SchülerInnen in der dreijährigen Pflegeausbildung aus. Rund drei Viertel der Schulen haben bis zu zehn fest angestellte PflegelehrerInnen. Der Anteil von Honorarkräften wird dabei zum Teil – vor allem in der AP – gegenüber angestellten DozentInnen vielfach überschritten.

Merkmale des größten Ausbildungsbetriebs (Tab. 4.6, Teil III)

Die Hälfte der Ausbildungsbetriebe in der Gesundheits- und Krankenpflege, die zur Beschreibung der Situation für die PflegeschülerInnen in der Praxis exemplarisch ausgewählt wurden, hat 400 Betten und weniger, in der Altenpflege weniger als 150 Betten. Die Anzahl der PraxisanleiterInnen am ausgewählten Lernort konnte von insgesamt einem Drittel (45,1% in der GKP und 22,5% in der AP) nicht angemessen beantwortet werden. Die übrigen 195 PflegelehrerInnen benannten – mit sehr hoher Streuung in der Werteverteilung – im Mittel 29,3 PraxisanleiterInnen in der GKP und 6,4 in der AP (23,9 bzw. 5,8 SD; Spanne jeweils 0-120 und 1-35; ohne tabellarische Darstellung).

Vergleichbarkeit der Merkmale von Befragten und Schulen aus der GKP und AP

Hinsichtlich ihrer Struktur unterscheiden sich die beiden Gruppen nur in wenigen Aspekten. In der Gesundheits- und Krankenpflege antworteten mehr Schulleitungen als Lehrkräfte ($p=0,024$, $\phi=0,14$) und die Befragten waren im Mittel vier Jahre länger in diesem Beruf tätig ($p=0,000$, $w=0,23$). Altenpflegeschulen kooperieren – wie schon gezeigt – mit mehr Ausbildungsbetrieben ($p=0,000$, $w=0,69$) und gehören mehr frei- gemeinnützigen Trägern an ($p=0,005$, $w=0,22$; ohne tabellarische Darstellung).

Tab. 4.6: Merkmale des Kollektivs

Datenbasis: n=267, dazu fehlend: keine Angabe

Legende: Abk.: AP= Altenpflege, FB= Fragebogen, GKP= Krankenpflege

(1) z.B. PraxisanleiterIn, Kinästhetik- TrainerIn, Physio- /ErgotherapeutIn, VertreterIn Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse/ Krankenkasse, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt/- ärztin, anderes ärztliches Personal, Hilfsmittel- ExpertIn

(FB Nr.) Merkmale...		Prozent			Fallzahl (trifft zu)			Fallzahl (gesamt)		
I...der Befragten		GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V1 Geschlecht	weiblich	71,1	83,9	75,3	128	73	201	180	87	267
V2 Beschäftigungsverhältnis	feste Anstellung (vs. Honorarvertrag)	99,4	98,8	99,2	178	85	263	179	86	265
V3 Stellung an der Schule	Schulleitung (ausschließlich)	36,7	22,4	32,1	65	19	84	177	85	262
	Lehrkraft (ggf. mit Zusatzfunktionen)	63,3	77,6	67,9	112	66	178			
V4a Berufsausbildung	Krankenpflege	98,9	61,4	86,8	172	51	223	174	83	257
	Altenpflege	0,0	30,1	9,7	0	25	25			
	anderer Gesundheitsberuf	1,1	8,4	3,5	2	7	9			
V4b Pädagogische Weiterbildung	PflegelehrerIn	55,6	47,1	52,8	100	41	141	180	87	267
	PraxisanleiterIn	8,9	3,4	7,1	16	3	19			
	keine Weiterbildung	35,6	49,4	40,1	64	43	107			
V4c Pädagogisches Studium	Medizin-, Pflege- oder Berufspädagogik	47,2	50,6	48,3	85	44	129	180	87	267
V5a Fortbildung	zum Patientenhandling	76,1	66,7	73,0	137	58	195	180	87	267
V5b Qualifikation	TrainerIn eines Konzepts zum PatHand	20,0	10,3	16,9	36	9	45	180	87	267

(Fortsetzung nächste Seite)

(Tab. 4.6: Merkmale des Kollektivs: Fortsetzung)

(FB Nr.) Merkmale...		Prozent			Fallzahl (trifft zu)			Fallzahl (gesamt)		
II ...der Pflegeschulen		GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V7 Schultyp (Filterfrage 1)	Kranken- vs. Altenpflege	67,4	32,6	100	-	-	-	180	87	267
V17 Ausbildungstyp → Beschreibung Schulsituation (Filterfrage 2)	Gesundheits- und Kranken- vs. Altenpflege (klassisch) integrativer generalistischer Ausbildungsgang	56,9	32,6					152	87	
			6,3						16	255
V9 Trägerschaft	frei- gemeinnützig	25,7	43,9	31,6	44	36	80	171	82	253
	öffentlich/kommunal	40,9	24,4	35,6	70	20	90			
	konfessionell	22,8	15,9	20,6	39	13	52			
	privatgewerblich	10,5	15,9	12,3	18	13	31			
V10 Pflegeausbildungsmodell	"innovativ" (erweitertes Berufsprofil/ duale Pflegeausbildung) vs. "klassisch"	32,8	9,2	25,1	59	8	67	180	87	267
V12 Anzahl PflegeschülerInnen	< 50	13,5	12,6	13,2	24	11	35	178	87	265
	51 - 150	69,7	75,9	71,7	124	66	190			
	> 150	16,9	11,5	15,1	30	10	40			
V13ab Anzahl Voll- und Teilzeit-Lehrkräfte (fest angestellt)	< 5	39,3	35,3	38,0	70	30	100	178	85	263
	6 - 10	38,8	51,8	43,0	69	44	113			
	11 - 20	16,9	10,6	14,8	30	9	39			
	> 20	5,1	2,4	4,2	9	2	11			
V14 Beruflicher Hintergrund der PatHand-Lehrkräfte an der Schule (1)	PflegelehrerInnen/- pädagogInnen mit Zusatzqualifikation	82,8	76,7	80,8	149	66	215	180	86	266
	PflegelehrerIn/ -pädagogIn (ausschließlich)	13,9	18,6	15,4	25	16	41			
	andere Qualifikation (ausschließlich)	3,3	4,7	3,8	6	4	10			
V15 Spezialisierung der PatHand-Lehrkräfte, (Mehrfachnennungen; mind. 1 gült. Nennung); Fortbildung zu...	Kinästhetik	97,0	97,4	97,1	159	74	233	164	76	240
	Bobath	73,8	76,3	74,6	121	58	179	164	76	240
	Basale Stimulation	71,3	78,9	73,8	117	60	177	164	76	240
	Umgang mit technischen Hilfsmitteln (z. B. Schulung eines Herstellers)	23,8	21,1	22,9	39	16	55	164	76	240
	ergonomische Themen (z.B. durch Unfallversicherungsträger)	27,4	11,8	22,5	45	9	54	164	76	240
	ergonomisches Arbeiten	11,6	10,5	11,3	19	8	27	164	76	240
	Aktivitas Pflege®	5,5	10,5	7,1	9	8	17	164	76	240
	sonstiges	7,3	6,6	7,1	12	5	17	164	76	240
III ... des größten Ausbildungsbetriebs		GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V11c Versorgungstyp (Filterfrage 3 →Beschreibung Praxissituation)	Kranken- vs. Altenpflege	38,5	31,5	100	-	-	-	183	84	267
V11b Bettenzahl	20-50	0,6	0,0	0,4	1	0	1	167	80	247
	51-100	0,6	21,3	7,3	1	17	18			
	101-150	7,2	36,3	16,6	12	29	41			
	151-200	7,2	12,5	8,9	12	10	22			
	201-300	21,6	16,3	19,8	36	13	49			
	301-400	12,0	5,0	9,7	20	4	24			
	401-500	13,2	25,5	9,7	22	2	24			
	501-600	9,0	0,0	6,1	15	0	15			
	601-800	12,0	0,0	8,1	20	0	20			
	801 und mehr	16,8	6,3	13,4	28	5	33			

4.4.1 Berufliche Hintergründe der PatHand- Lehrkräfte an der Schule

Die überwiegende Mehrheit der Befragten verwies auf *spezielle* berufliche Hintergründe der Lehrkräfte, die an der Vermittlung von Themen des Patientenhandlings in der Schule beteiligt sind (80,0%), vor allem auf PraxisanleiterInnen, PhysiotherapeutInnen und ärztliches Personal (Tab. 4.7).

Nicht nur bei den befragten PflegelehrerInnen, auch bei ihren KollegInnen dominiert bei der Fortbildungserfahrung das *Kinästhetik*- Konzept, gefolgt von *Bobath* und *Basale Stimulation* (jeweils drei Viertel) und Konzepten zum Umgang mit technischen Hilfsmitteln bzw. ergonomischen Arbeitsweisen beim Umgang mit Patienten (jeweils ein Viertel; 11% fehlende Angaben; siehe die vorige Tab. 4.6, V15).

Tab. 4.7: Berufliche Hintergründe von PatHand-Lehrkräften an der Schule

Welchen beruflichen Hintergrund haben die Lehrkräfte, die an der Vermittlung von Themen des Patientenhandlings an Ihrer Schule beteiligt sind? (d.h. Lehrkräfte, die entsprechendes Hintergrundwissen und praktische Kompetenzen vermitteln)

Datenbasis: n= 215 von 267, sofern Zusatzqualifikationen angegeben wurden

FB-Nr.	(Mehrfachnennungen)	Prozent					
		GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V14b	PraxisanleiterIn	69,8	34,8	59,1	104	23	127
V14c	PhysiotherapeutIn	50,3	36,4	46,0	75	24	99
V14d	ErgotherapeutIn	7,4	25,8	13,0	11	17	28
V14e	VertreterIn Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse/ Krankenkasse	7,4	3,0	6,0	11	2	13
V14f	Betriebsarzt/-ärztin	16,8	4,5	13,0	25	3	28
V14g	anderes ärztliches Personal	27,5	34,8	29,8	41	23	64
V14h	Fachkraft für Arbeitssicherheit	24,8	4,5	18,6	37	3	40
V14i	Hilfsmittel-ExpertIn	21,5	15,2	19,5	32	10	42
V14j	Kinästhetik-TrainerIn	15,4	4,5	12,1	23	3	26
v14k	Pflegewiss./-expertIn	2,7	7,6	4,2	4	5	9
v14l	SportlehrerIn/-wiss.	1,3	6,1	2,8	2	4	6
v14m	Pflegefachkraft	4,0	7,6	5,1	6	5	11
v14m	anderes Gesundheitspersonal *	1,3	7,6	3,3	2	5	7
v14o	BerufspädagogIn (fachfremd **)	2,7	7,6	4,2	4	5	9
v14p	MedizinpädagogIn	0,0	3,0	0,9	0	2	2
v14q	Personalchef	0,7	0,0	0,5	1	0	1
v14z	sonstiges (fachfremd ***)	4,0	16,7	7,9	6	11	17

Legende:

* Hygienebeauftragte(r), LogopädIn, HeilpraktikerIn, ÖkotrophologIn, AtemtherapeutIn

** LehrerIn, Diplom-PädagogIn, HauswirtschaftslehrerIn

*** JuristIn, ApothekerIn, PsychologIn, MusiktherapeutIn, SozialarbeiterIn, PfarrerIn

Teststatistik (GKP vs. AP); fehlend: ohne Berechnung *	p _(Chi2)	Chi ²	phi	n
V14b PraxisanleiterIn	0,000	23,10	-0,33	127
V14c PhysiotherapeutIn	0,075	3,59	0,25	99
V14d ErgotherapeutIn	0,001	13,63	0,25	28
V14f Betriebsarzt/-ärztin	0,015	6,04	-0,17	28
V14g anderes ärztliches Personal	0,332	1,17	0,07	64
V14h Fachkraft für Arbeitssicherheit	0,000	12,43	-0,24	40
V14i Hilfsmittel-ExpertIn	0,352	1,16	-0,07	42
V14j Kinästhetik-TrainerIn	0,024	5,10	-0,15	26

Legende: * Fallzahl zu gering

4.4.2 Kooperationsstrukturen mit Praxislernorten

Anzahl kooperierender Ausbildungsbetriebe

Die Anzahl der Ausbildungsbetriebe, für die Verantwortung in der praktischen Ausbildung übernommen wird, ist äußerst heterogen – in der GKP im Mittel 11, in der AP 50 Betriebe (SD: 23 bzw. 35, Spanne jeweils 1-180). Insgesamt kooperieren 47,0% der Schulen mit mehr als zehn Betrieben und dies – strukturell bedingt – signifikant mehr in der AP. Die Anzahl variiert immens: So kooperiert insgesamt ein Drittel der vergleichsweise kleineren Schulen mit bis zu 50 SchülerInnen mit 11 bis weit über 100 Betrieben; an nur einem einzigen Ausbildungsbetrieb ist ein weiteres Drittel in der GKP und keine Schule in der AP angebunden.

Anzahl kooperierender PraxisanleiterInnen

Hinsichtlich der Anzahl der einbezogenen *PraxisanleiterInnen* bewegen sich die Kooperationsbeziehungen in einer Größenordnung von durchschnittlich 51 bzw. 64 in der GKP bzw. AP (SD: 46 bzw. 50, Spanne 0-300 bzw. 0-240). Auch hier besteht starke Varianz bei allen Schulgrößen: formale Beziehungen kleinerer Schulen wurden mit durchschnittlich 30 PraxisanleiterInnen (22 SD), mittlerer Schulen (51-150 SchülerInnen) mit 49 (SD: 37) und großer Schulen mit 107 (SD: 71) PraxisanleiterInnen angegeben. Das Gleiche gilt für das Verhältnis zwischen der Anzahl *fest angestellter* Lehrkräfte, also solchen, die die SchülerInnen am entsprechenden Praxislernort begleiten, und dem Verhältnis von Kooperationsbetrieben, insbesondere in der Altenpflege. Hier bestehen in 62,9% der Schulen mit 10 fest angestellten Lehrkräften (teilweise sogar weniger) Kooperationsbeziehungen mit mindestens 31 Ausbildungsbetrieben, in denen auch die entsprechende Anzahl an PraxisanleiterInnen beraten werden soll.

4.5 Ergebnisse

Die folgenden Ergebnisse zu Ausbildungskonzepten in der schulischen Ausbildung zum Patientenhandling umfassen

- die verwendeten Quellen zur fachlichen Vorbereitung von Lernsituationen (Kapitel 4.5.1),
- den Rahmen und die Inhalte des theoretischen und praktischen PatHand- Unterrichts in der Pflegeschule (Kapitel 4.5.2 und 4.5.3),
- die Rahmenbedingungen der Ausbildung von PflegeschülerInnen am Praxislernort (Kapitel 4.5.4) und
- die Einschätzung der Qualität der Zusammenarbeit der Akteure an den Theorie- Praxis-Schnittstellen und des Stellenwerts des Themas Patientenhandling in der Pflegeausbildung insgesamt (Kapitel 0).

Als Exkurs erfolgen die explorativ betrachteten Ergebnisse zum Einfluss gesetzlicher Rahmenrichtlinien auf die Verankerung von EPH auf den verschiedenen genannten Ebenen (Kapitel 4.5.5).

(Wiederholung) Bitte beachten: Bei fehlenden statistischen Unterschieden zwischen GKP und AP wird im Text *ausschließlich* das Gesamtergebnis für beide Gruppen berichtet, im anderen Fall für beide Ausbildungstypen differenziert.

4.5.1 Quellen zur fachlichen Vorbereitung von Lernsituationen

Rahmenlehrpläne, Schulcurricula und Fachmaterialien

Insgesamt 83,9% der 267 Befragten gaben an, *Rahmenlehrpläne* etc. des eigenen oder eines anderen Bundeslandes zu nutzen, um Lernsituationen zum Patientenhandling fachlich vorzubereiten. In 76,8% der Schulen existiert hierzu ein *Curriculum* (der eigenen Schule oder ein anderes veröffentlichtes Curriculum). Gefragt nach anderen Fachmaterialien, nutzen darüber hinaus fast alle (auch) Artikel in Fachzeitschriften bzw. Standardpflegelehrbücher, rund die Hälfte (auch) ein "anderes" Fachbuch oder Arbeitshilfen aus dem Arbeitsschutz (Tab. 4.8 und Tab. 4.9).

Tab. 4.8: Quellen zur Fachvorbereitung von Lernsituationen (1) Rahmenlehrpläne, Curricula zum Patientenhandling

Zur fachlichen Vorbereitung von Lernsituationen zum Patientenhandling: Welche Quellen nutzen Sie?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V16ab	Rahmen(lehr) plan/ Richtlinien *	ja	81,1	89,7	83,9	146	78	224
		nein	18,9	10,3	16,1	34	9	43
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	180	87	267
		<i>fehlend</i>				0	0	0
V16cd	Schulcurriculum **	ja	77,8	74,7	76,8	140	65	205
		nein	22,2	25,3	23,2	40	22	62
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	180	87	267
		<i>fehlend</i>				0	0	0

Legende: * aus dem eigenem oder einem anderem Bundesland ** aus eigener oder anderer Schule

Teststatistik (GKP vs. AP)	p _(Chi2)	Chi ²	phi	n
V16ab Rahmen(lehr) plan / Richtlinien des Landes	0,079	3,17	0,11	267
V16cd Schulcurriculum	0,643	0,31	-0,03	267

Tab. 4.9: Quellen zur Fachvorbereitung von Lernsituationen (2) Fachbeiträge zum Patientenhandling

Zur fachlichen Vorbereitung von Lernsituationen zum Patientenhandling: Welche Quellen nutzen Sie?

Datenbasis: n= 267 -> (keine fehlenden Angaben; n=182 GKP, n=87 AP)

FB- Nr.	FB Quellen (Mehrfachnennungen; standardisiert)	Prozent			Teststatistik (GKP vs. AP)		
		GKP	AP	Gesamt	p _(Chi2)	Chi ²	phi
V16e	Artikel in Fachzeitschriften	87,2	87,4	87,3	1,000	0,00	0,00
V16f	Arbeitsmaterialien aus Fortbildungen	69,4	75,9	71,5	0,313	1,19	0,07
V16g	Standardpflegelehrbuch	90,0	88,5	89,5	0,677	0,14	0,02
V16h	anderes Fachbuch	55,6	62,1	57,7	0,356	1,02	0,06
V16i	Arbeitshilfen aus dem Arbeitsschutz	57,2	55,2	56,6	0,793	0,10	0,02

"Bausteine" zum Patientenhandling in Schulcurricula

Bereits vorhandene "Bausteine" zum Patientenhandling sahen in den in Tab. 4.8 erwähnten Schulcurricula fast alle Befragten (95,5% in der GKP und 84,5% in der AP; Tab. 4.10).

Sind solche "Bausteine" enthalten (n=171), wurden in drei Vierteln von diesen auch *konkrete Lernziele* zu entsprechenden Handlungskompetenzen der SchülerInnen definiert (Tab. 4.11). Weiterhin werden diese Curricula in der Hälfte der Schulen auch als Grundlage für ein *gemeinsames Ausbildungskonzept* aller PatHand- Lehrkräfte genutzt. In 43,0% der Schulen in der GKP und 61,2% in der AP dienen sie auch als Grundlage für die *Zusammenarbeit mit PraxisanleiterInnen*; die übrigen Befragten nutzen sie ausschließlich individuell. Mit der

Überarbeitung der Curricula wurde dabei in insgesamt 48,1% der Schulen bereits begonnen, in weiteren 36,9% war sie geplant.

Tab. 4.10: Ausbildungscurriculum und "Bausteine" zum Patientenhandling

Gibt es an Ihrer Schule ein schuleigenes Ausbildungs-Curriculum? Wenn ja: Sind darin auch "Bausteine" zum Patientenhandling integriert? In welchem Rahmen werden sie genutzt? Wie ist Ihr persönlicher Bezug zum Curriculum? Sind konkrete Lernziele (Handlungskompetenzen der SchülerInnen) formuliert? Ist eine Überarbeitung des Curriculums geplant oder bereits im Gange?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V18	Schulcurriculum	ja	75,7	66,7	93,8	73,7	112	58	15	185
		nein	24,3	33,3	6,3	26,3	36	29	1	66
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	148	87	16	251
Bausteine zum Patientenhandling vorhanden? (Datenbasis: n=185 -> V18=ja)										
V18a	Bausteine zum Patientenhandling	ja	95,5	84,5	100,0	92,4	107	49	15	171
		nein, derzeit geplant	1,8	5,2	0,0	2,7	2	3	0	5
		nein, nicht geplant	2,7	10,3	0,0	4,9	3	6	0	9
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	112	58	15	185

Legende: IGA= integrativer generalistischer Ausbildungsgang

Teststatistik (GKP vs. AP)	p(Chi2)	Chi ²	phi	n
V18 Schulcurriculum	0,174	2,2	-0,097	251
V18a Bausteine zum Patientenhandling	0,044	6,2	-0,190	185

Tab. 4.11: "Bausteine" zum Patientenhandling im Schulcurriculum – Details

Gibt es an Ihrer Schule ein schuleigenes Ausbildungs-Curriculum? Wenn ja: Sind darin auch "Bausteine" zum Patientenhandling integriert? In welchem Rahmen werden sie genutzt? Wie ist Ihr persönlicher Bezug zum Curriculum? Sind konkrete Lernziele (Handlungskompetenzen der SchülerInnen) formuliert? Ist eine Überarbeitung des Curriculums geplant oder bereits im Gange?

Datenbasis: n= 171 -> V18= "ja" (ohne statistische Unterschiedstests)

FB-Nr.	Aspekt (Mehrfachantworten)	Prozent				Fallzahl				
		GKP	AP	IGA	Ge- samt	GKP	AP	IGA	Ge- samt	
1. Nutzung als Grundlage ...										
V18a 1a	für gemein- sames Aus- bildungskon- zept aller PatHand- Lehrkräfte	ja	44,9	57,1	73,3	50,9	48	28	11	87
		nein	55,1	42,9	26,7	49,1	59	21	4	84
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	107	49	15	171
		<i>fehlend</i>				0	0	0	0	
V18a 1b	für Zusam- menarbeit mit Praxisan- leiterInnen	ja	57,0	38,8	40,0	50,3	61	19	6	86
		nein	43	61,2	60	49,7	46	30	9	85
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	107	49	15	171
		<i>fehlend</i>				0	0	0	0	
2. Persönlicher Bezug zum Curriculum										
V18a 2a	an der erst- maligen Entwicklung der Bauste- ne beteiligt	ja	62,6	63,3	66,7	63,2	67	31	10	108
		nein	37,4	36,7	33,3	36,8	40	18	5	63
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	107	49	15	171
		<i>fehlend</i>					0	0	0	
V18a 2b	an der Wei- terentwick- lung der Bau- steine betei- ligt	ja	72,9	77,6	66,7	73,7	78	38	10	126
		nein	27,1	22,4	33,3	26,3	29	11	5	45
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	107	49	15	171
		<i>fehlend</i>				0	0	0	0	
3. Lernziele / Überarbeitung										
V18a 3	konkrete Lernziele formuliert	ja	67,0	77,6	71,4	70,4	71	38	10	119
		nein	33	22,4	28,6	29,6	35	11	4	50
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	106	49	14	169
		<i>fehlend</i>				1	0	1	2	
V18a 4	Überarbei- tung geplant od. bereits im Gange	ja, bereits im Gange	41,4	58,3	61,5	48,1	41	28	8	77
		ja, geplant	41,4	31,3	23,1	36,9	41	15	3	59
		nein	17,2	10,4	15,4	15,0	17	5	2	24
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	99	48	13	160
		<i>fehlend</i>				8	1	2	11	

4.5.2 Rahmen des theoretischen PatHand- Unterrichts

Lernkonzepte: Rahmen

In fast allen Schulen wird der theoretische und praktische Unterricht zu PatHand- Inhalten (auch) "integriert", d.h. in einem zusammenhängenden Unterrichtsblock durchgeführt - dies jedoch nur in einem Drittel als einzige Lernkonzeptform (Tab. 4.12).

PatHand- Inhalte werden in fast allen Schulen (auch) *bewegungskonzeptübergreifend* vermittelt, d.h. unter Berücksichtigung verschiedener Zielsetzungen und unterschiedlicher Ansätze zu Problemlösungsmöglichkeiten, die über die jeweiligen Lerninhalte einzelner Konzepte (z.B. *Kinästhetik, Bobath, Aktivitas Pflege*©) hinausgehen. In Altenpflegeschulen wird dabei signifikant häufiger als in der GKP gleichermaßen mit übergreifenden und nicht übergreifenden Formen gearbeitet (Tab. 4.13).

Tab. 4.12: Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts

[... mit Patientenhandling meinen wir Schwerpunktunterricht zu Grundwissen, Entwicklung von situations- und problemlösungsbezogenen Handlungskompetenzen zu allen Bereichen des Patientenhandlings einschließlich Prävention und Selbstschutz sowie praktische Unterweisung/Praxisimulation einschließlich komplexer Fallbearbeitung.] Wie wird dabei der theoretische und praktische Unterricht durchgeführt?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V19a	Art der Durchführung	integriert *	31,3	35,6	18,8	32,0	47	31	3	81
		getrennt	3,3	10,3	12,5	6,3	5	9	2	16
		sowohl als auch	65,3	54,0	68,8	61,7	98	47	11	156
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	150	87	16	253
		fehlend				2	0	0	2	

Legende: * (zusammenhängender Unterrichtsblock)

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	CC	n
V19a	Art der Durchführung	0,049	6,04	0,16	237

Tab. 4.13: Lerninhalte und Umgang mit Bewegungskonzepten im Unterricht

Wie werden Inhalte vermittelt?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V19 b	Bewegungskonzept- Bezogenheit	konzeptbezogen	21,9	13,8	18,8	18,9	33	12	3	48
		konzept- übergreifend	23,8	18,4	12,5	21,3	36	16	2	54
		sowohl als auch	54,3	67,8	68,8	59,8	82	59	11	152
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	151	87	16	254
		fehlend				1	0	0	1	

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	CC	n
V19b	Durchführung	0,114	4,35	0,13	238

Umfang von PatHand- Unterricht

Die Frage 19 im Fragebogen (siehe Anhang, Kapitel 10.1) nach der Anzahl der theoretischen und praktischen *Unterrichtsstunden* zum Patientenhandling, also

- zum Grundlagenwissen,
- zur Entwicklung von situations- und problemlösungsbezogenen Handlungskompetenzen zu allen Bereichen des Patientenhandlings einschließlich Prävention und Selbstschutz sowie
- zur praktischen Unterweisung/ Praxissimulation und ihrer komplexen Fallbearbeitung

in den drei Ausbildungsjahren wurde von einem Viertel der Befragten gar nicht und von den übrigen nicht valide beantwortet (ohne tabellarische Darstellung).

Lerninhalte zur Sensibilisierung der SchülerInnen im theoretischen Unterricht

Das Berufsrisiko im Pflegeberuf für den Erwerb von Muskel- und Skeletterkrankungen (Ursachen, Belastungsgrenzen) wird im theoretischen Unterricht nahezu immer angesprochen; Aspekte des Patientenhandlings werden dabei fast in allen Schulen erwähnt (Tab. 4.14).

Tab. 4.14: Ansprechen des MSE- Berufsrisikos und von Aspekten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht

Wird im theoretischen Unterricht konkret über das Berufsrisiko für Muskel- und Skeletterkrankungen (Ursachen, Belastungsgrenzen etc.) in der Pflege gesprochen? Wenn ja: werden dabei auch Aspekte des Patientenhandlings angesprochen?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
Ansprechen des MSE- Berufsrisikos im theoretischen Unterricht										
V21	MSE-Berufsrisiko im theoret. Unterricht	ja	97,9	96,6	92,9	97,2	143	84	13	240
		nein	2,1	3,4	7,1	2,8	3	3	1	7
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	146	87	14	247
		<i>fehlend</i>					6	0	2	8
V21a wenn V21 -> ja, Ansprechen von Aspekte des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht?										
V21a	Erwähnung von PatHand im theoret. Unterricht	ja	97,9	96,6	92,9	97,2	143	84	13	240
		nein	2,1	3,4	7,1	2,8	3	3	1	7
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	146	87	14	247
		<i>fehlend</i>					6	0	2	8
Teststatistik (GKP vs. AP)										
					P(Chi2)	Chi²	phi	n		
V21	MSE Berufsrisiko im theoretischen Unterricht				0,300	2,4	-0,10	233		
V21a	Patientenhandling angesprochen				0,674	0,4	0,04	233		

Grundlagen für das Einschätzen der PatHand- Lernsituation

Die Frage nach der Verwendung von Empfehlungen aus standardisierten Patientenassessments beantworteten lediglich 44 der Befragten in einer offenen Mehrfachantwort (keine tabellarische Darstellung). In den Nennungen fanden sich vereinzelt Bewegungspläne oder -analysen (z.B. aus dem Kinästhetik- bzw. aus dem Bobath- Konzept), aber auch hausinterne Standards bzw. Expertenstandards des Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (z.B. zur Sturzprophylaxe in der Pflege [DNQP 2006/2013]) sowie Instrumente zur orientierenden Einschätzung der Ressourcen des Patienten (z.B. Barthel- Index).

Praxisbezug durch Fallbesprechungen

In 71,7% der Schulen finden Fallbesprechungen zu Themen des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht statt. Dabei lernen die meisten SchülerInnen, beim Patientenhandling zuerst sich selbst vor zu hoher Belastung zu schützen (85,4% von n=171). Die vorgestellten Beispiele werden fast immer auch im praktischen Unterricht weiterbearbeitet (dies in der AP signifikant häufiger als in der GKP; Tab. 4.15).

Tab. 4.15: Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht

Finden Fallbesprechungen zu Themen des Patientenhandlings statt? Wenn ja, lernen die SchülerInnen, sich beim Patientenhandling zuerst selbst vor zu hoher Belastung zu schützen und werden die Fälle im praktischen Unterricht weiterbearbeitet?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V23	Fallbesprechungen mit PatHand-Inhalten	ja	68,2	75,9	81,3	71,7	101	63	13	177
		nein	31,8	24,1	18,8	28,3	47	20	3	70
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	148	83	16	247
		<i>fehlend</i>					4	5	0	8
Wenn V23 -> ja: Stellenwert des Selbstschutzes von SchülerInnen beim Erlernen von Patientenhandling- Prinzipien (Datenbasis= 177)										
V23a1	Stellenwert Selbstschutz beim PatHand	stimmt eher/ gar nicht	14,6	14,5	15,4	14,6	14	9	2	25
		stimmt eher/ genau	85,4	85,5	84,6	85,4	82	53	11	146
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	96	62	13	171
		<i>fehlend</i>					5	1	0	6
Wenn V23 -> ja: Weiterverarbeitung von Fällen im praktischen Unterricht (Datenbasis= 177)										
V23a2	Weiterverarbeitung ...prakt. Unterricht	ja	85,4	96,8	84,6	89,5	82	60	11	153
		nein	14,6	3,2	15,4	10,5	14	2	2	18
		Gesamt	100	100	100	100	96	62	13	171
		<i>fehlend</i>					5	1	0	6
Teststatistik (GKP vs. AP)										
					p_(Chi2)	Chi²	phi	n		
V23	Fallbesprechungen mit PatHand- Inhalten				0,231	1,5	-0,08	231		
V23a2	Weiterverarbeitung von Fällen im prakt. Unterricht				0,028	5,3	-0,18	158		
Teststatistik (GKP vs. AP)										
					p_(M-w)	z	w	n		
V23a1	Stellenwert Selbstschutz beim PatHand (Datenbasis: n= 177 -> V23=ja)				0,805	-0,246	-0,02	237		

Prinzipien zur ergonomischen und körperentlastenden Arbeitsweise

Die Befragten gaben in standardisierten Mehrfachantworten in beiden Ausbildungsgängen gleichermaßen und fast in allen Fällen (> 80%) die Unterrichtung von

- klassischen ergonomischen Prinzipien zur Gestaltung der PatHand- Situation,
- klassischen Prinzipien von Rückenschulskonzepten hinsichtlich des Körpereinsatzes der Pflegekraft sowie
- Prinzipien aus PatHand- Konzepten auf Basis spezieller Kenntnisse über die menschliche Bewegung an (Tab. 4.16).

Seltener wurden dabei die Prinzipien "Anspannung der Rumpfmuskulatur zur aktiven Stabilisation der Wirbelsäule" und "Reduktion oder Erhöhung von Reibungswiderständen" und in weniger als der Hälfte der Antworten die "Armverlängerung" und die "Standwaage" (statt einem vorgebeugten Arbeiten z. B. am Bett) genannt (jeweils nur von rund drei Vierteln).

Tab. 4.16: Prinzipien zur ergonomischen und körperentlastenden Arbeitsweise beim Patientenhandling im theoretischen und praktischen Unterricht

Welche Prinzipien zur ergonomischen und körperentlastenden Arbeitsweise beim Patientenhandling werden im Unterricht theoretisch und praktisch vermittelt?

Datenbasis: n= 255 (n=152 GKP, n=86 AP; n=16 IGA; n=1 fehlend)

FB-Nr.	Mehrfachnennungen (standardisiert)	Prozent				Statistische Kennwerte (n=238)		
		GKP	AP	IGA	Gesamt	p _(Chi2)	Chi ²	phi
V20a	geeignete Arbeitsplatzausstattung	96,1	96,5	100,0	96,5	1,000	0,0	0,01
V20b	Arbeitsumgebung günstig gestalten	94,7	100,0	93,8	96,5	0,053	4,7	0,14
V20c	ggf. zu zweit/mit mehreren arbeiten	97,4	95,3	100,0	96,9	0,464	0,7	-0,05
V20d	ggf. Hilfsmittel einsetzen	94,7	96,5	93,8	95,3	0,750	0,4	0,04
V20e	Reibungswiderstand reduzieren	80,9	84,9	87,5	82,7	0,484	0,6	0,05
V20f	Reibungswiderstand erhöhen	71,7	80,0	87,5	75,5	0,212	2,0	0,09
V20g	Höhengefälle nutzen	77,0	82,6	87,5	79,5	0,327	1,0	0,07
V20h	Wirbelsäule relativ aufrecht halten	95,4	89,5	100,0	93,7	0,106	3,0	-0,11
V20i	günstige Arbeitshöhe herstellen	98,0	98,8	100,0	98,4	1,000	0,2	0,03
V20j	günstige Ausgangsposition in Bewegungsrichtung einnehmen	97,4	95,3	100,0	96,9	0,464	0,7	-0,05
V20k	körpernah arbeiten, um ungünstige Hebelwirkungen zu vermeiden	98,0	98,8	100,0	98,4	1,000	0,2	0,03
V20l	Armverlängerung, um möglichst aufrecht zu arbeiten	40,1	47,7	25,0	41,7	0,278	1,3	0,07
V20m	Rumpfmuskulatur zur aktiven Stabilisation der Wirbelsäule anspannen	80,3	72,1	81,3	77,6	0,152	2,1	-0,09
V20n	Bewegungsablauf ruhig und fließend gestalten	87,5	93,0	87,5	89,4	0,271	1,8	0,09
V20o	Bewegung durch Gewichtsverlagerung auslösen	94,1	91,9	100,0	93,7	0,592	0,4	-0,04
V20p	Bewegungsablauf in mehrere Schritte unterteilen	85,5	83,7	100,0	85,8	0,710	0,1	-0,02
V20q	Arbeiten am Bett in Standwaage durchführen	39,5	44,2	25,0	40,2	0,496	0,5	0,05
V20r	Patientenressourcen nutzen	99,3	97,7	100,0	98,8	0,297	1,2	-0,07
V20s	am physiologischen Bewegungsmuster des Patienten orientieren	96,1	91,9	93,8	94,5	0,234	1,9	-0,09
V20t	Patient bewegen (z.B. Schieben, Ziehen, Rollen) statt heben	96,1	89,5	93,8	93,7	0,056	4,0	-0,13
V20u	Patientengewicht auf eine Unterstützungsfläche verlagern	82,9	80,2	93,8	82,7	0,604	0,3	-0,03
V20v	Greifen in die Gelenke des Patienten vermeiden	96,1	98,8	100,0	97,2	0,427	1,5	0,08
V20w	Körperhebel des Patienten nutzen	81,6	80,2	68,8	80,3	0,864	0,1	-0,02

Zur Verallgemeinerbarkeit der Antworten für alle Lehrkräfte der Schule

Die Aussagen der Befragten hinsichtlich der Aspekte "Sensibilisierung der PflegeschülerInnen für MSE- Berufsrisiken im Unterricht" und "Vermittlung von ergonomischen und körperentlastenden Prinzipien" in Tab. 4.14 und Tab. 4.16 lassen sich für die gesamte Schule vorsichtig verallgemeinern (siehe Tab. 4.17). Die meisten der Befragten konnten auch die Situation ihrer KollegInnen beurteilen (rund die Hälfte von diesen zumindest bei einem Teil des Lehrkörpers).

Für die Frage nach "Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht" in Tab. 4.15 gilt dies nicht – hier konnten n=101 (39,6%) die Frage nicht beantworten.

Tab. 4.17: Verallgemeinerbarkeit der Antworten für das Lehrpersonal der Schule

Für wen gilt die Antwort?

Datenbasis: n=255

FB-Nr.		Prozent				Fallzahl			
		GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
Ansprechen des MSE- Berufsrisikos im theoretischen Unterricht (Tab. 4.14): Antwort gilt...									
V21	nur für Antwortende(n)	11,3	1,3	21,4	8,5	16	1	3	20
.1	auch für Teil der KollegInnen	45,4	55,0	50,0	48,9	64	44	7	115
	auch für alle KollegInnen	43,3	43,8	28,6	42,6	61	35	4	100
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	141	80	14	235
	<i>fehlend</i>					11	7	2	20
Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht (Tab. 4.15): Antwort gilt...									
V23	nur für Antwortende(n)	18,6	8,9	16,7	14,9	16	5	2	23
	auch für Teil der KollegInnen	48,8	57,1	58,3	52,6	42	32	7	81
	auch für alle KollegInnen	32,6	33,9	25,0	32,5	28	19	3	50
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	86	56	12	154
	<i>fehlend</i>					66	31	4	101
Prinzipien zur ergonomischen und körperentlastenden Arbeitsweise beim Patientenhandling im theoretischen und praktischen Unterricht (Tab. 4.16): Antwort gilt...									
V20	nur für Antwortende(n)	9,2	9,0	13,3	9,4	13	7	2	22
.1	auch für Teil der KollegInnen	45,1	50,0	53,3	47,2	64	39	8	111
	auch für alle KollegInnen	45,8	41,0	33,3	43,4	65	32	5	102
	Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	142	78	15	235
	<i>fehlend</i>					10	9	1	20

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	CC	n
V21.1	Grad der Verallgemeinerbarkeit Frage 21	0,021	7,3	0,18	221
V23	Grad der Verallgemeinerbarkeit Frage 23	0,270	2,6	0,13	142
V20.1	Grad der Verallgemeinerbarkeit Frage 20	0,771	0,5	0,05	220

Patientenhandling in Prüfungen

Handlungskompetenzen der PflegeschülerInnen zu Aspekten des Patientenhandlings werden in 68,3% der Schulen in *theoretischen* und in fast allen Fällen in *praktischen* Prüfungen abgeprüft (Tab. 4.18). In nahezu allen Schulen werden dabei – sofern Prüfungen erfolgen – nach Einschätzung der Befragten a) ergonomische/ körperentlastende Prinzipien sowie b) ein angemessener Hilfsmiteleininsatz ausreichend berücksichtigt. Die Antworten für den *theoretischen* Unterricht sollten mit Vorsicht interpretiert werden – der Anteil fehlender Werte liegt hier bei 14% und für den angemessenen Hilfsmiteleininsatz bei 35%.

Detaillierte Bewertungskriterien in den theoretischen und/oder praktischen Prüfungen (Tab. 4.19) schätzten 209 derjenigen 238 Befragten ein, die zu mindestens einem der beiden As-

pekte eine Aussage machten. In nahezu allen Schulen wird geprüft, ob die Wahl der Methode für den Patienten und seine Diagnose "passt" und fast alle bejahten eine angemessene Berücksichtigung

- des kommunikativen Vorgehens ("wird das Vorgehen dem Patienten erklärt?") bzw.
- der praktischen Umsetzung ("wird die Methode richtig angewendet?") und
- des pflegerischen Selbstschutzes ("wird zu hohe Belastung vermieden?").

Tab. 4.18: Direktes Abprüfen von Handlungskompetenzen zu Aspekten des Patientenhandlings

Werden Handlungskompetenzen zu Aspekten des Patientenhandlings direkt abgeprüft? Wenn theoretisch oder praktisch "ja": werden dazu ergonomische und körperentlastende Prinzipien bzw. ein angemessener Hilfsmiteleinsatz ausreichend berücksichtigt?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt PatHand...		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V24 a	in theoretischen Prüfungen	ja	64,9	73,1	75,0	68,3	85	57	9	151
		nein	35,1	26,9	25,0	31,7	46	21	3	70
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	131	78	12	221
		<i>fehlend</i>					43	19	1	63
V24 b	in praktischen Prüfungen	ja	92,1	94,2	87,5	92,5	139	81	14	234
		nein	7,9	5,8	12,5	7,5	12	5	2	19
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	151	86	16	253
		<i>fehlend</i>					1	1	0	2
Wenn theoretisch/praktisch "ja": Ausreichende Berücksichtigung der folgenden Aspekte (Datenbasis: n= 238 (V24a oder V24b -> ja))										
V24 c1	ergonomische/ körperentlastende Prinzipien	stimmt eher/ genau	99,3	97,5	100,0	98,7	138	79	14	231
		stimmt eher/ gar nicht	0,7	2,5	0,0	1,3	1	2	0	3
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	139	81	14	234
		<i>fehlend</i>					4	0	0	4
V24 c2	angemessener Hilfsmiteleinsatz	stimmt eher/ genau	90,6	97,5	92,9	93,1	126	78	13	217
		stimmt eher/ gar nicht	9,4	2,5	7,1	6,9	13	2	1	16
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	139	80	14	233
		<i>fehlend</i>					4	1	0	5

Teststatistik (GKP vs. AP)		p(Chi2)	Chi ²	Phi	n
V24a	PatHand in theoretischen Prüfungen	0,283	1,50	-0,08	209
V24b	PatHand in praktischen Prüfungen	0,611	0,37	-0,04	237
Teststatistik (GKP vs. AP)		p(Chi2)	Chi ²	Phi	n
V24c1	wenn ja, ergonom. Unterstützung körperentlastende Prinzipien	0,181	1,34	0,10	194
V24a2	Platz für Demonstrationen in den Räumen	0,643	0,46	0,03	222

Tab. 4.19: Bewertungskriterien für die Prüfung von PatHand- Handlungskompetenzen

Nach welchen Bewertungskriterien wird geprüft?

Datenbasis: n= 238

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V24 d1	begründete Methodenwahl	ja	87,3	88,9	92,9	88,2	124	72	13	209
		nein	12,7	11,1	7,1	11,8	18	9	1	28
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	142	81	14	237
		<i>fehlend</i>				1	0	0	1	
V24 d2	angemessene Berücksichtigung des kommunikativen Vorgehens	ja	89,4	93,8	92,9	91,1	127	76	13	216
		nein	10,6	6,2	7,1	8,9	15	5	1	21
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	142	81	14	237
		<i>fehlend</i>				1	0	0	1	
V24 d3	angemessene Berücksichtigung der praktischen Umsetzung	ja	92,3	95,1	100,0	93,7	131	77	14	222
		nein	7,7	4,9		6,3	11	4	0	15
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	142	81	14	237
		<i>fehlend</i>				1	0	0	1	
V24 d4	angemessene Berücksichtigung des pflegerischen Selbstschutzes	ja	92,3	92,6	85,7	92,0	131	75	12	218
		nein	7,7	7,4	14,3	8,0	11	6	2	19
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	142	81	14	237
		<i>fehlend</i>				1	0	0	1	

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	Phi	n
V24d1	begründete Methodenwahl	0,805	0,43	0,04	223
V24d2	angemessene Berücksichtigung des kommunikativen Vorgehens	0,526	1,29	0,07	223
V24d3	angemessene Berücksichtigung der praktischen Umsetzung	0,429	1,69	0,08	223
V24d4	angemessene Berücksichtigung des pflegerischen Selbstschutzes	0,670	0,80	0,06	223

4.5.3 Rahmen des praktischen PatHand- Unterrichts in der Schule

In 95,8% der Schulen findet der praktische Schulunterricht in den Räumen der eigenen oder einer anderen Pflegeschule statt, zudem in 47,1% der Fälle (auch) in einem Ausbildungsbetrieb (dies signifikant seltener in der AP als in der GKP (33,3% vs. 54,5%; $p=0,002$, $\phi=0,04$); ohne tabellarische Darstellung).

Ausstattung für Unterricht zum Patientenhandling: Übungsräume/-betten

Die Hälfte der Befragten in GKP- und rund zwei Drittel in Altenpflegeschulen bewertete die *Größe von Übungsräumen und den Platz für Demonstrationen in diesen Räumen* mit "eher/sehr gut", nur ein geringer Teil mit "eher/sehr schlecht". (Tab. 4.20).

Für die Hälfte aller Schulen gilt eine entsprechend positive Bewertung der Übungsbetten; in einem Viertel der Schulen stehen jedoch keine elektrischen Betten zur Verfügung (der Anteil fehlender Angaben beträgt hier 12%). Existieren diese, wird die quantitative Ausstattung mit ihnen von einem Drittel in der GKP, aber nur von einem Fünftel in der AP schlecht bewertet.

Tab. 4.20: Übungsräume und -betten – Bewertung

Denken Sie an die Übungsräume für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling: Wie beurteilen Sie ihre Qualität hinsichtlich der Größe und Ausstattung?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Bewertung		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
Übungsräume										
V26a1	Größe der Übungsräume	eher/sehr gut	49,7	60,5	60,0	54,0	75	52	9	136
		mittel	30,5	26,7	26,7	29,0	46	23	4	73
		eher/sehr schlecht	19,9	12,8	13,3	17,1	30	11	2	43
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	151	86	15	252
	<i>fehlend</i>					1	1	1	3	
V26a2	Platz f. Demonstrationen in den Räumen	eher/sehr gut	51,4	59,8	60,0	54,7	75	49	9	133
		mittel	31,5	26,8	20,0	29,2	46	22	3	71
		eher/sehr schlecht	17,1	13,4	20,0	16,0	25	11	3	39
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	146	82	15	243
	<i>fehlend</i>					6	5	1	12	
Übungsbetten										
V26b1	Menge Übungsbetten insgesamt	eher/sehr gut	51,0	43,6	75,0	50,2	73,0	34,0	12,0	119
		mittel	25,2	35,9	18,8	28,3	36,0	28,0	3,0	67
		eher/sehr schlecht	23,8	20,5	6,3	21,5	34,0	16,0	1,0	51
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	143	78	16	237
	<i>fehlend</i>					9	9	0	18	
V26b2dich	Verfügbarkeit: elektrische Betten	ja, vorhanden	65,4	89,2	64,3	73,2	89	66	9	164
		nein	34,6	10,8	35,7	26,8	47	8	5	60
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	136	74	14	224
	<i>fehlend</i>					16	13	2	31	
V26b2	Elektrische Betten (soweit Verfügbarkeit angegeben; n=164)	eher/sehr gut	34,8	51,5	55,6	42,7	31	34	5	70
		mittel	30,3	25,8	22,2	28,0	27	17	2	46
		eher/sehr schlecht	34,8	22,7	22,2	29,3	46	26	4	76
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	89	66	9	164
	<i>fehlend</i>					0	0	0	0	

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(M-W)	z	w	n
V26a1	Größe der Übungsräume	0,026	2,23	0,14	237
V26a2	Platz für Demonstrationen in den Räumen	0,081	1,75	0,12	228
V26b1	Menge Übungsbetten insgesamt	0,080	1,75	0,11	229
Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Ch ¹²	phi	n
v26b2di	Verfügbarkeit nur elektrische Betten	0,000	13,90	0,26	210
Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(M-W)	z	w	n
v26b2	Menge nur elektrische Betten	0,009	2,62	0,21	155

Ausstattung der Übungsräume mit technischen Hilfsmitteln

Patientenlifter oder Aufstehhilfen für Übungssituationen stehen nach Tab. 4.21 nur der Hälfte der Schulen zur Verfügung, "andere" *technische Hilfsmittel* zumindest in drei Viertel der Schulen. "*Kleine*" *Hilfsmittel* irgendwelcher Art werden fast überall (89,7%) eingesetzt.

Tab. 4.21: Technische Hilfsmittel für den praktischen Unterricht – Verfügbarkeit

Denken Sie an die Übungsräume für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling: Wie beurteilen Sie ihre Qualität hinsichtlich der Größe und Ausstattung?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Verfügbarkeit		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V26c1dich	Lifter/ Aufstehhilfen	ja	55,0	62,7	50,0	57,2	83	52	8	143
		nein	45,0	37,3	50,0	42,8	68	31	8	107
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	151	83	16	250
		<i>fehlend</i>					1	4	0	5
v26d1dich	andere technische Hilfsmittel **	ja	72,7	66,3	81,3	71,1	109	55	13	177
		nein	27,3	33,7	18,8	28,9	41	28	3	72
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	150	83	16	249
		<i>fehlend</i>					1	4	0	5
V26e1dich	kleine Hilfsmittel ***	ja	86,5	93,8	100,0	89,7	128	75	15	218
		nein	13,5	6,3	0,0	10,3	20	5	0	25
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	148	80	15	243
		<i>fehlend</i>					4	7	1	12

Legende:

** z.B. Therapiestuhl, Duschstuhl, Duschliege, höhenverstellbare Badewanne etc.

*** z.B. Anti- Rutschmatte, Gleitmatte, Rollboard, Drehscheibe, Gleitbrett, Gehgürtel, Transfergurt etc.

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	phi	n
V26c1dich	Verfügbarkeit Lifter/Aufstehhilfen	0,271	1,29	0,07	234
V26d1dich	Verfügbarkeit andere technische Hilfsmittel	0,369	1,05	-0,07	233
V26e1dich	Verfügbarkeit kleine Hilfsmittel	0,121	2,80	0,11	228

Den Stand der Technik von Patientenliftern oder Aufstehhilfen – sofern vorhanden – beurteilte nur ein Drittel der Befragten als "gut" oder "sehr gut" und bei "anderen" technischen Hilfsmitteln knapp die Hälfte (Tab. 4.22). Das letztere gilt auch für die *Vielfalt* "kleiner" Hilfsmittel – darüber hinaus mit Hinweis auf eine in der GKP (35,0%) vergleichsweise schlechtere Situation als in der AP (50,8%).

In der Hälfte der Schulen mit gültigen Nennungen werden Übungsbetten regelmäßig gewartet und in einem Drittel technische Hilfsmittel (Tab. 4.23).

Die Validität der Ergebnisse dieser beiden Tabellen ist allerdings durch fehlende Angaben zwischen 15-21% eingeschränkt.

Tab. 4.22: Stand der Technik/der Vielfalt technischer Hilfsmittel – Bewertung

Denken Sie an die Übungsräume für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling: Wie beurteilen Sie ihre Qualität hinsichtlich der Größe und Ausstattung?

Datenbasis siehe Items

FB-Nr.	Bewertung (sofern vorhanden)	Prozent				Fallzahl				
		GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt	
v26c2	Stand der Technik Lifter/ Aufstehhilfen (n=143)	eher/sehr gut	26,8	33,3	40,0	29,8	19	15	2	36
		mittel	26,8	33,3	40,0	29,8	19	15	2	36
		eher/sehr schlecht	46,5	33,3	20,0	40,5	33	15	1	49
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	71	45	5	121
	<i>fehlend</i>					12	23	3	22	
v26d2	Stand der Technik anderer techn. Hilfsmittel (n=177)	eher/sehr gut	26,4	32,6	33,3	28,8	23	15	2	40
		mittel	37,9	45,7	16,7	39,6	33	21	1	55
		eher/sehr schlecht	35,6	21,7	50,0	31,7	31	10	3	44
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	87	46	6	139
	<i>fehlend</i>					22	9	7	38	
v26e2	Vielfalt(!) vorhandener kleiner Hilfsmittel (n=243)	eher/sehr gut	35,0	50,8	41,7	41,1	36	33	5	74
		mittel	32,0	29,2	25,0	30,6	33	19	3	55
		eher/sehr schlecht	33,0	20,0	33,3	28,3	34	13	4	51
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	103	65	12	180
	<i>fehlend</i>					25	10	3	38	

Teststatistik (GKP vs. AP)		$p_{(M-W)}$	z	w	n
v26c2	Stand der Technik Lifter/ Aufstehhilfen (n=143)	0,139	1,48	0,14	116
v26d2	Stand der Technik anderer techn. Hilfsmittel (n=177)	0,099	1,65	0,14	133
v26e2	Vielfalt(!) kleiner Hilfsmittel (n=218)	0,010	2,56	0,20	168

Tab. 4.23: Technische Wartung der Ausstattung – Bewertung regelmäßig/1x jährlich nach Medizinproduktegesetz/Unfallverhütungsvorschriften

Findet für die Ausstattung eine regelmäßige/ einmal jährliche Wartung statt?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Wartung		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V27 a	Betten	ja	47,3	50,0	46,2	48,2	62	38	6	106
		nein	52,7	50,0	53,8	51,8	69	38	7	114
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	131	76	13	220
		<i>fehlend*</i>					21	11	3	35
V27 b	Technische Hilfsmittel	ja	33,6	41,4	18,2	35,6	37	29	2	68
		nein	66,4	58,6	81,8	64,4	73	41	9	123
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	110	70	11	191
		<i>fehlend*</i>					42	17	5	64

Legende: *keine Kenntnis/ keine Angabe

Teststatistik (GKP vs. AP)	p(Chi2)	Chi ²	phi	n
V27a Betten	0,773	0,14	0,03	207
V27a Technische Hilfsmittel	0,342	1,12	0,08	180

Wünsche und Bedarfe für Übungsräume und Ausstattung

In einer offenen Frage mit Mehrfachantwortmöglichkeiten nach *Bedarfen* gefragt, wünschten zwischen der Hälfte und drei Viertel von n=143 bessere Übungsräume bzw. bessere technische Hilfsmittel (Tab. 4.24):

Tab. 4.24: Wünsche und Bedarfe zu Übungsräumen und ihrer Ausstattung (offene Frage, zusammengefasst)

Mit Ihren eigenen Worten: welche Veränderungen würden Sie sich wünschen hinsichtlich ...

Datenbasis: n= 255; ohne Unterschiedstests

FB-Nr.	Aspekt (Mehrfachnennungen)		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V28a	Übungsräume	mehr Räume	55,6	51,2	50,0	53,8	50	22	5	77
		bessere Räume	77,8	76,7	60,0	76,2	70	33	6	109
		Gesamt					90	43	10	143
		<i>fehlend</i>					62	44	6	112
V28b	Ausstattung	mehr techn. Hilfsmittel	75,5	83,9	66,7	77,7	83	52	8	143
		bessere Hilfsmittel	72,7	61,3	75,0	69,0	80	38	9	127
		Gesamt					110	62	12	184
		<i>fehlend</i>					42	25	4	71

Interesse an *Skills Labs*

Gefragt nach einem grundsätzlichen Interesse für eine Beteiligung der eigenen Schule an einer gut ausgestatteten Lehrwerkstatt (*Skills Lab*) für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling, schätzten 73,0% der Befragten dieses als "groß" oder "sehr groß" ein (Tab. 4.25).

Tab. 4.25: Interesse an *Skills Labs*

Bitte stellen Sie sich das Konzept einer "überbetrieblichen Lehrwerkstatt" (*Skills Lab*) für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling vor. Wie schätzen Sie das Interesse für eine Beteiligung Ihrer Schule ein?

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt		Prozent				Fallzahl			
			GKP	AP	IGA	Gesamt	GKP	AP	IGA	Gesamt
V29	Interesse an Skills Labs	groß/ sehr groß	75,3	67,5	80,0	73,0	110	56	12	178
		niedrig/ sehr niedrig	24,7	32,5	20,0	27,0	36	27	3	66
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	146	83	15	244
		<i>fehlend</i>				6	3	1	10	

Teststatistik (GKP vs. AP)	p(M-W)	z	w	n
V29 Interesse an Skills Labs	0,081	-1,75	-0,11	229

4.5.4 Ausbildung von PflegeschülerInnen am Praxislernort: Rahmenbedingungen

Die folgende Beschreibung der Situation an einem ausgewählten Praxislernort gilt für den jeweils *größten ausgewählten Betrieb* (Filterfrage 3 in Tab. 4.6; n=267).

Praxisbegleitung durch Lehrkräfte

PflegeschülerInnen werden von den Lehrkräften in der praktischen Ausbildung nahezu in allen Schulen begleitet – in der AP geringfügig häufiger (Tab. 4.26).

In den wenigsten Fällen erfolgt die *Organisation* der Begleitungen im Rahmen des persönlichen Ermessens der zuständigen Lehrkraft; in 95,2% der Schulen in der AP und in den Schulen der GKP geringfügig seltener ist die Praxisbegleitung formal geregelt.

Die *personellen Ressourcen der Schule* für eine Begleitung von PflegeschülerInnen in der Ausbildungsstätte werden von rund einem Viertel als "schlecht" oder "sehr schlecht" und von weiteren 42,8% als "mittel" bezeichnet.

Tab. 4.26: Praxisbegleitung durch Lehrkräfte in der praktischen Ausbildung

Werden PflegeschülerInnen von den Lehrkräften in der praktischen Ausbildung begleitet? Wenn ja: wie häufig und wie lange jeweils? Wenn ja: Ist dies formal geregelt? Wie beurteilen Sie diesbezüglich die personellen Ressourcen Ihrer Schule?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V30	Begleitung in der praktischen Ausbildung	ja	92,8	98,8	94,7	168	83	251
		nein	7,2	1,2	5,3	13	1	14
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	181	84	265
		<i>fehlend</i>				2	0	2
Wenn Begleitung erfolgt: formal geregelt? (Datenbasis: n=251 -> v30= ja)								
V30b	formale Regelung der Begleitung	ja, formal geregelt	84,4	95,2	88,1	135	79	214
		nein, persönliches Ermessen der zuständigen Lehrkraft	15,6	4,8	11,9	25	4	29
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	160	83	243
		<i>fehlend</i>				8	0	8
V30c	Beurteilung personellen Ressourcen der Schule für Praxisbegleitung	gut/sehr gut	29,7	41,3	33,4	49	33	82
		mittel	43	43,8	43,3	71	35	106
		schlecht/sehr schlecht	27,3	15	23,3	45	12	57
		Gesamt	100	100	100	165	80	245
		<i>fehlend</i>				16	4	20

Teststatistik (GKP vs. AP)		P _(Chi2)	Chi ²	phi	n
V30	Begleitung durch Lehrkräfte	0,043	4,12	0,12	265
V30b	Wenn ja: formale Regelung	0,013	6,07	0,16	243
Teststatistik (GKP vs. AP)		P _(M-W)	z	w	n
V30c	Beurteilung personellen Ressourcen der Schule für Praxisbegleitung	0,019	2,352	0,15	245

Zeitlicher Umfang für Praxisanleitung im Ausbildungsbetrieb

Die Verteilung der Antworten auf die Frage, wie viel Zeit pro SchülerIn und Woche für Praxisanleitung zur Verfügung steht, lässt keine valide Auswertung zu. 23,5% der Befragten in der Kranken- und 40,0% in der Altenpflege konnten die Frage nicht beantworten oder die Situation nicht einschätzen; insgesamt 10,9% gaben an, dies sei nicht geregelt, in sehr wenigen Fällen (1,5%) gäbe es keine Praxisanleitung (ohne tabellarische Darstellung). Nur rund die Hälfte in beiden Ausbildungstypen machte dazu – jedoch zum Teil unrealistische – quantifizierbare Angaben, die teilweise mit dem Vermerk "theoretisch vorgesehen" versehen wurden.

Insgesamt gesehen, wurde der zeitliche Umfang der Praxisanleitung von mehr als der Hälfte der AP- und einem Drittel der GKP- Befragten in Tab. 4.27 als "schlecht" oder "sehr schlecht" beurteilt.

Tab. 4.27: Beurteilung des zeitlichen Umfangs für Praxisanleitung insgesamt

Wie beurteilen Sie den zeitlichen Umfang für die Praxisanleitung?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Beurteilung		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
v31b	zeitlicher Umfang für Praxisanleitung	gut/sehr gut	25,8	7,6	20,2	45	6	51
		mittel	40,2	32,9	37,9	70	26	96
		schlecht/ sehr schlecht	33,9	59,5	41,9	59	47	106
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	174	79	253
		<i>fehlend</i>				9	5	14

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(M-W)	z	w	n
v31b	zeitlicher Umfang für Praxisanleitung	0,000	-4,31	-0,27	253

Qualifikation der PraxisanleiterInnen

Die Kompetenz der PraxisanleiterInnen in Tab. 4.28 hinsichtlich pädagogischer und Patientenhandling- Inhalte im ausgewählten Ausbildungsbetrieb wurde (bei einem Anteil fehlender Werte von 9-12%) generell von rund der Hälfte der Befragten in der GKP, aber nur von nur einem Fünftel bis einem Viertel in der AP als "gut" oder "sehr gut" eingeschätzt.

Tab. 4.28: Beurteilung der Qualifikation der PraxisanleiterInnen im Ausbildungsbetrieb

Wie beurteilen Sie die PraxisanleiterInnen hinsichtlich Ihrer Qualifikation zu ...

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Beurteilung...		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
v32 a	pädagogische Inhalte	gut/sehr gut	55,2	19,4	45,2	95	13	108
		mittel	37,8	58,2	43,5	65	39	104
		schlecht/ sehr schlecht	7,0	22,4	11,3	12	15	27
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	172	67	239
	fehlend				11	17	28	
v32 b	pflege- fachliche In- halte	gut/sehr gut	69,2	51,4	64,0	119	36	155
		mittel	27,9	32,9	29,3	48	23	71
		schlecht/ sehr schlecht	2,9	15,7	6,6	5	11	16
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	172	70	242
	fehlend				11	14	25	
v32 c	Patienten- handling- Inhalte	gut/sehr gut	42,0	24,6	37,2	71	16	87
		mittel	42,6	46,2	43,6	72	30	102
		schlecht/ sehr schlecht	15,4	29,2	19,2	26	19	45
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	169	65	234
	fehlend				14	19	33	
Teststatistik (GKP vs. AP)			p_(M-W)	z	w	n		
v32a	pädagogischen Inhalte		0,000	-5,21	-0,34	239		
v32b	pflege-fachliche Inhalte		0,001	-3,31	-0,21	242		
v32c	Patientenhandling- Inhalte		0,003	-2,93	-0,19	234		

Kompetenzen in der Praxisanleitung

Fortbildungserfahrung: Lerninhalte zum Patientenhandling

Keine Kenntnis über den *Fortbildungsstand* von PraxisanleiterInnen zu Lerninhalten des Patientenhandlings im ausgewählten (größten) Ausbildungsbetrieb haben in der GKP 28,1%, aber 56,6% in der AP. Die übrigen wissen darüber in der Regel zumindest teilweise Bescheid (n=164 von 261; Tab. 4.29). Mehr als die Hälfte des Gesamtkollektivs gab die Konzepte *Basale Stimulation* und *Bobath an*; ein Drittel weiß von Fortbildungen zur Anwendung technischer Hilfsmittel im Ausbildungsbetrieb und ein Fünftel von solchen eines Unfallversicherungsträgers, z.B. zu ergonomischem Arbeiten.

Tab. 4.29: Fortbildungsstand von PraxisanleiterInnen für Lerninhalte zum Patientenhandling

Kennen Sie den Fortbildungsstand der PraxisanleiterInnen für Lerninhalte zum Patientenhandling? Wenn ja: welche Fortbildungen sind dies?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V33	Kenntnis der befragten Lehrkräfte zum Fortbildungsstand von PraxisanleiterInnen	ja, zum Teil	62,9	37,3	54,8	112	31	143
		ja, vollständig	9,0	6,0	8,0	16	5	21
		nein, gar nicht	28,1	56,6	37,2	50	47	97
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	178	83	261
		<i>fehlend</i>				5	1	6
Wenn ja: Art der Fortbildungen (Mehrfachnennungen; Datenbasis: n=143+21=164 -> V33 Kenntnisse zum Teil oder vollständig)								
V33 a	Kinästhetik	ja	91,3	78,8	88,7	69	19	88
		nein	8,7	21,2	11,3	57	14	71
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5
V33 b	Bobath	ja	54,8	57,6	55,3	12	2	14
		nein	45,2	42,4	44,7	114	31	145
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5
V33 c	Aktivitas Pflege©	ja	9,5	6,1	8,8	12	2	14
		nein	90,5	93,9	91,2	114	31	145
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5
V33 d	Basale Stimulation	ja	55,6	63,6	57,2	19	5	24
		nein	44,4	36,4	42,8	107	28	135
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5
V33 e	"Ergonomisches Arbeiten"	ja	15,1	15,2	15,1	25	6	31
		nein	84,9	84,8	84,9	101	27	128
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5
V33 f	FoBi eines Unfallversicherungsträgers	ja	19,8	18,2	19,5	43	16	59
		nein	80,2	81,8	80,5	83	17	100
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5
V33 g	FoBi "technische Hilfsmittel"	ja	34,1	48,5	37,1	43	16	59
		nein	65,9	51,5	62,9	83	17	100
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	126	33	159
		<i>fehlend</i>				2	5	5

(Teststatistik siehe nächste Seite)

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	CC	n
V33	Kenntnisstand zum Fortbildungsstand	0,000	19,70	-0,27	261
Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(Chi2)	Chi ²	Phi	n
V33a	Kinästhetik	0,062	4,06	-0,16	159
V33b	Bobath	0,845	0,08	0,02	159
V33c	Aktivitas Pflege®	0,736	0,39	-0,05	159
V33d	Basale Stimulation	0,436	0,70	0,07	159
V33e	"Ergonomisches Arbeiten"	1,000	0,00	0,00	159
V33f	FoBi eines Unfallversicherungsträgers	1,000	0,05	-0,02	159
V33g	FoBi "technische Hilfsmittel"	0,157	2,31	0,12	159

Ausstattung zum Patientenhandling am Praxislernort

Die Pflegelehrkräfte wurden – analog zu den Ressourcen in der Schule und gemessen am Bedarf – nach a) der Verfügbarkeit, b) dem Nutzungsgrad und c) dem Wartungszustand von

- elektrischen Patientenbetten und -liftern (Tab. 4.30) sowie
- weiteren und "kleinen" Hilfsmitteln (Tab. 4.31)

am Praxislernort gefragt.

Teilweise eingeschränkt durch einen Anteil fehlender Werte zwischen 10-20%, lässt sich aus dem Ergebnissen vorsichtig schließen, dass – im Vergleich zur ergonomischen Situation in der GKP – die AP- Lehrkräfte die Ausstattung im Beispielbetrieb hinsichtlich elektrischer Betten (85,3% "eher/sehr gut"), Lifter und Aufstehhilfen bzw. "anderer" Hilfsmitteln (64,5% bzw. 52,6%) signifikant besser als in Krankenhäusern bewerteten (nicht hinsichtlich "kleiner" Hilfsmittel 42,1%).

Analog hierzu wurde der *Nutzungsgrad* der entsprechenden Ausstattung eingeschätzt. Dieser wurde je nach Versorgungstyp von einem Fünftel bis der Hälfte der Befragten sogar "schlecht oder sehr schlecht" eingeschätzt. Der *Wartungszustand* des Equipments wurde je nach Hilfsmitteltyp von zwei Dritteln bis rund 80% als "gut/sehr gut" bewertet. Sowohl der Wartungszustand als auch der Nutzungsgrad von technischen Hilfsmitteln wurde in der Altenpflege generell besser beurteilt.

Tab. 4.30: Ausstattung zum Patientenhandling: Elektrische Betten und Patientenlifter im größten Ausbildungsbetrieb

Bitte denken Sie an die Ausstattung zum Patientenhandling im Ausbildungsbetrieb: Wie beurteilen Sie die Situation – gemessen am Bedarf (!) – zu den folgenden Aspekten *insgesamt*? Hinsichtlich ...

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
Elektrische Betten								
v34 a1	Verfügbarkeit	gut/sehr gut	56,9	85,3	65,7	95	64	159
		mittel	28,7	13,3	24,0	48	10	58
		schlecht/sehr schlecht	14,4	1,3	10,3	24	1	25
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	167	75	242
	<i>fehlend</i>				6	9	15	
Wenn Verfügbarkeit angegeben: (Datenbasis: n=242)								
v34 a2	Wartungszu- stand	gut/sehr gut	81,0	77,2	79,9	115	44	159
		mittel	13,4	17,5	14,6	19	10	29
		schlecht/sehr schlecht	5,6	5,3	5,5	8	3	11
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	142	57	199
	<i>fehlend</i>				25	18	43	
Patientenlifter								
v34 b1	Verfügbarkeit	gut/sehr gut	26,8	64,5	39,6	40	49	89
		mittel	38,9	28,9	35,6	58	22	80
		schlecht/sehr schlecht	34,2	6,6	24,9	51	5	56
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	149	76	225
	<i>fehlend</i>				34	7	41	
Wenn Verfügbarkeit angegeben: (Datenbasis: n=225)								
v34 b2	Nutzungsgrad	gut/sehr gut	16,4	49,3	27,6	22	34	56
		mittel	29,1	34,8	31,0	39	24	63
		schlecht/sehr schlecht	54,5	15,9	41,4	73	11	84
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	134	69	203
	<i>fehlend</i>				15	7	22	
v34 b3	Wartungszu- stand	gut/sehr gut	58,8	73,3	63,7	70	44	114
		mittel	26,1	23,3	25,1	31	14	45
		schlecht/sehr schlecht	15,1	3,3	11,2	18	2	20
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	119	60	179
	<i>fehlend</i>				30	16	46	
Teststatistik (GKP vs. AP)								
			P_(M-W)	z	w	n		
Elektrische Betten								
v34a1	Verfügbarkeit		0,000	3,71	0,24	242		
v34a2	Wartungszustand		0,827	0,22	0,02	199		
Patientenlifter								
v34b1	Verfügbarkeit		0,000	6,06	0,40	225		
v34b2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben		0,000	6,09	0,43	203		
v34b3	Wartungszustand, wenn Verfügbarkeit angegeben		0,035	2,10	0,16	179		

Tab. 4.31: Ausstattung zum Patientenhandling: Weitere technische und kleine Hilfsmittel im größten Ausbildungsbetrieb

Bitte denken Sie an die Ausstattung zum Patientenhandling im Ausbildungsbetrieb: Wie beurteilen Sie die Situation – gemessen am Bedarf (!) – zu den folgenden Aspekten *insgesamt*? Hinsichtlich ...

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
Weitere technische Hilfsmittel **								
v34 c1	Verfügbarkeit	gut/sehr gut	38,8	52,6	43,2	64	40	104
		mittel	35,2	30,3	33,6	58	23	81
		schlecht/sehr schlecht	26,1	17,1	23,2	43	13	56
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	165	76	241
	<i>fehlend</i>				18	8	26	
Wenn Verfügbarkeit angegeben: (Datenbasis: n=241)								
v34 c2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben	gut/sehr gut	36,9	47,8	40,3	55	32	87
		mittel	34,2	32,8	33,8	51	22	73
		schlecht/sehr schlecht	28,9	19,4	25,9	43	13	56
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	149	67	216
	<i>fehlend</i>				16	9	25	
v34 c3	Wartungszustand, wenn Verfügbarkeit angegeben	gut/sehr gut	59,7	65,5	61,5	80	38	118
		mittel	28,4	25,9	27,6	38	15	53
		schlecht/sehr schlecht	11,9	8,6	10,9	16	5	21
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	134	58	192
	<i>fehlend</i>				31	18	49	
Kleine Hilfsmittel ***								
v34 d1	Verfügbarkeit	gut/sehr gut	37,5	42,1	38,9	63	32	95
		mittel	39,3	34,2	37,7	66	26	92
		schlecht/sehr schlecht	23,2	23,7	23,4	39	18	57
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	168	76	244
	<i>fehlend</i>				15	7	22	
Wenn Verfügbarkeit angegeben: (Datenbasis: n=244)								
v34 d2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben	gut/sehr gut	31,5	38,5	33,6	47	25	72
		mittel	34,9	33,8	34,6	52	22	74
		schlecht/sehr schlecht	33,6	27,7	31,8	50	18	68
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	149	65	214
	<i>fehlend</i>				19	11	30	

Legende:

** z.B. Duschstühle/- liegen, Therapiestühle etc.

*** z.B. Anti- Rutschmatte, Gleitmatte, Rollboard, Drehscheibe, Gleitbrett, Gehgürtel, Transfergurt etc.

(Teststatistik siehe nächste Seite)

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(M-w)	z	w	n
Weitere technische Hilfsmittel					
v34c1	Verfügbarkeit	0,017	2,38	0,15	241
v34c2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben	0,046	2,00	0,12	260
v34c3	Wartungszustand, wenn Verfügbarkeit angegeben	0,336	0,96	0,07	192
Kleine Hilfsmittel					
v34d1	Verfügbarkeit	0,583	0,55	0,04	244
v34d2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben	0,345	0,94	0,06	214

Konzept(e) zum Patientenhandling für examinierte Pflegekräfte

Um unterstützende Rahmenbedingungen für PflegeschülerInnen, ihre erlernten Kenntnisse in der Praxis einzusetzen, einschätzen zu können, wurden die Pflegelehrkräfte nach systematischen betrieblichen Schulungen und dem Einsatz von *PatHand-Konzepten* durch *examinierte Pflegekräfte* befragt (Schulung mindestens einer manuellen Methode bzw. zur Anwendung von Hilfsmitteln). 65,6% in der GKP und 42,9% in der AP beantworteten dies positiv (insgesamt n=156 von 267; Tab. 4.32).

Jeweils rund ein Fünftel in beiden Ausbildungstypen gab an, dass im Ausbildungsbetrieb keine entsprechenden Schulungen stattfinden und weitere 12,6% in der GKP und 35,7% in der AP konnten dies nicht beurteilen.

Die Umsetzung eines Schulungskonzepts zum Patientenhandling im Rahmen einer *betrieblichen Gesamtstrategie* sahen jeweils rund zwei Drittel der Befragten in der Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflege im ausgewählten Ausbildungsbetrieb, sofern (!) ein solches Konzept bekannt war (insgesamt 62,6% von n=139; siehe wiederum Tab. 4.32).

Tab. 4.32: Kenntnisstand: systematische Schulungen zu Konzept(en) zum Patientenhandling im größten Ausbildungsbetrieb (Filterfrage)

Welche Konzept(e) zum Patientenhandling werden für examinierte Pflegekräfte im Ausbildungsbetrieb systematisch geschult und eingesetzt?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GK P	AP	Gesamt
V35	Schulungen zum PatHand im Betrieb bekannt	ja, Schulungen finden statt	65,6	42,9	58,4	120	36	156
		nein, Schulungen finden nicht statt	21,9	21,4	21,7	40	18	58
		nicht beurteilbar, ob/welche Schulungen	12,6	35,7	19,9	23	30	53
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	183	84	267
		<i>fehlend</i>				0	0	0
Wenn Schulungen stattfinden: Umsetzung der Konzepte im Rahmen einer betrieblichen Gesamtstrategie (Datenbasis: n=156 -> v35= ja)								
V35d	Betriebliche Gesamtstrategie	ja	61,5	66,7	62,6	67	20	87
		nein	38,5	33,3	37,4	42	10	52
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	109	30	139
		<i>fehlend</i>				11	6	17
Teststatistik (GKP vs. AP)								
			p_(Chi2)	Chi²	CC	n		
V35	Schulung PatHand bekannt		0,000	20,6	-0,27	267		
Teststatistik (GKP vs. AP)								
			p_(Chi2)	Chi²	phi	n		
V35d	Umsetzung der Konzepte im Rahmen einer betrieblichen Gesamtstrategie		0,674	0,27	0,04	156		

Die Arten der genannten betrieblichen Schulungskonzepte werden in Tab. 4.33 aufgeführt – angesichts der zum Teil geringen Fallzahlen in den Kategorien ohne Unterschiedstests; sichtbar ist die Dominanz des *Kinästhetik*-Konzepts in der GKP im Vergleich zur Altenpflege.

Bei zwei Drittel bis drei Viertel der Nennungen wurde die Durchführung von Auffrischungseinheiten zur Verstärkung von Schulungsinhalten manueller Konzepte bestätigt (Tab. 4.32; Vorsicht: teilweise geringe Fallzahlen).

Tab. 4.33: Art der genannten manuellen Konzepte zum Patientenhandling im größten Ausbildungsbetrieb

Datenbasis: n=156 (V35="ja"); ohne Unterschiedstests

FB-Nr.	Aspekt (Mehrfachnennungen)	Prozent			Fallzahl		
		GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V35A01METH	"Rückengerechte Arbeitsweisen"	11,7	5,6	10,3	14	2	16
V35A02METH	Kinästhetik	70,8	36,1	62,8	85	13	98
V35A03METH	Aktivitas Pflege©	2,5	0,0	1,9	3	0	3
V35A04METH	Basale Stimulation	15,8	22,2	17,3	19	8	27
V35A05METH	Bobath	22,5	27,8	23,7	27	10	37
V35A07METH	(ohne Namen/nicht zuordenbar)	15,0	30,6	18,6	18	11	29

Tab. 4.34: Verstetigung von Schulungsinhalten manueller Konzepte: Auffrischung

Datenbasis: n=156 (V35="ja"); ohne Unterschiedstests

FB-Nr.	Aspekt Auffrischung		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V35A01Auf	Rückengerechte Arbeitsweisen	ja	78,6	100,0	81,3	11	2	13
		nein	14,3	0,0	12,5	2	0	2
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	14	2	16
		<i>fehlend</i>				1	0	1
V35A02 Auf	Kinästhetik	ja	71,8	76,9	72,4	61	10	71
		nein	18,8	23,1	19,4	16	3	19
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	85	13	98
		<i>fehlend</i>				8	0	8
V35A03 Auf	Aktivitas Pflege©	ja	66,7	0,0	66,7	2	0	2
		nein	33,3	0,0	33,3	1	0	1
		Gesamt	100,0	0,0	100,0	3	0	3
		<i>fehlend</i>				0	0	0
V35A04 Auf	Basale Stimulation	ja	63,2	62,5	63,0	12	5	17
		nein	26,3	25,0	25,9	5	2	7
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	19	8	27
		<i>fehlend</i>				2	1	3
V35A05 Auf	Bobath	ja	66,7	80,0	70,3	18	8	26
		nein	25,9	10,0	21,6	7	1	8
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	27	10	37
		<i>fehlend</i>				2	1	3
V35A07Auf	(ohne Namen/nicht zuordenbar)	ja	66,7	72,7	69,0	12	8	20
		nein	33,3	27,3	31,0	6	3	9
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	18	11	29
		<i>fehlend</i>				0	0	0

Globalbewertung des Schulungsstands zum Patientenhandling

Jeweils ein Drittel von n=255 beurteilte den *Schulungsstand* zum Patientenhandling im beschriebenen Ausbildungsbetrieb als "schlecht/sehr schlecht" (34,8%), weitere 50,2% als "mittel" (Tab. 4.35). Gleichermaßen verhält es sich mit der Frage nach der Möglichkeit für die PflegeschülerInnen, ihre Kenntnisse zum Patientenhandling in die Praxis umzusetzen (35,2% "schlecht/sehr schlecht", 43,4% "mittel").

Insbesondere die Einschätzung der Umsetzungsmöglichkeiten von erlernten PatHand- Inhalten für PflegeschülerInnen in der Praxis wurde häufig verbal kommentiert; kritisch angemerkt wurde vor allem eine fehlende Arbeitsschutzkultur sowie Defizite bei den zeitlichen Ressourcen im Rahmen der Pflegearbeit und bei der entsprechenden Unterstützung von SchülerInnen durch examinierte Kräfte und PraxisanleiterInnen.³²

³² Ausgewählte Zitate:

- [Umsetzung] oft nicht gewünscht, SchülerInnen erhalten oft die Antwort: "zu zeitaufwendig".
- Fehlende Vorbilder.
- Ältere Mitarbeiterinnen lassen sich auf SchülerInnenkenntnisse nicht ein – lehnen diese ab.
- Da das examinierte Pflegepersonal angemessene Konzepte in der Praxis kaum umsetzt, ist es für die Auszubildenden sehr schwer, ihr Können in die Praxis umzusetzen.
- Da sehr viele Pflegekräfte keine [PatHand]-Schulung haben, ist es für die SchülerInnen sehr schwer, neu Erlerntes umzusetzen.
- Die Besuche durch die Schule sind nicht ausreichend, Handlings können nicht vertieft werden.
- [Gelerntes] wird von SchülerInnen jedoch selten umgesetzt.
- Zeitfaktor der PraxisanleiterInnen.
- In der Praxis sehen sie [die Schülerinnen] eher, dass getragen und gehoben wird und sind auf die Unterstützung der hauptberuflichen PraxisanleiterInnen angewiesen; sie können Hilfe einfordern – tun das aber zu wenig.
- *Kinästhetik* wird fast gar nicht angewendet, da keine Zeit ist -> SchülerInnen erhalten wenig bis gar keine Möglichkeit kinästhetisch arbeiten zu können, da sie sonst "zu langsam" seien.
- Keine [Umsetzung], wenig Verknüpfung Theorie-Praxis.
- Viel Eigeninitiative der Schüler von Nöten.
- Mangelnde Praxisanleitung auf Stationen mit hoher Arbeitsdichte.
- Viele Heime wenden Konzepte wie *Bobath* oder *Kinästhetik* nicht an, d.h. die SchülerInnen lernen es für die Schule und können es teilweise nicht einmal in Prüfungen zeigen.

Tab. 4.35: Patientenhandling- Kultur im größten Ausbildungsbetrieb – Gesamteinschätzung

Wie beurteilen Sie die Situation im Ausbildungsbetrieb hinsichtlich der folgenden Aspekte? Hinsichtlich ...

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
v36a	Schulungsstand zum Patientenhandling	gut/sehr gut	15,9	12,7	15,0	26	8	34
		mittel	48,8	54,0	50,2	164	65	229
		schlecht/ sehr schlecht	35,4	33,3	34,8	58	21	79
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	164	63	227
		<i>fehlend</i>			19	21	40	
v36b	Möglichkeit der Umsetzung für PflegeschülerInnen	gut/sehr gut	22,1	19,4	21,3	38	14	52
		mittel	43,6	43,1	43,4	174	73	247
		schlecht/ sehr schlecht	34,3	37,5	35,2	59	27	86
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	172	72	244
		<i>fehlend</i>			11	12	23	

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(M-W)	z	w	n
v36a	Schulungsstand zum Patientenhandling	0,971	0,04	0,00	227
v36b	Umsetzungsmöglichkeiten für PflegeschülerInnen	0,569	-0,57	-0,04	244
v36ME AN	Gesamtbeurteilung V36a/-b	0,641	-0,47	-0,03	226

Zusammenarbeit der Akteure an den Theorie- Praxis- Schnittstellen

Kooperation zwischen Schule und Ausbildungsbetrieb

In Tab. 4.36 wird deutlich, dass sich in nahezu allen Schulen Pflegelehrkräfte und PraxisanleiterInnen treffen in

- Arbeitstreffen mit verschiedenen Themeninhalten (93,9%) bzw.
- Kooperationstreffen* zwischen VertreterInnen der Schule und Pflegedienstleitung/ des Pflegedirektoriums (PDL) des Ausbildungsbetriebs (84,7%) stattfinden.

Nur selten hingegen treffen sich

- "*SpezialistInnen*" des Patientenhandlings (22,8% in der GKP und 6,3% in der AP).

Die *Häufigkeit der Treffen* von a) schwankt dabei zwischen einem und 16 Terminen pro Jahr in der GKP und einem und sechs Terminen in der AP (Mittelwert/SD 4,7 ± 3,0 bzw. 2,5 ± 1,2; Tab. 4.37).

Die Häufigkeit von c) schwankt sehr stark und wurde fast ausschließlich von Gesundheits- und Krankenpflege schulen beantwortet (2,7 ± 2,7mal pro Jahr; n=43).

Tab. 4.36: Formen der Zusammenarbeit zwischen Schule und PraxisanleiterInnen

Wie findet die Zusammenarbeit Ihrer Schule mit den Praxisanleitern des Ausbildungsbetriebs statt?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V37a	Arbeitsreffen mit verschiedenen Themeninhalten	ja	95,1	91,5	94,00	173	75	248
		nein	5	8,5	6,1	9	7	16
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	182	82	264
		<i>fehlend</i>				1	2	3
V37b	Arbeitsgruppentreffen von "SpezialistInnen" des Patientenhandlings	ja	22,8	6,3	17,8	41	5	46
		nein	77,2	93,7	82,2	139	74	213
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	180	79	259
		<i>fehlend</i>				3	5	8
V37c	Kooperationstreffen zwischen VertreterInnen der Schule und Pflegedienstleitung- / direktoriums des Ausbildungsbetriebs	ja	88,9	75,6	84,7	160	62	222
		nein	11,1	24,4	15,3	20	20	40
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	180	82	262
		<i>fehlend</i>				3	2	5

Teststatistik (GKP vs. AP)		P _(Chi2)	Chi ²	phi	n
v37a	Arbeitsreffen mit verschiedenen Themeninhalten	0,273	1,28	-0,07	264
v37b	Arbeitsgruppentreffen von "SpezialistInnen"	0,001	10,17	-0,20	259
v37c	Kooperationstreffen	0,009	7,68	-0,17	262

Tab. 4.37: Details der Zusammenarbeit: Häufigkeit von Arbeitsreffen pro Jahr

Wie findet die Zusammenarbeit Ihrer Schule mit den Praxisanleitern des Ausbildungsbetriebs statt? Wenn ja: wie häufig finden diese Treffen pro Jahr statt?

Datenbasis: n= 248 wenn V37a="ja" bzw. n= 46 wenn V37b="ja"

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n	
a) Wenn Arbeitsgruppentreffen mit verschiedenen Themeninhalten erfolgen:												
V37a 1anz	Häufigkeit pro Jahr	GKP	4,7	3,0	1,0	16,0	169	4	0,000	-6,41	-0,41	244
		AP	2,5	1,2	1,0	6,0	75	0				
		Gesamt	4,0	2,8	1,0	16,0	244	4				
c) Wenn Arbeitsgruppentreffen von "SpezialistInnen" des Patientenhandlings erfolgen:												
V37b 1anz	Häufigkeit pro Jahr	GKP	2,7	2,6	1	12	38	3	0,840	0,24	0,04	46
		AP	3,2	3,8	1	10	5	0				
		Gesamt	2,7	2,7	1	12	43	3				

Legende: *Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Stellenwert von PatHand- Aspekten in den Kooperationsbeziehungen

Der Stellenwert von PatHand- Aspekten in den Kooperationsbeziehungen scheint dabei gering (Tab. 4.38): Das Ansprechen entsprechender Aspekte bei den Treffen erfolgt nach Einschätzung der Befragten

- d) in Arbeitsgruppen zwischen Lehrkräften und PraxisanleiterInnen nur in 8,6% der Institutionen "meistens/ immer" und
- e) in Schule- Leitungsebene- Kooperationstreffen fast gar nicht (3,2% in der GKP und 1,6% in der AP; hier ein Anteil fehlender Angaben von 17%).

Tab. 4.38: Details der Zusammenarbeit: Häufigkeit von Aspekten des Patientenhandlings in Arbeitsgruppentreffen

Wie findet die Zusammenarbeit Ihrer Schule mit den Praxisanleitern des Ausbildungsbetriebs statt? Wenn ja: sind dabei auch Aspekte des Patientenhandlings Thema?

Datenbasis: n= 248 wenn V37a="ja" bzw. n= 262 wenn V37c="ja"

FB-Nr.	Aspekt		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
V37a2	wenn Arbeitsgruppen: Aspekte des PatHand?	meistens/ immer	8,3	9,3	8,6	14	7	21
		manchmal/nie	91,7	90,7	91,4	154	68	222
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	168	75	243
		<i>fehlend</i>				5	0	5
V37c1	wenn Kooperationstreffen: Aspekte des PatHand?	meistens/ immer	3,2	1,6	2,8	5	1	6
		manchmal/nie	96,8	98,4	97,2	151	60	211
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	156	61	217
		<i>fehlend</i>				24	21	45

Teststatistik (GKP vs. AP)		p _(M-W)	z	w	n
V37a2	Wenn Arbeitsgruppentreffen mit verschiedenen Themeninhalten erfolgen: Häufigkeit Aspekte PatHand	0,128	-1,52	-0,10	243
V37c1	Wenn Kooperationstreffen Schule- Ausbildungsbetrieb erfolgen: Häufigkeit Aspekte PatHand	0,010	-2,50	-0,17	217

Bewertung der Zusammenarbeit an den Schnittstellen

Insgesamt positiv ("gut/sehr gut") bewerteten *alle* Befragten die Kooperation der Akteure an den Schnittstellen wie folgt (Tab. 4.39):

- 70,1% zwischen PraxisanleiterInnen und Pflegelehrkräften,
- 51,2% zwischen PraxisanleiterInnen untereinander,
- 60,9% zwischen Schulleitung und Pflegedirektion und
- 52,8% zwischen Stationsleitungen und Lehrkräften.

Beide Aspekte mit Bezug zur Praxisanleitung werden in der AP signifikant schlechter wahrgenommen als in der GKP.

Tab. 4.39: Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren an den Schnittstellen

Bitte zusammengefasst: Wie beurteilen grundsätzlich Sie die Zusammenarbeit zwischen ...

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Zusammenarbeit zwischen...		Prozent			Fallzahl		
			KP	AP	Gesamt	KP	AP	Gesamt
V38 a	PraxisleiterInnen und Pflegelehrkräfte	gut/sehr gut	74,7	59,8	70,1	136	49	185
		mittel	21,4	29,3	23,9	39	24	63
		schlecht/ sehr schlecht	3,8	11,0	6,1	7	9	16
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	182	82	264
		<i>fehlend</i>				1	2	3
V38 b	PraxisleiterInnen untereinander	gut/sehr gut	59,1	31,4	51,2	104	22	126
		mittel	30,7	38,6	32,9	54	27	81
		schlecht/ sehr schlecht	10,2	30,0	15,9	18	21	39
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	176	70	246
		<i>fehlend</i>				5	12	17
V38 c	Schulleitung und Pflegedirektion	gut/sehr gut	57,7	68,9	60,9	105	51	156
		mittel	33,5	23,0	30,5	61	17	78
		schlecht/ sehr schlecht	8,8	8,1	8,6	16	6	22
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	182	74	256
		<i>fehlend</i>				1	10	11
V38 d	Stationsleitungen und Lehrkräfte	gut/sehr gut	51,4	56,0	52,8	92	42	134
		mittel	36,9	24,0	33,1	66	18	84
		schlecht/ sehr schlecht	11,7	20,0	14,2	21	15	36
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	179	75	254
		<i>fehlend</i>				4	9	13

Teststatistik (GKP vs. AP)		P _(M-W)	z	w	n
V38a	PraxisleiterInnen und Pflegelehrkräfte	0,005	-2,83	-0,17	264
V38b	PraxisleiterInnen untereinander	0,000	-4,63	-0,30	246
V38c	Schulleitung und Pflegedirektion	0,328	-0,98	-0,06	256
V38d	Stationsleitungen und Lehrkräfte	0,876	-0,16	-0,01	254

Stellenwert des Themas Patientenhandling in der Pflegeausbildung

Gebeten um eine globale Einschätzung des derzeitigen Stellenwerts in der Pflegeausbildung im Hinblick auf das Handlungsfeld "Patientenhandling" (1) allgemein und auf (2) "ergonomisches Patientenhandling", finden – jeweils für diese beiden Aspekte gleichermaßen – den Stellenwert insgesamt "hoch" oder "sehr hoch":

- a) 67,8% bzw. 61,5% in der schulischen *Pflegeausbildung*,
- b) 30,2% bzw. 22,8% am *Praxislernort*,
- c) 35,7% bzw. 31,8% in den verwendeten *Pflegelehrbüchern* und
- d) 37,1% bzw. 35,3% in dem jeweils verwendeten *Rahmenlehrplan*: rund ein Drittel (d1: 31,7%, d2: 35,3%).

Ausschließlich der allgemeine Stellenwert des Patientenhandlings (a1) innerhalb der schulischen Ausbildung wurde in der Altenpflege signifikant höher eingeschätzt als in der Gesundheits- und Krankenpflege, (Tab. 4.40).

Tab. 4.40: Stellenwert für das Handlungsfeld "Patientenhandling"

Wie schätzen Sie den derzeitigen Stellenwert in der Ausbildung für das Handlungsfeld "Patientenhandling" im Allgemeinen ein? Was denken Sie, welchen Stellenwert ein "ergonomisches" Patientenhandling hat?

Datenbasis: n= 267

FB-Nr.	Aspekt Stellenwert...		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
a. in der schulischen Pflegeausbildung								
V39a1	Patientenhandling allgemein	hoch/sehr hoch	64,6	74,7	67,8	115	62	177
		mittel	30,9	20,5	27,6	55	17	72
		niedrig/ sehr niedrig	4,5	4,8	4,6	8	4	12
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	178	83	261
		<i>fehlend</i>				2	4	6
V39a2	ergonomisches Patientenhandling	hoch/sehr hoch	60,8	63,1	61,5	107	53	160
		mittel	31,3	31,0	31,2	55	26	81
		niedrig/ sehr niedrig	8,0	6,0	7,3	14	5	19
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	176	84	260
		<i>fehlend</i>				4	3	7
b. am Praxislernort								
V39b1	Patientenhandling allgemein	hoch/sehr hoch	29,4	32,1	30,2	52	26	78
		mittel	47,5	44,4	46,5	84	36	120
		niedrig/ sehr niedrig	23,2	23,5	23,3	41	19	60
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	177	81	258
		<i>fehlend</i>				3	6	9
V39b2	ergonomisches Patientenhandling	hoch/sehr hoch	21,3	25,9	22,8	38	21	59
		mittel	43,8	39,5	42,5	78	32	110
		niedrig/ sehr niedrig	34,8	34,6	34,7	62	28	90
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	178	81	259
		<i>fehlend</i>				2	6	8

4 EPH in Pflegeschulen (empirische Befragung von Pflegelehrkräften, TP 3)

(Fortsetzung Tab. 4.40)

FB-Nr.	Aspekt Stellenwert...		Prozent			Fallzahl		
			GKP	AP	Gesamt	GKP	AP	Gesamt
c. in den verwendeten Pflegelehrbüchern								
V39c1	Patientenhandling allgemein	hoch/sehr hoch	34,1	39,0	35,7	60	32	92
		mittel	51,7	48,8	50,8	91	40	131
		niedrig/ sehr niedrig	14,2	12,2	13,6	25	10	35
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	176	82	258
		<i>fehlend</i>				4	5	9
V39c2	ergonomisches Patientenhandling	hoch/sehr hoch	31,4	32,5	31,8	55	27	82
		mittel	50,3	49,4	50,0	88	41	129
		niedrig/ sehr niedrig	18,3	18,1	18,2	32	15	47
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	175	83	258
		<i>fehlend</i>				5	4	9
d. in dem verwendeten Rahmenlehrplan								
V39d1	Patientenhandling allgemein	hoch/sehr hoch	37,3	36,6	37,1	66	30	96
		mittel	50,8	50,0	50,6	90	41	131
		niedrig/ sehr niedrig	11,9	13,4	12,4	21	11	32
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	177	82	259
		<i>fehlend</i>				3	5	8
V39d2	ergonomisches Patientenhandling	hoch/sehr hoch	35,6	34,6	35,3	62	28	90
		mittel	45,4	49,4	46,7	79	40	119
		niedrig/ sehr niedrig	19,0	16,0	18,0	33	13	46
		Gesamt	100,0	100,0	100,0	174	81	255
		<i>fehlend</i>				6	6	12

Teststatistik (GKP vs. AP)		P _(M-W)	z	w	n
a. in der Pflegeausbildung					
V39a1	PatHand allgemein	0,024	2,26	0,15	233
V39a2	ergonomisches PatHand	0,052	1,95	0,13	232
b. am Praxislernort					
V39b1	PatHand allgemein	0,773	0,29	0,02	230
V39b2	ergonomisches PatHand	0,845	0,20	0,01	231
c. in den verwendeten Pflegelehrbüchern					
V39c1	PatHand allgemein	0,336	0,96	0,06	232
V39c2	ergonomisches PatHand	0,729	0,35	0,02	232
d. in dem verwendeten Rahmenlehrplan					
V39d1	PatHand allgemein	0,863	0,17	0,01	232
V39d2	ergonomisches PatHand	0,576	0,56	0,04	228

4.5.5 Exkurs: Einfluss von Ländervorgaben auf EPH in der Ausbildung

Für die als Exkurs aufgestellten Fragen zum Zusammenhang zwischen der Existenz bestimmter Vorgaben/Richtlinien einiger Bundesländer zu EPH- Inhalten in der theoretischen bzw. praktischen Ausbildung sowie allgemeinen Aspekten des Theorie- Praxistransfers wurden auf der Basis der Zusammenstellung in Kapitel 2 , Tab. 2.2 drei dichotome ³³ *Prädiktoren* (Einflussfaktoren) operationalisiert:

- **Prädiktor 1:** Konkrete Vorgaben zum PatHand durch das Bundesland für die theoretische Ausbildung;
- **Prädiktor 2:** Verankerung konkreter Vorgaben in den Richtlinien der Bundesländer speziell zur Ergonomie in der praktischen Ausbildung; ³⁴
- **Prädiktor 3:** Konkrete Vorgaben von Bundesländern zu Lernortkooperationen und/ oder deren Rahmenbedingungen ³⁵.

Der Zusammenhang zwischen den drei Prädiktoren und den in Tab. 4.41 aufgeführten Aspekten wurde explorativ mittels bivariater Unterschiedstests überprüft, d.h. ohne die Berücksichtigung weiterer möglicher Einflussfaktoren in multivariaten Analysen.

³³ Dichotom (2 Ausprägungen)= z.B. "vorhanden/ nicht vorhanden"

³⁴ Hier besteht allerdings ein unterschiedlicher Konkretisierungsgrad hinsichtlich der Themen Ergonomie bzw. Arbeitssicherheit.

³⁵ Auch: konkrete methodische Hinweise zu Lernaufgaben/ Umfang von Praxisanleitung

Tab. 4.41: Bundesland- Vorgaben/Richtlinien und Qualität der Pflegeausbildung

Merkmale	FB Nr.	Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Vorgaben/Richtlinien und...	Präd 1	Präd 2	Präd 3
Pflegeschule (theoretischer Unterricht)	V14	der Beteiligung von DozentInnen aus dem Arbeitsschutzbereich am theoretischen Unterricht	*		
	V15	der Qualifikation und deren inhaltlicher Bandbreite von Pflegelehrkräften, die an der Vermittlung von Themen des Patientenhandlings beteiligt sind	*		
	V18	der Verwendung eines schuleigenen Ausbildungs- Curriculums mit Curriculum- "Bausteinen" für ein gemeinsames Ausbildungskonzept aller "Patientenhandling- Lehrkräfte" bzw. für die Zusammenarbeit mit PraxisanleiterInnen	*	*	*
	V23	dem Erarbeiten von Aspekten des Selbstschutzes der SchülerInnen im Rahmen von Fallbesprechungen mit Patientenhandling-Inhalten	*		
	V24	der Existenz von theoretischen Prüfungen zu Aspekten des Patientenhandlings	*		
	V26	der technischen/ ergonomischen Ausstattung der Übungsräume in der Pflegeschule	*	*	
(Unterricht Praxislernort)	V32	der Bewertung der PatHand- Qualifikation von PraxisanleiterInnen im größten Ausbildungsbetrieb	*	*	
	V30	dem Kenntnisstand der Befragten zum PatHand- Fortbildungsstand der PraxisanleiterInnen im größten Ausbildungsbetrieb		*	
	V34	der Bewertung der technischen/ ergonomischen Ausstattung des größten Ausbildungsbetrieb	*	*	*
	V37	dem Umfang von Lernortkooperation mit PatHand- Bezug		*	*
	V38	der Beurteilung der Qualität der Zusammenarbeit von Akteuren an den verschiedenen Theorie- Praxis- Schnittstellen		*	*
	V39	der Einschätzung des Stellenwerts eines ergonomischen Patientenhandlings am Praxislernort		*	*

Legende: Präd= Prädiktor:

Vorgaben/Richtlinien...

1 zum PatHand für die theoretische Ausbildung

2 speziell zur Ergonomie des Patientenhandlings in der praktischen Ausbildung

3 zu Lernortkooperationen und/ oder Rahmenbedingungen

Die Antwort auf die Frage nach in den Befragungsdaten identifizierbaren Effekten gesetzlicher Vorgaben/ Richtlinien/ Empfehlungen der Bundesländer zu EPH- Inhalten auf die Realität der schulischen *und* praktischen Ausbildung und die Kooperation an den Schnittstellen fällt negativ aus. Es wurde hinsichtlich der in Tab. 2.2 im Kapitel 2 aufgeführten Zielgrößen entweder kein Zusammenhang sichtbar oder seine Richtung war negativ und damit erkennbar unplausibel. Ein befriedigendes Erklärungsmodell lässt sich somit mit den vorliegenden Daten nicht ermitteln, so dass nicht zuletzt aus methodischen Gründen (Fehlen direkter Fragen und Erfassung betrieblicher Einflussfaktoren, Subjektivität der Lehrkräfte hinsichtlich der Situation in Schulen) keine weiteren Analysen verfolgt wurden.

5 Zusammenfassung

Die empirische Erhebung im Sommer 2012

- zum Status quo des theoretischen und praktischen Unterrichts zu einem (ergonomischen) Patientenhandling in der Schule,
- der Qualität der EPH-Situation ausgewählter Praxislernorte für SchülerInnen zur Umsetzung des in der Schule Gelernten, sowie
- die Qualität der Kooperation von AusbilderInnen an den Theorie- Praxischnittstellen

wurde von 182 GKP- und 87 Altenpflegeschulen beantwortet (Fragebogenrücklauf 20,4%).

Zusammenfassend werden einige, zum Teil gravierende Barrieren für die Umsetzung eines angemessenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes bei zukünftigen Pflegekräften deutlich. Dies gilt insbesondere für die *Rahmenbedingungen in der praktischen Ausbildung* und die *Kooperation an den Schnittstellen* zwischen Theorie und Praxis, wie die folgende Zusammenstellung zeigt.

Qualifikation der Befragten und ihrer KollegInnen

Fast alle befragten Lehrkräfte haben Methodenkompetenz durch Patientenhandling- Fortbildung(en), fast alle in den Prinzipien der *Kinästhetik*, sind jedoch mehrheitlich – wie auch Ihre Kolleginnen, die entsprechende Vorerfahrung haben – nicht als TrainerInnen ausgebildet.

Fachliche Vorbereitung zu Patientenhandling- Lernsituationen

Konkrete *Vorgaben zum Patientenhandling* in der theoretischen Ausbildung durch das entsprechende Bundesland (im Sinne einer Querschnittsaufgabe mit der Berücksichtigung ergonomischer Aspekte) existieren in der Gesundheits- und Krankenpflege nur in sieben und in der Altenpflege in 12 von 16 Bundesländern. Die befragten Lehrkräfte nutzen zwar fast alle Rahmenlehrpläne des eigenen, ggf. auch eines anderen Bundeslandes für die fachliche Vorbereitung von Lernsituationen zum Patientenhandling. Es ist jedoch zu bedenken, dass nicht in allen Lehrplänen ausführliche Hinweise zum Thema enthalten sind.

Auch ist ein schuleigenes Curriculum mit "Bausteinen" zum Patientenhandling als Grundlage für gemeinsame Lehrinhalte mit rund drei Vierteln noch nicht in allen Schulen Standard – vielfach erfolgt eine unsystematische Vorbereitung aus Lehrbüchern oder Fachbeiträgen. Allerdings wurde auch sichtbar, dass die meisten der an der Befragung beteiligten Schulen sich diesbezüglich in einer Umbruchsituation befinden, da die Curricula zum Zeitpunkt der Befragung überarbeitet wurden oder dies gerade geplant war.

Praktischer Unterricht in der Pflegeschule

Zeitlicher Umfang zu Patientenhandling- Themen: Der Umfang von praktischem Unterricht zu PatHand- Themen ist nur in den Rahmenrichtlinien zweier Bundesländer für die AP- Ausbildung mit jeweils 20 (Thüringen) oder 28 Stunden (Sachsen) für die gesamte Ausbildungszeit

explizit geregelt. Da in vielen Richtlinien oder Empfehlungen generell keine Stundenangaben für Lernfelder/Themenbereiche enthalten sind, existieren auch für das Thema Patientenhandling keine Anhaltspunkte für den anzustrebenden zeitlichen Umfang im praktischen Unterricht. Vor diesem Hintergrund sollte auch gesehen werden, dass die Frage nach der Anzahl der Unterrichtsstunden zum Patientenhandling stark uneinheitlich und damit nicht valide genug beantwortet wurde, um fundierte Rückschlüsse ziehen zu können.

Vermittelte ergonomische Arbeitsweisen: Im Detail gefragt nach körperentlastenden Prinzipien, dominieren hier – insbesondere in der GKP und analog zur der Qualifikation der Lehrkräfte – deutlich die Prinzipien des *Kinästhetik*-Konzepts. Über 80% gaben jedoch gleichfalls die Unterrichtung von klassischen ergonomischen Prinzipien zur Gestaltung der PatHand-Situation und solchen von Rückenschulskonzepten hinsichtlich des Körpereinsatzes der Pflegekraft an. Nur wenige als ergonomisch bzw. biomechanisch günstig angesehene Prinzipien wurden von weniger als der Hälfte der Lehrkräfte genannt ("Armverlängerung", "Standwaage statt einem vorgebeugten Arbeiten z. B. am Bett", Reduktion bzw. Erhöhung von Reibung).

Bearbeitung von Fallbeispielen: Auch die Frage zur Bearbeitung von *Fallbeispielen*, bei denen die Themen des Patientenhandlings aus dem theoretischen Unterricht beim praktischen Üben weiterverarbeitet werden, wurde nicht ausreichend valide beantwortet. Die Möglichkeit, alternative Problemlösungen beim Patientenhandling über solche indikationsbezogenen und situationsabhängigen Beispiele auch praktisch zu erarbeiten, scheint – wenn überhaupt – häufiger in den didaktischen Konzepten der Altenpflege verbreitet zu sein.

PatHand- Inhalte in Prüfungen: In fast allen Schulen werden PflegeschülerInnen hinsichtlich ihrer Kompetenz geprüft, ob die Wahl einer Transfermethode für den Zustand eines Patienten, die Qualität der praktischen Umsetzung und die entsprechende Kommunikation mit dem Patienten angemessen ist sowie Aspekte des pflegerischen Selbstschutzes eingehalten werden.

Ergonomische Ausstattung der Übungsräume: Die Bewertung der Lehrkräfte zeigt insgesamt Defizite in der ergonomischen Ausstattung der Übungsräume – insbesondere in der GKP, in der die Größe der Räume nur die Hälfte dieser Gruppe als "eher/sehr gut" befand (im Gegensatz zu Befragten in Altenpflegeschulen mit rund zwei Dritteln). Dementsprechend hoch ist auch das Interesse an so genannten "*Skills Labs*" als (überbetriebliche) Lehrwerkstätten. Auch die Übungsbetten wurden nur in der Hälfte aller Schulen entsprechend positiv bewertet; in einem Viertel der Schulen stehen darüber hinaus keine elektrischen Betten zur Verfügung. Existieren diese, wurde die Ausstattung mit ihnen von einem Drittel in der GKP, aber nur von einem Fünftel in der AP schlecht bewertet.

Theoretischer Unterricht in der Pflegeschule

Zeitlicher Umfang zu Patientenhandling- Themen: Wie auch zum theoretischen Unterricht, wurde die Frage nach der Stundenanzahl des praktischen Patientenhandling- Unterrichts äußerst heterogen und damit nicht valide beantwortet.

Lernkonzepte: In fast allen Schulen wird der theoretische und praktische Unterricht zumindest teilweise in *integrierten* Lehr- Lerneinheiten zusammengefasst und zumindest teilweise bewegungskonzeptübergreifend.

Ein systematisches *Patientenassessment*, das die Mobilisierung des Patienten und gleichermaßen seine wie auch die Sicherheit der Pflegekraft fokussiert, findet dabei nur selten statt – auch hier konnte aus dem Antwortverhalten keine belastbare Aussage abgeleitet werden. Häufiger bei den nur wenigen Nennungen wurden Instrumente angegeben, die der *allgemeinen* systematischen Einschätzung des Unterstützungsbedarfs des Patienten bei Alltagsaktivitäten dienen (z.B. der Barthel- Index zu grundlegenden Alltagsfunktionen in der Geriatrie) und Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (zu Sturz-, Dekubitus-, Kontrakturenprophylaxe oder Schmerzmanagement).

(Verallgemeinerbarkeit der Antworten für die gesamte Schule)

Die Verallgemeinerbarkeit der Antworten der Befragten für die gesamte Schule scheint bei zwei von drei Fragen, bei denen dies verbal abgefragt wurde – zumindest zum Teil – gegeben. Die meisten konnten bei den Fragen zur "Sensibilisierung der PflegeschülerInnen für MSE- Berufsrisiken im Unterricht" und der "Vermittlung von ergonomischen und körperentlastenden Prinzipien" auch die Situation ihrer KollegInnen beurteilen. Für die Frage nach "Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht" gilt dies nicht (keine Beurteilung möglich: 39,6%).

Praxisbegleitung und -anleitung von SchülerInnen

Praxisbegleitung: Sowohl eine einheitliche Formalisierung des Umfangs und der konkreten Aufgabenstellungen der Praxisbegleitung von SchülerInnen durch Pflegelehrkräfte als auch eine Formalisierung von Ebenen der Lernortkooperation scheint angesichts der heterogenen Antworten nicht gegeben.

Praxisanleitung: Das Gleiche gilt – aus der Sicht der befragten Lehrkräfte – für den Umfang von Praxisanleitungen durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte im Ausbildungsbetrieb. Für beide Arten der Unterstützung von PflegeschülerInnen in der Praxis existieren Empfehlungen in einem entsprechenden Positionspapier der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG 2006]: Insgesamt zehn Prozent der praktischen Ausbildungszeit sollte für Praxisanleitung (also insgesamt ca. 250 Stunden) und ca. vier Stunden je Praxiseinsatz für Praxisbegleitung zur Verfügung stehen. (Dies wird jedoch in den Rahmenlehrplänen der Bundesländer in der Regel nicht vorgegeben.)

Status quo der Qualität von EPH in Ausbildungsbetrieben

Der Versuch, aus der Sicht von PflegelehrerInnen zu belastbaren Aussagen über die Situation des EPH im jeweils größten *Ausbildungsbetrieb* der PflegeschülerInnen zu kommen, ist angesichts der in mancher Hinsicht großen Unkenntnis der Befragten zu Details in den Betrieben nicht befriedigend ausgefallen (fehlende Angaben zwischen 10 und 21% insbesondere zur Hilfsmittelausstattung für Patiententransfers; Details zu Fragekomplexen mit fehlenden

Angaben über 10% siehe Anhang, Kapitel 10.3). *Zusammengefasst* werden kann zum beschriebenen jeweils größten Praxislernort mit der gebotenen Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse:

Ergonomische Hilfsmittel und Betten: Die Ausstattung mit *Hilfsmitteln* zum Patientenhandling wurde in der Altenpflege hinsichtlich der Verfügbarkeit elektrischer Betten und technischer Hilfsmittel besser bewertet als in der Gesundheits- und Krankenpflege (analog zur Situation in den Schulen).

Insgesamt gesehen, bestehen hinsichtlich Verfügbarkeit, Zustand und Nutzung von Hilfsmitteln in den beschriebenen Ausbildungsbetrieben jedoch noch deutliche Defizite, insbesondere hinsichtlich technischer und sogenannter "kleiner" Hilfsmittel. Deren Verfügbarkeit wurde von insgesamt rund einem Viertel der Befragten als "eher/sehr schlecht" eingeschätzt (die Verfügbarkeit von elektrischen Betten mit 10,3%). Für den Wartungszustand der Geräte gilt dies nur in 5-11% der gültigen Angaben. Ein "eher/sehr schlechter" Nutzungsgrad wurde für fast die Hälfte der Betriebe hinsichtlich Patientenliftern (41,4%), ein Viertel hinsichtlich weiterer technischer Hilfsmittel (25,9%) und ein Drittel für "kleine" Hilfsmittel (31,8%) bescheinigt.

Training von Patientenhandling- Konzepten: Unbefriedigend erscheint auch die Situation bezüglich *großflächig* eingeführter *manueller oder technischer Patientenhandling- Konzepte* für die examinierten Pflegekräfte im Ausbildungsbetrieb einschließlich des geringen Kenntnisstands der befragten Lehrkräfte hierzu. Solche Konzepte scheinen auch im größten Kooperationsbetrieb nicht die Regel zu sein, vor allem wenn der hohe Anteil fehlender Angaben als "nicht vorhanden" bewertet wird. (Jeweils rund ein Fünftel in beiden Ausbildungstypen gab an, dass im Ausbildungsbetrieb keine entsprechenden Schulungen stattfinden und weitere 12,6% in der GKP und 35,7% in der AP konnten dies nicht beurteilen).

Die hohe Quote der Einordnung eines solchen Schulungskonzepts in eine *betriebliche Gesamtstrategie* (jeweils rund zwei Drittel der Befragten in der GKP bzw. Altenpflege, sofern ein Schulungskonzept bekannt ist) scheint im Vergleich mit epidemiologischen Daten (z.B. Präventionsbericht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen [MDK 2012] überschätzt und relativiert sich deutlich, wenn fehlende Angaben ebenfalls als "nicht vorhanden" bewertet werden.

Qualifikation der PraxisanleiterInnen

Qualifikation der PraxisanleiterInnen: Die Kompetenz der PraxisanleiterInnen hinsichtlich pädagogischer und Patientenhandling- Inhalte im ausgewählten Ausbildungsbetrieb wurde generell von rund der Hälfte der Befragten in der GKP, aber nur von nur einem Fünftel bis einem Viertel in der AP als "gut" oder "sehr gut" eingeschätzt. Ausdrücklich "schlecht/ sehr schlecht" in Bezug auf das Thema Patientenhandling bewerteten die PraxisanleiterInnen 15,4% in der GKP und 29,2% in der Altenpflege. Viele Befragte haben jedoch keine genaue Kenntnis zum *Fortbildungsstand* von PraxisanleiterInnen zu Lerninhalten des Patientenhandlings (GKP: 28,1%, Altenpflege: 56,6%).

Kooperation an den Theorie- Praxis- Schnittstellen

In nahezu allen Schulen existieren Kooperationsbeziehungen zwischen Pflegelehrkräften und PraxisanleiterInnen bzw. VertreterInnen der Pflegedirektion des Ausbildungsbetriebs. Nur selten hingegen treffen sich "*SpezialistInnen*" des Patientenhandlings (22,8% in der GKP und 6,3% in der AP). Der *Stellenwert von PatHand- Aspekten* in den Kooperationsbeziehungen scheint dabei gering: Das Ansprechen entsprechender Aspekte bei den Treffen erfolgt nach Einschätzung der Befragten nur in 8,6% in Arbeitsgruppen, an denen Lehrkräfte und PraxisanleiterInnen beteiligt sind, "meistens/ immer".

Die bestehenden Kooperationsbeziehungen wurden von den Befragten in einer globalen Frage unterschiedlich positiv bewertet, insbesondere zwischen PraxisanleiterInnen und Pflegelehrkräften bzw. zwischen PraxisanleiterInnen untereinander (70,1% bzw. 51,2%) – jeweils in der Altenpflege signifikant schlechter bewertet.

Unterschiede zwischen Gesundheits- und Kranken- und Altenpflegeausbildung

Auf konkrete Defizite im praktischen Unterricht der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung deutet die vergleichsweise schlechtere Bewertung der schulischen Ausstattung zum Üben von Patientenhandling- Situationen hin. Das Gleiche gilt für die ergonomische Situation im beispielhaft angeführten Ausbildungsbetrieb. Auch gibt der seltener "bewegungskonzept-übergreifend" durchgeführte Unterricht zum Patientenhandling Hinweise darauf, dass Entwicklungsmöglichkeiten bestehen, um verschiedene Perspektiven und mögliche Zielkonflikte, z.B. hinsichtlich des Selbstschutzes der zukünftigen Pflegenden, zu berücksichtigen.

Auf vergleichsweise *günstigere* strukturelle Rahmenbedingungen für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung weisen hingegen die Ergebnisse:

- zur Kenntnis über den präventiven Umgang seitens des Arbeitgebers mit körperlichen Belastungen der Beschäftigten im Ausbildungsbetrieb,
- die Bewertung des zeitlichen Umfangs von Praxisanleitung und deren Qualität sowie
- Häufigkeit und Güte der Kooperationsbeziehungen an den Schnittstellen hin.

Dies erscheint angesichts der übersichtlicheren Anzahl kooperierender Ausbildungsbetriebe plausibel.

Exkurs: Einfluss von EPH- Vorgaben der Bundesländer auf die Pflegeausbildung

Der explorativ durchgeführte Versuch, Effekte von EPH- Vorgaben der Bundesländer in theoretischer und praktischer Ausbildung sowie an den Praxislernorten zu identifizieren, führte zu keinem erkenntnisreichen Ergebnis. Angesichts der Heterogenität der Vorgaben und dem Fehlen eines *bundesweit einheitlichen* Ausbildungsstandards³⁶ scheint dies auf den ersten Blick plausibel. In der Praxis sind weitere Einflussfaktoren relevant, die sich mit den vorlie-

³⁶ im Sinne inhaltlich definierter Mindestgrundlagen, z.B. als Rahmenlehrplan bzw. Kern- Curriculums für die theoretische und praktische Ausbildung und vergleichbar mit den Standards der dualen Berufsausbildung

genden Fragen und den vereinfachten statistischen Auswertungsstrategien nicht angemessen abbilden ließen. Dennoch sollte explorativ ein einfacher Versuch unternommen werden, ob mit den vorliegenden Daten zumindest richtungsweisende Erkenntnisse zu ermitteln sind.

Derzeitiger Stellenwert des Handlungsfelds EPH – globale Einschätzung

Der derzeitige Stellenwert des Handlungsfelds "ergonomisches Patientenhandling" in der Pflegeausbildung scheint aus der Sicht der Lehrkräfte im Rahmen einer globalen Einschätzung für die theoretische Pflegeausbildung förderwürdig. Noch mehr gilt dies für den Stellenwert am Praxislernort, wobei – kongruent mit den von den Befragten beschriebenen Details – Defizite in der *Gesundheits- und Krankenpflege* noch deutlicher wahrgenommen werden als in der Altenpflege.

6 Zusammenfassung und Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse zum Stellenwert des *Ergonomischen Patientenhandlings* (EPH) aus den drei Teilprojekten zusammengefasst und entsprechende Handlungsbedarfe diskutiert:

- **TP 1: Dokumentenanalyse zum Stellenwert von EPH in Ausbildungsgrundlagen für die Pflegeausbildung**

Rahmenlehrpläne/ Richtlinien/ Empfehlungen der Bundesländer (n=9 für die Gesundheits- und Krankenpflege (GKP), n=14 für die Altenpflege), vier Pflegeausbildungscurricula, vier Standardlehrbücher (n=3 für die GKP, n=1 für die Altenpflege), drei Praxisleitfäden, fünf Veröffentlichungen zu Bewegungskonzepten, drei Fachbücher zum rückengerechten/ rüchenschonendem/ergonomischen Arbeiten und ein Grundlagenwerk zu Patientenassessments.

- **TP 2: Interviews mit ExpertInnen zum Ist- Stand von Aspekten des EPH in Pflegeausbildungsgrundlagen**

14 Interviews: vier PflegelehrerInnen (n=2 GKP, n=2 Altenpflege), zwei VertreterInnen aus den Aufsichtsorganen des Arbeitsschutzes: Unfallkasse, BGW, drei VertreterInnen der akademischen Pflegebildung (n=2 (Fach)Hochschulen, n=1 Universität, davon n=1 gleichzeitig VertreterIn des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung DIP), eine VertreterIn der Berufsbildungsforschung, VertreterInnen aus vier Verbänden (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe/Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe, Gewerkschaft Verdi, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, Arbeiter-Samariter-Bund).

- **TP 3: EPH in Pflegeschulen und an Praxislernorten**

Empirische Befragung von 267 Pflegelehrkräften (n=165 aus GKP-, n=102 Altenpflegeschulen); Fragebogenrücklauf 20,4%.

Der Fokus des Kapitels liegt auf den Teilprojekten 1 und 2 – die Ergebnisse des Teilprojekts TP 3 werden ergänzend diskutiert (zur ausführlichen Zusammenfassung siehe Kapitel 4).

6.1 EPH- Rahmenbedingungen in der Pflegeausbildung

6.1.1 Zu Ausbildungsgrundlagen

Die Ausbildungssituation in den Pflegeberufen ist hochkomplex und nimmt damit in der Berufsbildung eine Sonderstellung ein. Gleichfalls äußerst unterschiedlich sind die Vorgaben der Bundesländer zur Pflegeausbildung. Diese Unterschiede wirken sich – wie in den gesetzlichen Grundlagen, den Ausbildungscurricula und Lehrbüchern sowie in den meisten Interviews mit PflegeexpertInnen ersichtlich wurde – auch speziell auf den Stellenwert eines *Ergonomischen Patientenhandlings* (EPH), auf die Art seiner theoretischen und praktischen Bearbeitung sowie auf Rahmenbedingungen für Lernprozesse aus.

Obwohl der Arbeitsschutz als Ausbildungsgegenstand in der theoretischen Ausbildung thematisch weitgehend flächendeckend verankert ist, ist fraglich, ob in der Ausbildungsrealität eine Auseinandersetzung mit dem Thema Patientenhandling unter *ergonomischen* Gesichtspunkten durchgängig stattfindet. Ob, wie und in welchem Umfang, unterliegt offenbar häufig dem Ermessen und der Qualifikation der zuständigen Lehrkraft, wie sowohl Interviews mit

Pflegelehrkräften als auch mit ArbeitsschutzexpertInnen deutlich machten. Zwar würden weitere SpezialistInnen in den Unterricht zum Patientenhandling einbezogen; dies gilt für VertreterInnen des betrieblichen Arbeitsschutzes nach Aussagen interviewter Pflegelehrkräfte eher selten. Diese Aussagen decken sich auch mit den Ergebnissen aus der empirischen Erhebung in Pflegeschulen (TP 3; Kapitel 4.4.1).

Einfluss unterschiedlicher Voraussetzungen auf die Ausbildungsrealität

Auch in Bundesländern mit Vorgaben für die Ausbildung stellt sich, wenn diese einen eher unverbindlichen *Empfehlungs*charakter haben, generell die Frage, inwieweit sie faktisch einen Einfluss auf die bisherige Ausbildungsrealität haben – zumindest im Kontext von EPH. Anzunehmen ist, dass ein solcher Einfluss je nach Bundesland sehr unterschiedlich ausfällt, da auch die Grundvoraussetzungen verschieden sind:

- in einigen Ländern existieren sogenannte "offene" Ausbildungscurricula (ohne gleichzeitiges Vorliegen eines bundeseinheitlichen Rahmenlehrplans), durch die große Gestaltungsspielräume entstehen, während
- in anderen Bundesländern verbindliche Vorgaben im Sinne ausgearbeiteter Curricula, teilweise auch dezidiert zu EPH- Themen, vorliegen.
- Darüber hinaus existieren eine Vielzahl spezieller Curricula, die im Rahmen von Modellprojekten zur Zusammenführung der Gesundheits- und Kranken- und Altenpflegeausbildung sowie zur Weiterentwicklung des Berufsprofils entstanden sind und von den Ländervorgaben abweichen.

Die bestehenden Unterschiede werden auch von den interviewten ExpertInnen aus den Pflegeschulen deutlich wahrgenommen. Mit den vorliegenden Daten aus der empirischen Befragung von Pflegelehrkräften im TP 3 (Kapitel 4.5.5) konnte ein statistischer Effekt konkreter EPH- bezogener "Vorgaben" für die theoretische und praktische Ausbildung auf die Umsetzungsrealität (auf der Basis einfacher Auswertungsstrategien) zwar nicht nachgewiesen werden. Dies sollte jedoch eher aus methodischer Sicht diskutiert werden (siehe Zusammenfassung in Kapitel 4.6), zumal die Umsetzungsrealität von weiteren Faktoren in der Praxis beeinflusst wird. Auch stellt sich die Frage, ob die Ausbildungscurricula des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB), des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) und das im Rahmen eines Modellprojekts entstandene Curriculum von Oelke & Menke sowie weitere Modellcurricula, die bei Pflegelehrkräften als verbreitet gelten, und möglicherweise auch Pflegelehr- und Fachbücher in vielen Bundesländern eine weit größere Bedeutung für die Ausbildungsrealität haben als die Bundesländervorgaben.

Ausbildungsgrundlagen und Regelungsbedarfe für die praktische Ausbildung

Kennzeichnend für die Ausbildungsgrundlagen in der Pflege ist weiter, dass die Mehrzahl der curricularen Ländervorgaben und veröffentlichten Curricula sich bisher ausschließlich auf die theoretische Ausbildung an den Pflegeschulen beziehen. Für die praktische Ausbildung fehlen curriculare Grundlagen in einigen Bundesländern für die Altenpflege- und in fast allen

Bundesländern für die GKP- Ausbildung. Angesichts der Verortung von EPH- bezogenen Lernprozessen überwiegend in der praktischen Ausbildung wird an dieser Stelle ein grundlegendes Dilemma sichtbar.

Neben curricularen Defiziten bestehen jedoch auch *Regelungsdefizite*. Dies betrifft

1. die Sicherstellung der Organisation der praktischen Ausbildung (Umfang der Praxisbegleitung durch Pflegelehrkräfte), sowie
2. die Qualität der Lernortkooperation zwischen Pflegeschule und den unterschiedlichen Ausbildungsorten.

Zu 1.) Im TP 3 zeigte sich, dass PflegeschülerInnen von den Lehrkräften in der praktischen Ausbildung zwar nahezu in allen Schulen begleitet werden und dies auch formal geregelt ist; die Qualität der Begleitung hängt jedoch nicht zuletzt auch

- von der häufig bedeutsamen Anzahl der Kooperationsbetriebe, insbesondere in der Altenpflege ab, sowie
- von den Ressourcen der Lehrkräfte; diese wurden – plausibel angesichts des häufig geringen Anteils fest angestellter DozentInnen (die Praxisbegleitung durchführen können) im Vergleich zu Honorarkräften (siehe Kapitel 4.5.4.1) – von immerhin einem Viertel der Befragten als "schlecht" eingeschätzt.

Zu 2.) Institutionalisierte Arbeitsgruppentreffen zwischen "SpezialistInnen" des Patientehandlings aus Schule und Praxislernorten konnten auch von den Befragten im TP 3 nur selten (insgesamt 17,8%, davon fast keine in der Altenpflege) berichtet werden. Auch das Ansprechen von EPH- Themen in "normalen" Kooperationstreffen erfolgt nach Einschätzung der Befragten in fast allen Beziehungen selten oder nie. Daraus lässt sich auch aus empirischer Sicht ein Bedarf für Verbesserungen der EPH- Qualität an den Theorie- Praxis-Schnittstellen ableiten. (In einer globalen Frage wurden die Kooperationsbeziehungen zwischen PraxisanleiterInnen und Pflegelehrkräften von den Befragten auch von insgesamt einem Drittel negativ bewertet).

Spezielle Regelungsdefizite bestehen nach Aussagen der interviewten Lehrkräfte insbesondere in der *Altenpflegeausbildung*, für deren Umsetzung speziell fortgebildete PraxisanleiterInnen am Praxislernort nur selten freigestellt würden. Diese seien zudem oft wegen fehlender normativer Vorgaben im Altenpflegegesetz – im Gegensatz zur Situation in der GKP – für ihre Tätigkeit nicht ausreichend qualifiziert (was sich auch in der Ansicht der in den Pflegeschulen befragten Lehrkräfte widerspiegelt; siehe Kapitel 4.5.4.3).

Die interviewten ExpertInnen äußerten einstimmig einen Handlungsbedarf für Verbesserungen in der praktischen Ausbildung – nicht nur bezogen auf Aspekte des EPH. Viele bezogen sich dabei auch auf konkrete Maßnahmen, um die schon benannten zentrale *Strukturdefizite* zu beseitigen, so zum Beispiel – neben einheitlichen Regelungen zur Lernortkooperation –

auch zum Umfang von Praxisanleitungen in den Ausbildungsbetrieben. Dies ist wiederum kongruent mit den Ergebnissen im TP 3: Hier wurde der zeitliche Umfang von Praxisanleitungen von mehr als der Hälfte der Altenpflege- und einem Drittel der GKP- Befragten negativ beurteilt.

Grundsätzliche Strukturdefizite werden auch aus der Sicht von PflegeschülerInnen im Rahmen des jüngsten Ver.di- Ausbildungsreports [2011] bestätigt. Von über 4.000 Befragten wurden in der Gesundheits- und Krankenpflege nur 24% und in der Altenpflege nur 18% mindestens einmal pro Einsatz von PflegelehrerInnen am Praxislernort besucht; über 50% aller SchülerInnen erlebten strukturierte Praxisanleitungen nur manchmal, selten oder nie. Vor dem Hintergrund des derzeitigen berufs- bzw. pflegepädagogischen Verständnisses, dass das Erlernen praktischer Pflorgetechniken vor allem eine Aufgabe der praktischen Ausbildung ist, muss diese Entwicklung als kritisch angesehen werden.

Insbesondere die *Qualifikation von PraxisanleiterInnen* zu Inhalten des Patientenhandlings wurden von den Lehrkräften im TP 3 von über der Hälfte in der GKP und sogar von drei Vierteln in der Altenpflege als mittel bis schlecht beurteilt. Das Ergebnis wird bestärkt durch die Aussagen aller ExpertInnen in den Interviews, die eine EPH- bezogene Qualifizierung von PraxisanleiterInnen für sinnvoll hielten. Die ArbeitsschutzvertreterInnen verwiesen weiter auf die Notwendigkeit, Arbeitgeber im Gesundheitswesen auch gesetzlich stärker in die Verantwortung für die praktische EPH-Ausbildung zu nehmen.

6.1.2 Unterschiedliche Situation in den Ausbildungsgängen

Die beschriebene Uneinheitlichkeit der Pflegeausbildung in den verschiedenen Bundesländern ist sowohl in der Gesundheits- und Kranken – als auch in der Altenpflege gegeben.

Altenpflegeausbildung

In der Altenpflegeausbildung besteht eine Situation, die sich tendenziell positiv auf den Stellenwert von EPH auswirken kann. So sind die Ausbildungsgrundlagen hier teilweise an den Standards der *dualen* Berufsausbildung orientiert. Dies ermöglichte im Jahr 2002 erstmalig, dass die betriebliche Ausbildung als wesentlicher Bestandteil der Altenpflegeausbildung definiert und als regelungsbedürftig angesehen wurde.

Für die Altenpflegeausbildung existieren in 12 von 16 Bundesländern Ausbildungsrahmenpläne bzw. Richtlinien für die praktische Ausbildung. Für die Forschungsfrage ist dabei von Bedeutung: Zu den Standards des dualen Ausbildungsberufsbilds gehört es, den Erwerb von ergonomischen Kompetenzen in der praktischen Pflegeausbildung im Ausbildungsrahmenplan zu verankern. Dies fand in der Altenpflege demzufolge auch in sieben von 12 Ländern Berücksichtigung, in denen Ausbildungsrahmenpläne vorliegen. Sofern diese sich am *BIBB*- Rahmenlehrplan ausrichten, sind EPH- bezogene Lernprozesse auch verankert (in der GKP existieren hingegen nur in drei Bundesländern Vorgaben zur praktischen Ausbildung, jedoch hier ohne konkrete Hinweise zu EPH). Inwiefern sich curriculare Bundesländervorgaben zu

EPH unter der Voraussetzung von Empfehlungen überhaupt auswirken können und Ausbildungsrahmenpläne im Kontext von EPH in der Praxis auf dieser Basis "greifen", wurde bereits kritisch betrachtet.

Auf der anderen Seite berichteten die befragten Altenpflegelehrkräfte im TP 3 eine in ergonomischer Hinsicht bessere Situation in Schule und Praxis als in der GKP. Abgesehen von der Möglichkeit einer positiv verzerrten Selektion der Antworten ist dies angesichts der in diesem Arbeitsbereich höheren Mobilitätseinschränkungen von Pflegebedürftigen plausibel. (Durch die in der Regel jedoch nur niedrigen statistischen Effektstärken sollten die Unterschiede auch nicht überschätzt werden). Möglicherweise hat sich aber auch die Fokussierung auf die Altenpflege bei Angeboten zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung in den letzten fünf bis zehn Jahren bereits ausgewirkt (siehe z.B. die Kampagne "Aufbruch Pflege" der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, deren Arbeitshilfen zu wesentlichen Arbeitsschutzinhalten in der Altenpflegeausbildung bislang umfangreich genutzt wurden [Stiller- Harms 2011]).

Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung

Die GKP- Ausbildung war in den letzten Jahren hingegen stärker von einem Paradigmenwechsel hin zur Gesundheitsförderung geprägt. Dabei rückte die Salutogenese und die Auseinandersetzung mit physiologischen Bewegungen stärker ins Zentrum der Ausbildung; präventiv ausgerichtetes Denken scheint generell als zu limitiert dargestellt, wie z. B. in einem Lehrbuch zur Gesundheitsförderung für Gesundheits- und Pflegeberufe zu erkennen ist [Steinbach 2007].

Verbunden mit der voranschreitenden Professionalisierung und Akademisierung des Pflegeberufs fand außerdem in den Ausbildungsgrundlagen der Bundesländer für die GKP eine im Zeitverlauf zunehmende Abkehr von den Standards der dualen Berufsausbildung statt, wodurch sich Ausbildungsrahmenpläne zur praktischen Ausbildung erst gar nicht etablieren konnten.

Diese Entwicklung hatte möglicherweise auch Einfluss darauf, inwieweit EPH- bezogene Ziele und Inhalte in den Ausbildungsgrundlagen überhaupt formuliert wurden. Bewegungskonzepte zum Patientenhandling sind in der *theoretischen* Ausbildung immerhin flächendeckend curricular verankert. Für die *praktische* GKP-Ausbildung existieren derzeit noch keine anerkannten Standards, obwohl ein BIBB- Ausbildungsrahmenplan auch für die GKP- Ausbildung entwickelt wurde. Dieser war zeitweilig im Saarland und in Brandenburg erfolgreich in der Anwendung. Die *BIBB*- Curricula und Ausbildungsrahmenlehrpläne wurden jedoch durch VertreterInnen der Pflegewissenschaft im Kontext der grundsätzlichen Kritik an der Lernfelddidaktik in Frage gestellt und wegen des Fehlens eines pflegefachlichen Begründungszusammenhangs abgelehnt.

6.2 EPH in ausgewählten Ausbildungscurricula

An den Zielsetzungen und der Verbreitung der vier analysierten Curricula zeichnet sich ein bundesländerübergreifender Einfluss auf Entwicklungen in der Pflegeausbildung ab, der teilweise auch für EPH- Lernprozesse von Bedeutung sein könnte. Die VerfasserInnen der Curricula nehmen dabei auf unterschiedliche Weise in Anspruch, Orientierung für eine Vereinheitlichung der Ausbildung zu geben.

Im sogenannten "Oelke"- Curriculum und im zugehörigen Lehrbuch [Oelke 2007,2008, 2010] besteht eine relativ gut ausgearbeitete curriculare Struktur für die Bearbeitung von EPH-Themen im theoretischen Unterricht. Durch das Fehlen eines Praxiscurriculums, in dem die Thematik prinzipiell verortet wird, entsteht jedoch ein gewisses Vakuum. Da ein praktischer Unterricht, z. B. zu den Bewegungskonzepten im Zusammenhang mit Patientenhandling, keine Erwähnung findet, ist fraglich, wie dazu erforderliche komplexe sensomotorische Fähigkeiten ausschließlich in der praktischen Ausbildung erworben werden können. Ein exemplarischer Unterricht, um die Anwendung rückenschonender Prinzipien zu veranschaulichen, soll zwar generell im Unterricht stattfinden; auch fallbezogene Problemlösungen können im Unterricht nach Oelke & Menke [2005] erarbeitet werden. Angesichts dieser fachdidaktischen Konzeption muss jedoch zur Diskussion gestellt werden, ob eine Qualifizierung zu EPH *ohne praktischen Unterricht* (sei es im betrieblichen oder schulischen Rahmen) zum Erlernen und Trainieren am *gesunden* Menschen auskommt. Dies würde zumindest im Widerspruch zu Erkenntnissen über motorische Lernprozesse mit hohem Anspruch an koordinative Fähigkeiten stehen. Innerhalb sensomotorischer Lernprozesse (z. B. im Sport oder in der Bewegungstherapie) werden Lernschritte in komplexen Situationen erreicht, indem Anforderungen reduziert werden und die Komplexität schrittweise erhöht wird. (Betont werden muss dazu jedoch, dass dies mit grundsätzlichen Aspekten von Bewegungslernprozessen begründet wird und nicht mit der Notwendigkeit einer Simulation von Pflegesituationen.)

In den sogenannten *BIBB- Curricula* für die Altenpflege [2002] und die GKP [Becker 2005,] sind EPH-bezogene Lernprozesse ebenfalls primär in der praktischen Ausbildung angelegt; zum praktischen Unterricht wird gleichzeitig generell auf den Ausbildungsbetrieb verwiesen, wie im kommentierten Lernfeldcurriculum des BIBB für die Altenpflege zum Ausdruck kommt. Im *Ausbildungsrahmenplan* des BIBB (als Curriculum für die betriebliche Ausbildung), der in einigen Ländern für die Altenpflegeausbildung als Bundesländervorgabe gilt bzw. teilweise übernommen wurde, werden EPH- bezogene Lernziele abstrakt definiert.

Im "*KDA- Lehrplan*" [Sowinski & Behr 2002] wird die berufsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention betont; er beinhaltet zu EPH jedoch lediglich einige methodische Hinweise zu Lernfeldverknüpfungen und zur Fallmethodik anhand eines praktischen Beispiels mit Aspekten zur Bewegungsplanung. Weiterhin wird auf die grundsätzliche Bedeutung für praktische Lernprozesse in sogenannten *Skills Labs* (Lernwerkstätten mit einem speziellen didaktischen Konzept, gegebenenfalls auch im überbetrieblichen Rahmen) verwiesen. Diese werden bislang in der Ausbildungsrealität nur selten eingesetzt; in den Pflegeschulen scheint nach den

Ergebnissen in TP3 (Kapitel 4) jedoch mit über 70% ein hohes Interesse zu bestehen. Im Gegensatz hierzu wurde deren Etablierung von interviewten Hochschullehrkräften allerdings für nicht realisierbar gehalten und ohnehin derzeit kein besonderer Handlungsbedarf gesehen.

6.2.1 EPH- Curriculum- "Bausteine" im interdisziplinären Dialog

Insgesamt zeigten sich die ExpertInnen aus dem Hochschulbereich unter bestimmten Voraussetzungen offen für eine mögliche Kooperation mit Akteuren aus dem Arbeitsschutz, um Curriculum- "Bausteine" für die Pflegelehrkraftaus- und -fortbildung zu EPH zu entwickeln. Auf dieser Basis könnten einheitliche Grundlagen für die Entwicklung von Curriculum- Bausteinen" für die berufliche Pflegeausbildung geschaffen werden. Für die Entwicklung solcher exemplarischen Bausteine forderten PflegeschulexpertInnen, daran auch beteiligt zu werden.

Die Entwicklung von für beide Ausbildungssysteme geltenden Curriculum- "Bausteinen" könnte damit ein erster Schritt sein, um Grundlagen für EPH in der theoretischen Pflegeausbildung zu verankern; ein weiteres Praxiscurriculum wäre die entsprechende Ergänzung für die praktische Pflegeausbildung.

Nach den Antworten der im TP 3 befragten Pflegelehrkräfte (Kapitel 4.5.1.1) existieren solche Curriculum- "Bausteine" bereits in vielen Schulen. Das Gleiche gilt noch mehr – wenn auch nicht vereinheitlicht – für definierte Profile zum Erwerb praktischer Kompetenzen in der Berufsausbildung und relevante Prüfungskriterien, an die hier angeknüpft werden könnte.

Auch kann für die Orientierung an Bewegungsprinzipien an mehrere Bewegungskonzepte (*Kinästhetik, Bobath, Aktivitas Pflege*©) sowie an das Präventionsprogramm *Rückengerechter Patiententransfer* angeknüpft werden. Deren Prinzipien für rückschonendes/ rückengerechtes/ ergonomisches Arbeiten bei der manuellen Bewegungsunterstützung weisen sogar einige Überschneidungen auf, wie in der Lehr- und Fachbuchanalyse gezeigt werden konnte.

Da die Anwendung dieser Prinzipien je nach Bewegungsaufgabe und Konzept unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden unterliegt, müsste geklärt werden, wie ein Lernprozess im Ausbildungsverlauf – auch unter zeitlichen Gesichtspunkten – zu beschreiben ist. Für den Ausbildungsbeginn wäre zudem über die Definition einfach erlernbarer, sicherer Methoden für die Aspekte "Bewegungsunterstützung" und "Transfer und Positionierung" (einschließlich Hilfsmiteleininsatz) zu diskutieren. Insbesondere über (Mindest-)Kriterien zum Einsatz von Hilfsmitteln und technischen Hilfen müsste ein Konsens erzielt werden. Diese Kriterien sollten zum einen eine klare Orientierung ermöglichen, andererseits jedoch Spielraum für begründete Entscheidungen in Einzelfällen lassen, wie dies z. B. in England ermöglicht ist (vergl. Smith [2005]).

Um einen Diskussionsprozess hierzu in Gang zu setzen wurde 2009 mit Unterstützung der BGW von unserer Arbeitsgruppe ein internationaler Workshop mit dem Titel "Ergonomisches Patientenhandling aus europäischer Sicht" im Dialog zwischen Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen und ExpertInnen aus dem Arbeitsschutz durchgeführt [Schwarzwälder &

Hoffmann 2010] und national durch zwei weitere Workshops für PraxisexpertInnen ergänzt [Hermann 2010, Hermann & Michaelis 2010].

6.2.2 Handlungsbedarf für einheitliche Standards

Ein einheitlicher pflegfachlicher Standard zum Patientenhandling und dessen curriculare Verankerung in der Pflegeausbildung stehen insgesamt und speziell unter Berücksichtigung *ergonomischer* Gesichtspunkte bisher noch aus. Diese Lücke wird – wie bereits diskutiert – in den unterschiedlichen Rahmenplänen/ Richtlinien der Bundesländer, aber auch in den analysierten Lehrbüchern und Praxisleitfäden deutlich.

Zwar ist das Bewegungskonzept *Kinästhetik* inzwischen in Bundesländervorgaben und Lehrbüchern verankert. In den Interviews mit Hochschullehrkräften wurde jedoch deutlich, dass die dafür zu erwerbenden *praktischen* Kompetenzen bisher weder für die Ausbildung von PflegepädagogInnen noch für die Pflegeausbildung selbst definiert und die zeitlichen Voraussetzungen für deren zielgerichtete Vermittlung einheitlich beschrieben wurden. Die Dominanz des Konzepts zeigt sich auch in der schulischen und betrieblichen Ausbildungspraxis – insbesondere in der GKP. *Kinästhetik* kommt zweifelsfrei auch der körperlichen Entlastung des Pflegepersonals zugute – allerdings fehlt, wie schon erwähnt, in der Pflegefachwelt eine grundsätzliche und verbindliche Definition der *Grenzen manueller* Patientenbewegungen, der Empfehlungen für den Einsatz technischer Hilfsmittel folgen. Bisher wird in den Publikationen zum Konzept lediglich darauf verwiesen, dem subjektiven Überlastungsgefühl zu folgen. Weitere Prinzipien zur körperlichen Entlastung aus Rückenschul- und Ergonomiekonzepten sollten als Gestaltungsoptionen in der Gesundheits- und Krankenpflege ausdrücklich einen ebenso hohen Stellenwert in der Ausbildung erhalten wie die Prinzipien aus dem *Kinästhetik*-Konzept. Dies betrifft den gezielten Hilfsmiteleinsatz sowie auch die vergleichsweise wenig verbreitete differenzierte Auseinandersetzung mit *ergonomischen* Arbeitshaltungen bei unterschiedlichen Tätigkeiten (z. B. bei der Körperpflege, Bewegungsunterstützung oder Transfers), die je nach geplanter Bewegung unterschiedlich bewertet werden müssen und bisher in verschiedenen Konzepten unter ergonomischen Gesichtspunkten selten differenziert vermittelt werden.

Wenngleich in den Schulen nach den Ergebnissen des TP 3 Selbstschutzkriterien fast immer auch abgeprüft werden (siehe Kapitel 4.5.2.8), liegen *einheitliche prüfungsrelevante* Kriterien für Beurteilungen und praktische Prüfungen bisher nicht vor. Demzufolge wurde von den interviewten Pflegelehrkräften ein einheitlicher pflegfachlicher Qualitätsstandard zum Patientenhandling und Praxisrichtlinien für nötig gehalten, wobei dessen Verankerung in einem bundeseinheitlichen Praxiscurriculum bzw. Rahmenlehrplan teilweise ebenfalls Erwähnung fand.

Die ExpertInnen aus Pflegeschulen machten deutlich, dass dieser fachliche Standard für die Ausbildung *bewegungskonzeptbezogen* konkretisiert werden muss, aber gleichfalls – unter Gesichtspunkten des Selbstschutzes – im Hinblick auf Grenzen der Anwendung (im Sinne eines methodenübergreifenden Präventionsstandards) entwickelt werden sollte. Dieses An-

liegen wird auch in der im TP 3 ermittelten Praxis in – zumindest den teilnehmenden – Pflegegeschulen ersichtlich, wo häufig methodenübergreifend unterrichtet wird, allerdings einheitliche Standards und Grundqualifikationen zum Patientenhandling auf Seiten der Lehrkräfte nicht flächendeckend vorliegen. So sind ergonomische und hilfsmittelbezogene Grundlagenqualifikationen dazu nur in jeweils einem Viertel der Pflegegeschulen vertreten, fließen damit also bisher nur in geringerem Umfang in den Unterricht ein.

6.3 EPH in Pflegelehr- und Fachbüchern sowie Praxisleitfäden

In den untersuchten *Pflegelehr- und Fachbüchern* fanden sich nur wenige Anknüpfungspunkte für eine systematische umfassende Entwicklung pflegerischer Handlungsstrategien zu EPH. Rückenschonende Arbeitsweisen beim Patientenhandling haben sich in den letzten Jahren zumindest in einzelnen Punkten jedoch inhaltlich niedergeschlagen.

In den Lehrbüchern und Praxisleitfäden wurden allerdings Inhalte zum Selbstschutz von Pflegenden selten *querschnittartig*, d.h. bezogen auf alle relevanten Tätigkeitsbereiche angelegt. Eine derartige Verknüpfung wurde auch für die Anwendung von *Kinästhetik* meist nicht ausreichend hervorgehoben.

Insgesamt scheint das "physiologische Bewegen" eines Patienten durch die Anwendung der Bewegungskonzepte als Synonym für "rückengerechtes Arbeiten" verstanden zu werden. Selten wurden bei den Analysen konkrete rückengerechte bzw. -schonende Aspekte an einer Arbeitstechnik deutlich. Auch fehlten oft Hinweise, was zum Selbstschutz der Pflegenden beim EPH konkret beachtet werden sollte, sowie auf welcher wissenschaftlichen Grundlage konkrete Empfehlungen zur Prävention gegeben werden.

Ein Bezug zu *ergonomischen* Strategien beim Patientenhandling, wie sie einleitend in Kapitel 1 definiert wurden, wird in der Regel somit nicht hergestellt. Auch konkrete Aspekte des betrieblichen Arbeitsschutzes werden dazu selten erwähnt. Daraus kann geschlossen werden, dass ein umfassendes Grundlagenwissen zum Selbstschutz im Patientenhandling in Pflegelehrbüchern weitgehend noch fehlt. Die Ergebnisse aus dem TP 3 zeigen zwar, dass Aspekte des Selbstschutzes im Unterricht immer behandelt werden und dabei viele Grundsätze und Prinzipien zur manuellen Bewegungsunterstützung vertreten sind. Auf der Basis der Pflegelehrbücher vermittelt sich aber der Eindruck, dass nicht eindeutig und nicht einheitlich beschrieben wird,

- in welchen konkreten Arbeitssituationen die Anwendung definierter Prinzipien oder Hilfsmittel möglichst zur Anwendung kommen müssen, und darüber hinaus
- unter welchen definierten Voraussetzungen ein manuelles Handling mit Hilfe von Prinzipien oder kleinen Hilfsmitteln möglichst nicht mehr erfolgen sollte.

Weiter fehlt eine differenzierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen technischen Hilfsmitteln und Indikationen für verschiedene Handlungsoptionen, die ein entsprechendes systematisches Patientenassessment auch unter konkreten fachlichen Gesichtspunkten ermöglichen würde. Ein solches systematisches Patientenassessment, das die Mobilisierung des

Patienten und *gleichermaßen* seine wie auch die Sicherheit der Pflegekraft fokussiert, findet nur selten statt, wie auch die Ergebnisse des TP 3 verdeutlichen. Entsprechende allgemeinverbindliche Instrumente, aus denen ergonomisches Handeln beim Arbeiten mit dem Patienten abgeleitet werden kann, sind hierzulande auch praktisch nicht vorhanden (eine indikations- und konzeptbezogene Ausnahme stellt der standardisierte Bewegungsanalysebogen zur Arbeit mit dem *Aktivitas Pflege*®-Konzept dar [Beckmann 2000]). Darüber hinaus existieren auch im *Kinästhetik*-Konzept Instrumente zur Erfassung von Mobilitätsressourcen und damit funktioneller Bewegungsaspekte der Patienten. Sie sind jedoch, soweit beurteilbar, mit Blick auf den Arbeitsschutz nicht standardisiert und beinhalten – wie schon vermerkt – keine Hinweise auf physische Belastungsgrenzen bei manuellem Arbeiten.

Die im TP 3 häufiger angegeben Instrumente, die der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs bei Alltagsaktivitäten des Patienten dienen (z.B. der Barthel-Index zu grundlegenden Alltagsfunktionen in der Geriatrie) und Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (zu Sturz-, Dekubitus-, Kontrakturenprophylaxe oder Schmerzmanagement) sind entweder nicht sensitiv genug hinsichtlich der Funktionalität von Bewegung [Reuschenbach & Mahler 2011] oder beziehen sich auf andere Aspekte, die durch die Art der Bewegung beeinflusst werden. Sie können ein spezifiziertes Patientenasessment zur Mobilität des Patienten als Basis für Entscheidungen zur Art der Pflegeintervention unter angemessener Berücksichtigung des Selbstschutzes der Beschäftigten nicht ersetzen.

Die Situation in Deutschland unterscheidet sich damit von einigen anderen Ländern Europas (vergleiche die Übersicht im *Technical Report ISO/TR 12296* des Technical Committee [2012]). Spezialisierte Instrumente sind zum Beispiel in Holland bereits seit längerem erfolgreich im Einsatz [Knibbe & Knibbe 2006; Knibbe 2013]. Die dort entwickelte und für Deutschland adaptierte "Mobilitätsgalerie" zur Einschätzung der funktionellen Mobilität von Pflegebedürftigen im Altenpflegebereich der Firma ArjoHuntleigh³⁷ wird auch hierzulande zunehmend implementiert, ihre Anwendung ist in Holland allerdings an ein landesweites System betrieblicher "*ErgoCoaches*" (fortgebildete MultiplikatorInnen aus Pflegeberufen) und ein System von Praxisempfehlungen und Umsetzungshilfen geknüpft, das zudem landesweit von den Sozialpartnern unterstützt wird.

Die Fachbücher zu den untersuchten Bewegungskonzepten *Kinästhetik*, *Bobath* und *Aktivitas Pflege*® wurden teilweise bereits vor einigen Jahren veröffentlicht. So kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich bei der Umsetzung der Bewegungskonzepte mittlerweile Veränderungen ergeben und sich auch bisherige Positionen zum Einsatz technischer Hilfsmittel in den letzten Jahren differenziert haben. Eine aktuelle Haltung zur ergonomischen Perspektive und speziell zum Einsatz von Hilfsmitteln und technischen Hilfen kann daher aus den analysierten Fachbüchern nicht unbedingt abschließend geschlossen werden.

Die Ergebnisse der Analyse zu EPH in Bewegungskonzepten und der Lehrbücher und Praxisleitfäden, die durch diese Bewegungskonzepte geprägt sind, deuten dennoch auf eine zu

³⁷ Eine Übersicht auf den deutschen Seiten der Firma findet sich unter <http://www.arjohuntleigh.de/de/Page.asp?PageNumber=977> (letzter Zugang Dezember 2013)

geringe Berücksichtigung ergonomischer Aspekte bei der Suche nach präventiven Strategien in Gesundheitseinrichtungen hin. Einschränkend kommt – wie bereits angeführt – weiter hinzu, dass physische Grenzen beim Einsatz manueller Bewegungskonzepte von den VertreterInnen der Bewegungskonzepte bislang nicht öffentlich diskutiert werden und in den Veröffentlichungen zu Bewegungskonzepten (technische) Hilfsmittel zur Belastungsminderung bei Pflegekräften meist abgelehnt werden.

Das Ergebnis der Veröffentlichungen zum *Bobath*-Konzept, dass Grundsätze zum rücken-schonenden Arbeiten insgesamt nicht durchgängig hervorgehoben werden, erweist sich auch bei der Vorstellung der Bobath-Techniken in Lehrbüchern, Praxisleitfäden und Veröffentlichungen zum rückengerechten Arbeiten als Defizit. Wie auch beim *Kinästhetik*-Konzept wurde zudem bisher auch zum *Bobath*-Konzept nicht definiert, wie umfangreich das Training konzeptspezifischer sensomotorischer Kompetenzen sein muss, um es sicher anwenden zu können. Das jedoch wäre unter inhaltlich-konzeptuellen und zeitlichen Gesichtspunkten – auch unter Sicherheits- und Qualitätsgesichtspunkten der Patientenversorgung – von großer Relevanz.

Die Nutzung der einzelnen Prinzipien der Bewegungskonzepte und auch die im ergonomischen Präventionsprogramm "*Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege*" vermittelten Prinzipien funktionieren als "Baukastensystem". Damit werden auch Entwicklungsmöglichkeiten mit wachsender Praxiserfahrung und Raum für eigene kreative Problemlösungsprozesse bereits in der Pflegeausbildung geboten – allerdings nur bei *gezielter* Anleitung. Hierzu wurde neben der regulären Praxisanleitung von ArbeitsschutzexpertInnen und einigen Pflegelehrkräften in den Interviews als vorteilhaft betont, wenn eine Praxisbegleitung von PflegeschülerInnen zusätzlich durch fachliche MultiplikatorInnen für EPH (je nach Konzept TutorInnen oder InstruktorInnen genannt) erfolgt.

Die untersuchten *Fachbücher* zum *rückengerechten Arbeiten* beim Patientenhandling von Amman [2007], Wewerka [2007] und Soyka [2000] sind zwar anwendungsorientiert und praxisnah, bieten jedoch gleichfalls keine sichere Grundlage für eine systematische Orientierung zum Thema Selbstschutz. Eine bedingte Ausnahme ist das Fachbuch von Soyka zum bereits erwähnten ergonomischen Präventionsprogramm "*Rückengerechter Patiententransfer*", in dem zu einer systematischen Problemanalyse und eigenständigen Problemlösungen angeregt wird und deren Umsetzung im Rahmen eines betrieblichen Gesamtkonzepts erfolgen soll. Ein *systematischer* Umgang mit den Grenzen manueller Patiententransfers und der systematische Einsatz von technischen Hilfsmitteln sind jedoch auch hier bisher nicht ausreichend beschrieben.

6.3.1 Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung von Unterrichtsmaterialien

Ein Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung von Pflegelehrbüchern und Praxisleitfäden hinsichtlich EPH wurde in den Interviews nicht thematisiert (jedoch auch nicht dezidiert nachgefragt). Aus den Gesamtergebnissen der Studie lassen sich jedoch einige Konsequenzen ziehen und zur Diskussion stellen:

- In Lehrbüchern für die schulische Ausbildung ist eine systematische und erkennbare EPH- *Gesamtkonzeption* notwendig, mit der ein entsprechendes Grundlagenwissen aus unterschiedlichen "Bezugswissenschaften" bereitgestellt und zugeordnet wird. Damit sind u.a. Erkenntnisse zur berufsbezogenen Prävention, betrieblichen Gesundheitsförderung, Biomechanik, Ergonomie oder Psychologie gemeint.
- Gleichzeitig ist ein Überblick über allgemeine *Grundsätze* (z.B. Arbeiten zu zweit oder Nutzung von Hilfsmitteln in physisch belastenden Arbeitssituationen) und *Prinzipien* aus der Bewegungslehre und Ergonomie, das ihnen zugrundeliegende Verständnis und konkret beschriebene Fallbeispiele zur exemplarischen Anwendung erforderlich.

Dabei sollten Kriterien bzw. Assessmentinstrumente vorgestellt werden, die die Auswahl und konkrete Anwendung von Hilfsmitteln und technischen Hilfen unterstützen und dabei den ausreichenden Selbstschutz der Pflegekraft konsequent in den Vordergrund stellen.

- Zum sogenannten Regelwissen sollte zudem gehören, dass *Handlungsoptionen* (z.B. verschiedene Möglichkeiten, einen Patiententransfer durchzuführen) nur dann bestehen, wenn die Pflegekraft Kompetenz und Handlungssicherheit für die jeweiligen Alternativen besitzt. Diese Kompetenz besteht wiederum nur nach einer ausreichenden Unterweisung und Übung. Es sollte zudem in alle vorhandenen Optionen zum Einsatz von Hilfsmittelprototypen und Gesichtspunkte zu einem sinnvollen Hilfsmittelassessment vollständig eingeführt werden.

Auf dieser Basis kann von begründbaren und zielgerechten Entscheidungen gesprochen werden, nach denen weder Patienten noch Pflegekräfte gefährdet sind und darüber hinaus eine hohe Versorgungsqualität für die Patienten gewährleistet wird, in dem ihre Mobilität gezielt gefördert wird. Unsichere AnwenderInnen manueller Handlingmethoden sollten auf sichere Methoden (inklusive Hilfsmiteleinsatz) verwiesen werden bzw. unter qualifizierter Anleitung arbeiten.

- Gemäß der aktuellen fachdidaktischen Ausbildungskonzeption wären für die praktische Ausbildung anstelle von Praxisleitfäden zukünftig *curriculumbasierte Arbeitshilfen* für den praktischen Unterricht und die Praxisanleitung von SchülerInnen erforderlich, die an einem noch zu entwickelnden EPH- bezogenen "Baustein" eines Praxiscurriculums auszurichten wären.

6.4 EPH und strukturelle Rahmenbedingungen in der Ausbildung

Qualität von strukturellen Rahmenbedingungen zum EPH in Pflegeschulen: Die Bewertung der Lehrkräfte im TP 3 deutet auf Defizite in der ergonomischen Ausstattung von schulischen Übungsräumen zum Patientenhandling hin – insbesondere in der GKP. Das vergleichsweise hohe Interesse an so genannten "Skills Labs" (Lehr-/ Lernwerkstätten) wurde bereits zuvor erwähnt und entspricht der Bedeutung des wahrgenommenen Handlungsbedarfs, der hinsichtlich der Ausstattung an einer möglichst optimalen Gestaltung des Pflegealltags orientieren und entsprechende Übungsgelegenheiten an einer ausreichenden Anzahl moderner elektrischer Betten sowie vielfältigen (technischen) Hilfsmitteln auf aktuellstem Stand bereitstellen sollte. Dabei ist zu diskutieren, dass es nicht primär um Praxissimulationen sondern um die Gestaltung von differenzierten Bewegungslernprozessen gehen sollte, die allerdings in der praktischen Fallbearbeitung durchaus Aspekte der Praxissimulation enthalten können.

Qualität von strukturellen Rahmenbedingungen zum EPH an Praxislernorten: Auch an den größten kooperierenden Praxislernorten bestehen hinsichtlich Verfügbarkeit, Zustand und Nutzung von Hilfsmitteln zum Patientenhandling nach wie vor deutliche Defizite, auch hinsichtlich technischer und sogenannter "kleiner" Hilfsmittel; dies ebenfalls insbesondere in der GKP, aber ebenfalls – wenn auch mit geringeren Defiziten – in der Altenpflege. Diese Situation ist bereits aus anderen Studien bekannt (z.B. in der NEXT- Studie im Krankenhaus [Simon et al. 2005] oder in einer Studie zur Sachmittelausstattung im Altenpflegebereich thematisiert [BGW 2006]).

Gleichfalls unbefriedigend erscheint die Situation *großflächig* eingeführter *manueller oder technischer Patientenhandling- Konzepte* für die examinierten Pflegekräfte im Ausbildungsbetrieb. Der vergleichsweise geringe Informationsstand der befragten Lehrkräfte hierzu verweist wiederum auf Entwicklungspotenzial im Bereich der Lernortkooperationen.

6.4.1 Globale Einschätzung des Stellenwerts von EPH in der Ausbildung

Pflegelehrkräfte: Die Interviews mit Pflegelehrkräften offenbarten, dass EPH in der schulischen Pflegeausbildung einen hohen Stellenwert hat und von Lehrkräften mit ansteigender Tendenz als relevant wahrgenommen wird. Nicht ganz so optimistisch ist die Beurteilung der befragten Lehrkräfte im Rahmen des TP 3: nur rund ein Drittel benannten den Stellenwert von EPH (mit der Betonung auf dem *ergonomischen* Schwerpunkt) in einer Globalbewertung für die *schulische* Ausbildung als hoch bis sehr hoch. Schuleigene Curriculum- "Bausteine" zu EPH sind in den drei Vierteln der Schulen mit vorhandenem Schulcurriculum immerhin fast durchgängig existent, werden aber nicht durchgängig für die Zusammenarbeit im Schulteam und mit PraxisanleiterInnen genutzt.

Deutlich geringer als in der theoretischen Ausbildung beurteilten die befragten Lehrkräfte an den Schulen den Stellenwert von EPH (ebenfalls mit der Betonung auf dem *ergonomischen* Schwerpunkt) in den kooperierenden *praktischen* Ausbildungsarten (22,8% hoch bis sehr

hoch). Auch aus der Sicht der Befragten wird somit ein deutliches Gefälle zwischen der Situation in der theoretischen und in der praktischen Pflegeausbildung deutlich.

Hochschul- und ArbeitsschutzexpertInnen: Die Einschätzung des Stellenwerts von EPH in der Berufsausbildung und -praxis der Pflegeberufe seitens der HochschullehrerInnen ist uneinheitlich – teilweise fehlt dazu auch der Überblick. ArbeitsschutzvertreterInnen, teilweise auch die HochschullehrerInnen, nahmen hierzu zwar positive Veränderungen in den letzten Jahren wahr, bekräftigten jedoch den von den Pflegelehrkräften geäußerten Handlungsbedarf, EPH in der Ausbildung stärker zu priorisieren.

VerbandsexpertInnen: Die ExpertInnen aus den Wohlfahrtsverbänden schätzten den Stellenwert von EPH hinsichtlich des konkreten Verhaltens von Pflegekräften im Patientenhandling in der Praxis als eher ambivalent ein, obwohl inner- und überbetriebliche Fortbildungen durchaus angeboten und absolviert werden bzw. eine Integration von EPH- Inhalten in die Ausbildung erfolgt. In diesem Zusammenhang wäre zu diskutieren, ob das Scheitern einer nachhaltigen Umsetzung von EPH durch das häufige Fehlen einer betrieblichen Gesamtstrategie zur Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen bedingt sein könnte. Aus Expertisen existieren deutliche Hinweise, dass

- Fortbildungen und die Anschaffung von Hilfsmitteln als "Einzelmaßnahmen" ohne ein entsprechendes Gesamtkonzept nicht ausreichen [Michaelis & Hofmann 2009] und zudem auch
- die Qualität der Versorgung des Patienten (Abstimmung zu fachlichen Standards mit dem Qualitätsmanagement) berücksichtigt werden muss [Hermann et al. 2006].

6.4.2 Handlungsbedarfe

Maßnahmen der Organisationsentwicklung zur Unterstützung der Umsetzung sind folglich auch im Kontext der praktischen Pflegeausbildung zu berücksichtigen.

ExpertInnen der Pflegeschulen und Wohlfahrtsverbände sahen dazu konkreten Handlungsbedarf hinsichtlich einer Vernetzung zwischen Pflegeschulen und Ausbildungseinrichtungen im Bereich der Aus- und Fortbildung. Ein Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements wird von den VertreterInnen der Wohlfahrtsverbände auch in diesem Zusammenhang für sinnvoll gehalten und die Wichtigkeit gleichzeitig von den ExpertInnen aus Pflegeschulen betont.

Um die Weiterentwicklung einer systematischen Gesamtstrategie zum ergonomischen Patientenhandling – auch mit Blick auf die praktische Ausbildung – zu ermöglichen, müsste zudem über *betriebliche Qualitätsstandards* diskutiert werden. Diese sollten eine Orientierung zum fachlichen Vorgehen geben, aber auch Zielsetzungen der Prävention – *methodenübergreifend* – integrieren. Neben fachlichen Qualitätszielen wäre von Bedeutung, dass Standards z. B. auch präzise Definitionen beinhalten

- zur notwendigen fachlichen Qualifikation der Pflegenden für die Anwendung eines Bewegungskonzepts , sowie
- zu Belastungsgrenzen, in denen der Einsatz eines Bewegungskonzepts in Überlegungen zur gesundheitlichen Prävention der AnwenderInnen integriert wird – dies auf Basis eines Patientenassessments, das die entsprechende Aufgabe der Bewegungsunterstützung von der Patientenmobilität abhängig macht.

6.5 Verankerung von EPH in gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen

Eine einheitliche Positionierung der interviewten HochschulexpertInnen zum Handlungsbedarf, auf welcher Ebene der hier untersuchten curricularen Ausbildungsgrundlagen und wie dezidiert das Thema EPH in der Pflegeausbildung verankert werden sollte, konnte in den Interviews nicht identifiziert werden. Es bestand jedoch deutliche Einigkeit über die Notwendigkeit, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention innerhalb der Pflegeausbildung auszuweiten, und tendenzielle Einigkeit, dass die EPH-Situation in der praktischen Pflegeausbildung verbessert und PraxisanleiterInnen entsprechend qualifiziert werden müssen.

Eine verbindliche Verankerung von EPH in den gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen wurde von den HochschullehrerInnen jedoch nicht für notwendig gehalten, da ausreichend Anknüpfungspunkte für die Bearbeitung von EPH vorhanden seien. Auch die Pflegelehrkräfte sprachen sich nur teilweise für eine verbindliche Verankerung in den gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen aus.

Die VertreterInnen aus den Bereichen Berufsverband, Gewerkschaft und Berufsbildungsforschung sprachen sich wiederum für eine stärkere Gewichtung von EPH innerhalb der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aus. Dies könne möglicherweise auch als übergeordnetes Ausbildungsziel im Sinne eines prinzipienorientierten methodenübergreifenden Ansatzes erfolgen. Ausreichende Zeitressourcen für den praktischen Unterricht und die gezielte Anleitung von PflegeschülerInnen wären ebenfalls zu definieren.

Das Problem "*Zeitressourcen*" für das breite Lern- und Handlungsspektrum rund um Themen des Patientenhandling im theoretischen und praktischen Unterricht wurde auch bei der Analyse der Ausbildungsgrundlagen ersichtlich. Somit wird auch hier wieder die Notwendigkeit deutlich, einen erforderlichen (Mindest-)Stundenumfang für EPH in die Diskussion über den zukünftigen Stellenwert von EPH in der Pflegeausbildung und eine entsprechende Verankerung aufzunehmen – dies insbesondere für den praktischen Unterricht zu Bewegungskonzepten und ergonomischen Arbeitsweisen.

6.6 EPH in der Aus- und Fortbildung von Lehrenden

Zur Qualifizierung von Pflegelehrkräften

Pflegelehrkräfte: Zwar fühlen sich die interviewten SpezialistInnen selbst ausreichend für die Vermittlung von EPH in der beruflichen Pflegeausbildung qualifiziert; jedoch wurde für Pflegelehrkräfte generell ein grundlegender Qualifizierungsbedarf zum EPH konstatiert. (Dies widerspricht der Einschätzung der interviewten HochschullehrerInnen, die diesen dezidierten Handlungsbedarf nicht sahen; EPH solle allein in einem Wahlbereich als möglicher Schwerpunkt etabliert werden).

Grundsätzlich wurde beklagt, dass Fortbildungen zum *Kinästhetik*-Konzept teuer seien und damit Finanzierungsprobleme bestünden. Ein Bedarf hierfür wurde vor allem deshalb gesehen, weil bestehende Grund- oder Aufbaukurse zur *Kinästhetik* keine Lehrqualifikation und -berechtigung ermöglichen. (Im TP 3, Kapitel 4.4.1, wurde entsprechend auch nur von einem geringen Anteil von als TrainerInnen qualifizierten Lehrkräften in den untersuchten Schulen berichtet). Ein Handlungsbedarf zur Ausbildung von PflegepädagogInnen wurde hier zwar nicht ausdrücklich erfragt, jedoch führte eine Lehrkraft indirekt dazu aus, dass Qualifizierung eine "bedeutsame Voraussetzung für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung (sei): ... *man braucht Lehrer, die sich mit den Bewegungskonzepten auskennen und das nicht nur theoretisch*".

ArbeitsschutzexpertInnen: Sie sehen grundsätzlich einen Bedarf für die Ausbildung von Pflegelehrkräften auch praktische EPH- Qualifikationen zu etablieren. Bestehende Lehrqualifikationen hinsichtlich präventiver Inhalte können nur schwer eingeschätzt werden; die Interviewten halten diese aber insgesamt für verbesserungswürdig. In diesem Zusammenhang wurde bedauert, dass Seminarangebote zu EPH für Pflegelehrkräfte seitens der Landesunfallkassen – wegen fehlenden Interesses – nicht zustande kamen.

VerbandsexpertInnen: Auch sie halten eine entsprechende Qualifizierung innerhalb der Lehrkraftausbildung für notwendig. VertreterInnen von Ausbildungsträgern sind nicht darüber informiert, dass dies bisher in der Ausbildung nicht überall regelhaft erfolgt.

Einige ExpertInnen hielten eine "ergonomische Mindestqualifikation" zwar für sinnvoll. Für eine solche und die Frage, ob diese bei einer Übernahme von EPH- Unterricht verpflichtend sein soll, besteht innerhalb einer Expertengruppe – wie auch insgesamt – keine Mehrheit. Da deutliche Hinweise für einen EPH- Qualifizierungsbedarf von Pflegelehrkräften bestehen, steht demnach zur Diskussion, wie eine ausreichende Qualifizierung, die nicht allein auf der individuellen Schwerpunktsetzung von einzelnen Pflegelehrkräften basiert, zukünftig sichergestellt werden kann.

Zur Qualifizierung von PraxisanleiterInnen

Für PraxisanleiterInnen wurde von allen Interviewten einstimmig vor allem ein Qualifizierungsbedarf zu EPH befürwortet, um EPH in geeigneter Form vermitteln zu können. Entsprechende praktische EPH- Kompetenzen seien nachzuweisen oder durch Fortbildung zu erwerben.

Hinsichtlich der Frage, wo Handlungsbedarfe für Lernprozesse zum EPH schwerpunktmäßig zu verorten sind, ist dieses Ergebnis gemeinsam mit der sichtbar gewordenen Notwendigkeit eines einheitlichen Praxiscurriculums unter Einbeziehung von EPH-Zielen und Inhalten eines der wichtigsten Ergebnisse der Befragungen und könnte als Antwort auf die in Kapitel 6.6 formulierte Frage zum zentralen Handlungsbedarf gesehen werden. Allerdings ergaben die Meinungen der ExpertInnen auch hier kein eindeutiges Votum für mehr Verbindlichkeit. Mit der Überlegung einiger ExpertInnen, EPH als Ausbildungsgegenstand in eine neu zu konzipierenden Praxisanleitungsbildung grundlegend zu integrieren, wurde immerhin ein Anknüpfungspunkt für eine verbindliche Regelung zur Diskussion gestellt. Hinsichtlich alternativ oder ergänzend durchzuführender Fortbildungen wurde auf die Notwendigkeit verwiesen, dass diese möglichst im betrieblichen Rahmen (z.B. durch den Unfallversicherungsträger) erfolgen sollten. VerbandsvertreterInnen betonten dazu, dass die Durchführung von "In-house"- Angeboten für Ausbildungsträger und FortbildungsteilnehmerInnen attraktiver sei.

Ansätze für Veränderungen

Mehrere ExpertInnen betonten, dass eine Qualifizierung von Lehrkräften und PraxisanleiterInnen als Ansatz für Veränderungen in Richtung EPH nicht ausreicht. Neben Kenntnissen und Vermittlungskompetenz zu unterschiedlichen Bewegungsmethoden und Lösungsansätzen müssten auch günstige strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen gewährleistet sein (z.B. eine ausreichende Ausstattung mit Hilfsmitteln, genügend Übungsgelegenheiten im fachpraktischen Unterricht, Gelegenheit zur praktischen Anwendung unter Anleitung, aber auch in der selbstständigen Arbeit).

Schlussfolgernd kann eine Qualifizierung von Lehrkräften und PraxisanleiterInnen erst wirken, wenn auch eine EPH- Gesamtstrategie für die Pflegeausbildung existiert, die den Rahmen für eine qualitätsgesicherte Umsetzung von EPH- Inhalten gewährleistet. Diese Gesamtstrategie müsste in jedem Fall die Existenz von EPH-Curriculum- "Bausteinen" (auch im Sinne eines Praxiscurriculums) und die Organisation einer zielgerichteten Praxisanleitung von PflegeschülerInnen beinhalten.

6.6.1 Exkurs: EPH im Pflegepädagogikstudium

Die vorliegende Einschätzung der Ausbildung von Pflegepädagoginnen zum EPH erfolgte allein auf Basis von Interviews mit drei gut vernetzten und wegweisenden ExpertInnen aus (Fach-) Hochschulen. Die Ergebnisse der Interviews offenbarten, dass das Thema *Betriebliche Gesundheitsförderung* innerhalb der Themen Gesundheitsförderung und Prävention in den Modulhandbüchern der – sehr heterogenen – Studienprogramme für Pflegepädagogik in

der Regel explizit verankert ist. EPH-Aspekte allerdings würden allenfalls im Zuge von physischen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz thematisiert und seien im Studium nicht explizit verankert. Ob und welche Konsequenzen für die Anwendung von Bewegungskonzepten unter Selbstschutzaspekten abgeleitet werden, bleibt somit offen. Eine Thematisierung von EPH erfolge nach Meinung der ExpertInnen gegebenenfalls in Abhängigkeit von individuellen Schwerpunktbildungen der DozentInnen oder StudentInnen. Ob in solchen Studienschwerpunkten auch ergonomische Fragestellungen (z.B. Einschätzung von Risikofaktoren/ Gefährdungsanalysen/ Patientenassessments) an der eigenen Hochschule thematisiert und welche Bezugswissenschaften herangezogen werden, ist nicht bekannt. Bisher gäbe es zum Patientenhandling im Hochschulbereich jedenfalls nur vereinzelte SpezialistInnen.

Stellenwert von EPH im Pflegepädagogikstudium und Handlungsbedarf

Der Stellenwert von EPH innerhalb des Pflegepädagogikstudiums wird demzufolge nicht nur für die jeweils eigene (Fach-) Hochschule, sondern generell als eher marginal eingeschätzt. Eine Unterrichtsqualifikation für das *Kinästhetik*- Konzept kann in einem Hochschulstudium nicht erworben werden, sondern erfolgt nach wie vor separat in Fortbildungen. Zwar fände wohl überall eine grundsätzliche Auseinandersetzung mit dem *Kinästhetik*- und anderen Bewegungskonzepten statt. *Praktische* Kompetenzen hierzu würden – nach Aussagen einer Hochschullehrerin – als Bestandteil der beruflichen Qualifikation bei zukünftigen Lehrkräften allerdings seit der Reform der Berufsgesetze als gegeben vorausgesetzt. Gerade vor dem Hintergrund der bisherigen praktischen Ausbildungsrealität und des beschriebenen Stellenwerts von EPH im Pflegealltag muss jedoch diskutiert werden, ob die hiermit gegebene praktische Qualifikation zukünftiger PflegepädagogInnen ausreicht, um EPH-Unterricht differenziert durchführen zu können, in Praxisbegleitungen angemessen zu beraten oder Prüfungen ausreichend beurteilen zu können.

Stellenwert fachdidaktischer Aspekte zu EPH

Die Vermittlung von Aspekten des Selbstschutzes sowie damit verbundener Zielkonflikte wegen eigener Gesundheitsanliegen bei der Pflege von Patienten werden in der Fach- und Falldidaktik im Studium zwar grundsätzlich bearbeitet; das gilt – wie die Interviews aufzeigten – jedoch scheinbar bisher nicht konkret für Situationen des Patientenhandlings. So war den befragten HochschulexpertInnen jedenfalls nicht bekannt, ob Angebote zur Erarbeitung eines Vermittlungskonzepts für bewegungskonzeptübergreifende bzw. -integrierende Lernprozesse und deren Grundlagen im Studium vorliegen. Eine fachdidaktische Qualifizierung von angehenden PflegepädagogInnen zum EPH- Studium wird von den Interviewten aber für notwendig gehalten. Das gelte auch für differenzierte und analytische Fragestellungen hinsichtlich eines ausreichenden Selbstschutzes.

In der Konsequenz kann für die Ausbildungsrealität von PflegepädagogInnen geschlossen werden, dass – soweit aus den Interviews ersichtlich – bisher keine Grundlagenqualifikation für Lehrkräfte im Studium angeboten wird, die sich auf praktische Kompetenzen und eine reflektierende Praxis zum Selbstschutz und zur Patientensicherheit bezieht. Auch ist den Hochschullehrkräften auf Hochschulebene bisher kein *Kompetenzprofil* zum EPH bekannt.

Ein entsprechender Handlungsbedarf wird von den HochschulexpertInnen jedoch grundsätzlich gesehen.

Damit muss – wie es ein/e interviewte HochschullehrerIn formulierte – auch zur Diskussion gestellt werden, dass zukünftig empirische Ergebnisse zu Gesundheitsbelastungen und Gefährdungen und evidenzbasierte Konzepte in das Studium einfließen müssen – die letzteren wiederum bisher jedoch noch gar nicht vorlägen. Weiter sei über die Ausrichtung von Schwerpunktangeboten zum Thema EPH und Selbstschutz mit einer möglichen Verankerung in der Studienordnung für PflegepädagogInnen nachzudenken.

6.7 Ebenen und Adressaten für Veränderungsimpulse

Zur Qualifizierung von Pflegelehrkräften

Nach Einschätzung der ExpertInnen aus dem Hochschulbereich muss der insgesamt ermittelte Handlungsbedarf zur *Pflegelehrkraftausbildung*, aber auch zur Gestaltung von Ausbildungscurricula für die berufliche Pflegeausbildung auf der Ebene der Bundesländer vorgebracht und geregelt werden. Dabei sollte beachtet werden, dass für eine politische Einflussnahme primär die Hochschulen (vor allem zur Lehrkraftausbildung) gefragt seien. Auch könnten die Landesministerien (zum Teil für Soziales und Gesundheit, zum Teil für Kultus) einbezogen werden, die für die rechtliche Regelung der Ausbildungsumsetzung zuständig sind.

Eine gezielte Einflussnahme scheint jedoch angesichts der unterschiedlichen Zuständigkeiten auf der Landesebene, die zudem größtenteils außerhalb des Bildungssystems angesiedelt ist, schwierig. Auch nach den Ergebnissen im Teilprojekt 1 (Dokumentenanalyse von gesetzlichen Grundlagen) scheint nach wie vor nicht immer transparent zu sein, wer eigentlich für Pflegebildungspolitik in den Bundesländern verantwortlich zeichnet; AnsprechpartnerInnen sind auch in den Augen einer/s ArbeitsschutzexpertIn in den Bundesländern schwer zu finden.

Zur Qualifizierung von PraxisanleiterInnen

Eine Diskussion hinsichtlich der *Qualifizierung von PraxisanleiterInnen* sollte nach Ansicht der HochschulexpertInnen ebenfalls auf Länderebene, vor allem in der (berufs-) politischen Öffentlichkeit, gesucht werden. Es stellt sich die Frage, wie eine Integration von EPH in die Weiterbildung zur Praxisanleitung genau erfolgen kann und inwieweit die Teilnahme an EPH-Fortbildungen für PraxisanleiterInnen in Gesundheitseinrichtungen verbindlich sein sollte. Die Klärung dieses Diskussionspunktes ist wichtig, da nach den Ergebnissen dieser Untersuchung gerade in der praktischen Ausbildung auf der einen Seite entscheidende Handlungsmöglichkeiten zu liegen scheinen, auf der anderen Seite aber auch ein besonders hoher Handlungsbedarf zur Qualitätsentwicklung gegeben zu sein scheint. Neben einer einheitlichen Verankerung eines EPH-bezogenen Ausbildungsziels sollte eine systematische Gesamtstrategie für die Ausbildung vor allem hier ansetzen.

Zusammenfassend wurden durch den Mehrmethodenansatz Defizite zum EPH auf allen Ebenen, auf denen Pflegeausbildung konzipiert und gelebt wird, deutlich. Eine Zusammenschau der gefundenen Handlungsbedarfe und konkrete Vorschläge zu Veränderungen finden sich im Ausblick (Kapitel 6).

6.8 Limitationen der Studie

Um die Diskussion kritisch einordnen zu können, sollten folgende methodische Limitationen der Erhebungen in den Teilprojekten 1-3 beachtet werden:

Teilprojekte TP 1 und TP 2 (Dokumentenanalyse, Interviews mit Expertinnen)

- Die Dokumentenanalysen und Interviewauswertungen erfolgten nicht – wie üblich bei qualitativen Studien – durch mindestens zwei GutachterInnen, sondern nur mit einer Person; die Aufbereitung der Ergebnisse erfolgte aus Ressourcengründen narrativ, nicht inhaltsanalytisch.
- Der Stellenwert von EPH in Lehrbüchern der Gesundheits- und Krankenpflege wurde deutlicher herausgearbeitet als in der Altenpflege – hier wurde nur ein Standardlehrbuch begutachtet; allerdings beziehen sich alle modernen Pflegelehrbücher der GKP in Richtung generalistische Ausbildung auf Pflegebedürftige in allen Lebensphasen, also auch auf betagte Patienten oder HeimbewohnerInnen.
- Die Auswahl von Publikationen zum Einarbeiten in das Thema Gesundheitsförderung, Prävention physischer Belastungen und EPH in der Pflegeausbildung war abhängig von den Möglichkeiten des Zugangs in öffentlichen Bibliotheken; nicht öffentlich zugängliche Bücher und kostenpflichtige Texte wurden ausgeschlossen.³⁸

Die Einschätzung der EPH- Situation im Pflegepädagogikstudium umfasste keine Analyse von Studienplänen; das Urteil der drei gut vernetzten und in ihrer Position als wegweisend

38

Pfammatter (2008). Gesundheitsberichterstattung an Pflegeberufsschulen HF als Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements, Masterthesis.

Schank, B. (2006). Lernen am Arbeitsplatz in der Gesundheits- und Krankenpflege: Möglichkeiten und Umsetzung-im Besonderen am Beispiel Lernwerkstatt. Hausarbeit (= Buch mit 26 Seiten)

Dupont, S. (2011). Kontexte und Erkenntnisgrundlagen der Pflege: Betriebliche Gesundheitsförderung. Grin Verlag

Rauchensteiner, V. (2012). Wie kann Kinästhetik im Unterricht geschult werden? Grin Verlag

Beimesche, C. (2012). Zur Bedeutung der Gesundheitswissenschaft für die Pflege: am Beispiel der GF für die Pflege. Grin Verlag

geltenden HochschulexpertInnen im TP 2 (Interviews) wird jedoch als ausreichend und maßgeblich erachtet.

- Zur Vollständigkeit der Einschätzung des Stellenwerts von EPH durch verschiedene ExpertInnen fehlen VertreterInnen der politischen Ebene (zuständige Ministerien für die Entwicklung und Bereitstellung von gesetzlichen Grundlagen und Richtlinien für die Pflegeausbildung),

Teilprojekt TP 3

Die Repräsentativität der empirischen Erhebung in allen deutschen Pflegeschulen hat durch den Fragebogenrücklauf von insgesamt nur 20% und die Beschreibung ausschließlich eines einzigen (ausgewählten größten) Praxislernortes in gewisser Hinsicht einen "Blitzlicht"- Charakter. Eine Positivselektion von Schulen durch die mögliche Antwortbereitschaft besonders engagierter Pflegekräfte und damit ein Stellenwert des Patientenhandlings, der insgesamt negativer sein könnte als in dieser Erhebung aufgezeigt, sollte in Betracht gezogen werden. Ein Anteil fehlender Werte zwischen 10 und 20% insbesondere zur Beschreibung der Situation an den Praxislernorten schränkt die Repräsentativität ebenfalls ein, kann aber gleichzeitig auch Indikator für die beschriebenen Defizite der Lernortkooperationen gesehen werden.

7 Ausblick

Mit der vorliegenden Methodenmix-Studie konnte ein Überblick über Ausbildungsgrundlagen und den Ist- Stand zum Ausbildungsgegenstand *Patientenhandling* geschaffen und gleichzeitig das Problembewusstsein für körperliche Belastungen in der Pflegeausbildung ermittelt werden.

Auf allen untersuchten Ebenen bestehen Handlungsbedarfe, um die Ausbildung von zukünftigen Pflegenden im Sinne eines ganzheitlichen *Ergonomischen Patientenhandlings*³⁹ (EPH), wie es eingangs definiert wurde, sicherzustellen. Dies betrifft sowohl die Situation der heterogenen Ausbildungsgrundlagen der Bundesländer und die unzureichende Ausgestaltung fachspezifischer Lehrmaterialien, uneinheitliche und teils defizitäre Voraussetzungen für die fachgerechte Vermittlung von EPH bei Lehrenden, fehlende Regelungen zu Lernortkooperationen sowie Defizite in der Ausgestaltung und Umsetzung der praktischen Ausbildung an den Praxislernorten.

Handlungsbedarfe wurden zudem an unterschiedlichen Stellen und in unterschiedlichem Ausmaß in den beiden Ausbildungsgängen der Alten- und Gesundheits- und Krankenpflege deutlich.

Curriculare Ausbildungsgrundlagen

In den derzeit existierenden vielfältigen Ausbildungsgrundlagen der beruflichen Pflegeausbildung ist Patientenhandling als Ausbildungsgegenstand bisher weder unter pflegfachlichen noch unter präventiven Gesichtspunkten einheitlich curricular verankert. Zudem fehlen zum einen fachliche *Qualitätsstandards*, die über die allgemeine Prämisse des ressourcenorientierten Arbeitens konkret orientieren, und zum Anderen konsequent an der Gesundheitsprävention von PflegeschülerInnen ausgerichtete *Praxisleitlinien*, die wiederum die Basis für eine ausbildungsbezogene Gesamtstrategie und ein EPH-Vermittlungskonzept darstellen. Vor dem Hintergrund des steigenden Bedarfs professioneller Pflege in der Gesellschaft und dem damit verbundenen hohen Stellenwert von EPH sind Veränderungen zur Aufwertung des Themas notwendig. Sie müssen sowohl auf curricularer Ebene und in Lehrbüchern als auch an der entsprechenden Qualifizierung von PflegepädagogInnen und PraxisanleiterInnen ansetzen. Dabei sollte auf eine mehrperspektivische Gesamtstrategie unter pflegfachlichen, präventiven und ergonomischen Aspekten⁴⁰ abgezielt werden.

Ob die Verankerung von EPH-Aspekten in einem zu entwickelnden bundeseinheitlichen und verbindlichen *Rahmenlehrplan* und einem abgestimmten *Praxiscurriculum* zur Qualitätssicherung in der Pflegeausbildung ermöglicht werden kann, ist zurzeit noch nicht absehbar.

³⁹ Systematischer und methodenübergreifender Umgang mit der Gestaltung von Arbeitssituationen am und mit dem Patienten zur Reduktion körperlicher Risikofaktoren auf Basis einer zuvor definierten und theoretisch begründeten Mindestgrundlage und Grenzen für manuelles Patientenhandling, einschließlich eines Grundlagenwissens aus Bezugswissenschaften u.a. zu den relevanten Themen berufsbezogener Prävention, betrieblicher Gesundheitsförderung durch Erkenntnisse der Biomechanik, Ergonomie und Psychologie.

⁴⁰ Gute-Praxis-Organisation von Arbeitsprozessen und Arbeitsplatzgestaltung in Abstimmung mit dem Qualitätsmanagement

Obwohl die Notwendigkeit eines bundeseinheitlichen Rahmenlehrplans durch die Bund-Länder-Kommission zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe [2012] mit dem Ziel einer Ausbildungsreform ("generalistische Pflegeausbildung") konkret herausgearbeitet wurde, ist nicht sicher, ob der dafür notwendige umfassende Konsens auf Bundesländerebene tatsächlich erreicht werden kann. Sollte ein solcher nicht zustande kommen, bestehen bundeseinheitliche rechtliche Regelungsmöglichkeiten (aus Sicht der befragten Hochschullehrkräfte) wegen der Regelung der Pflegeausbildung nach dem Heilberufsrecht kaum. Neben der Regelung problematischer juristischer und finanzieller Konsequenzen des "Gesamtpakets" dieser Reform stellen sich darüber hinaus grundsätzliche und noch ungeklärte Fragen zur Zukunft der Pflegeausbildung, die auch von PflegewissenschaftlerInnen aufgeworfen werden [Sahmel 2011, Bonse- Rohmann & Burchert 2011].

Zu diskutieren ist daher, wie bundesweit einheitliche Zielsetzungen für den Kompetenzerwerb zu EPH alternativ etabliert werden können. Eine Vereinheitlichung der Ausbildungsgrundlagen hinsichtlich EPH wäre grundsätzlich auch unabhängig von dem zur Diskussion stehenden Reformvorhaben möglich, wie in den geführten Interviews mit ExpertInnen deutlich wurde. Käme es zu einer Vereinheitlichung von Ausbildungsgrundlagen, sollte jedoch – obwohl dies von den interviewten ExpertInnen nicht einheitlich befürwortet wurde – über eine zukünftige explizite *bundesweite Verankerung von EPH* in den Ausbildungszielen und vor allem in einem *bundesweiten Praxiscurriculum* nachgedacht werden, um der wachsenden Bedeutung von EPH vor allem in der praktischen Ausbildung und im Pflegealltag gerecht zu werden. Dies kommt auch KritikerInnen aus der Pflegepädagogik entgegen, die generell zu den mangelhaften Rahmenbedingungen ihrer Arbeit für die Vermittlung von Schlüsselkompetenzen auch den Mangel an curricularen Vorgaben zählen [Bonse- Rohmann & Burchert 2011].

Für die Entwicklung eines *Praxiscurriculums* und seiner Tragfähigkeit ist auch im Kontext von EPH bedenkenswert, dass im dualen Ausbildungssystem ein Ausbildungsrahmenplan durch einen *Konsentierungsprozess mit den Sozialpartnern in Abstimmung zu dem Rahmenlehrplan gemeinsam mit den zuständigen Gremien innerhalb der Kultusministerkonferenz* (unter Mitwirkung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB)) entwickelt wird, um durch Beteiligung der Ausbildungsbetriebe bzw. deren Interessenvertretung besser gewährleisten zu können, dass Ausbildungsbetriebe ihre eigenständige Bildungsaufgabe zur Umsetzung eines solchen Praxiscurriculums auch tatsächlich erbringen.

Materialien für den theoretischen und praktischen Unterricht

Für zukünftige Auflagen von *Pflegelehrbüchern* sind Schritte in Richtung einer systematischen und erkennbaren EPH- *Gesamtkonzeption* erforderlich:

- die Bereitstellung von Grundlagenwissen aus den in Kapitel 2 beschriebenen unterschiedlichen "Bezugswissenschaften",
- ein Überblick über allgemeine Präventionsgrundsätze bei der Arbeit mit Patienten und Prinzipien aus der Bewegungslehre und Ergonomie, der

- an Fallbeispielen verdeutlicht wird und dabei
- Kriterien bzw. Assessmentinstrumente sowohl für die sinnvolle Auswahl und konkrete Anwendung von Hilfsmitteln und technischen Hilfen beinhaltet, als auch Handlungsoptionen unter dem Gesichtspunkt "Handlungssicherheit" bereit stellt.

Für die praktische Ausbildung und die Praxisanleitung von SchülerInnen werden anstelle von Praxisleitfäden zukünftig *curriculumbasierte Arbeitshilfen* empfohlen (die an einem noch zu entwickelnden EPH- bezogenen "Baustein" eines Praxiscurriculums auszurichten wären).

Notwendigkeit interdisziplinärer Perspektiven

Konkrete Anknüpfungspunkte zur Weiterentwicklung der Unterrichtspraxis, aber auch zur Entwicklung eines EPH-Curriculum- "Bausteins" sollten grundsätzlich eine *interdisziplinäre Perspektive* beinhalten. Dies sichert neben einer intensiven fachpraktischen Auseinandersetzung auch die Berücksichtigung der mit dem Patientenhandling verbundenen körperlichen Belastungen. Ziel ist das Erlernen einer evidenzbasierten Aufgabenbewältigung, die sowohl unter pflegfachlichem als auch unter präventivem Fokus zukünftig durch entsprechende Forschungsvorhaben weiter abgesichert werden muss. In jedem Fall sollten zukünftige Pflegekräfte diese mehrperspektivische Sichtweise bereits in der Pflegeausbildung erlernen und in ihr fachliches Handeln integrieren, so dass sie in der Lage sind, systematisch und problemlösungsorientiert – und dies sowohl individuell als auch im Team – mit den unterschiedlichen Möglichkeiten und Herausforderungen bei einem Patientenhandling umzugehen. Die Voraussetzungen hierfür könnten über eine interdisziplinäre Kooperation bei der Entwicklung von Curriculum-"Bausteinen" für die Aus- und Fortbildung von Lehrkräften (PflegepädagogInnen und PraxisanleiterInnen) geschaffen werden. Eine Initiative zur Schaffung einer Kommission von ExpertInnen durch die BGW hierzu würde voraussichtlich innerhalb der Pflegepädagogik auf Offenheit stoßen, bedarf aber im Vorwege eines differenzierten Abstimmungsprozesses, in dem auch abgeklärt werden muss, welche Ebenen (z. B. auch ausgewählte Pflegelehrkräfte und Praxisanleitungen bzw. praktisch tätige betriebliche Arbeitsschutzexperten mit Schulungserfahrung) hierfür zu beteiligen sind.

Aktuelle Entwicklungen zur Prävention in der Pflege

Unabhängig von den mit der beruflichen Pflegeausbildung direkt verknüpften Gestaltungsfragen entwickeln sich erfreulicherweise weitere Anknüpfungspunkte für Verbesserungen von EPH – auch für die Pflegeausbildung:

- Ein durch das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelter so genannter *Expertenstandard "Erhaltung und Förderung der Mobilität"* (Vorstellung eines ersten Entwurfs im Frühjahr 2014), mit dem sich auch die Entwicklung eines Standards zu fachlichen Aspekten des Themenfelds EPH abzeichnet.⁴¹

⁴¹ <http://www.bgw-online.de/SharedDocs/Veranstaltungen/DE/2013/JuraHealth-Congress-15-05-2014.html>

- Weiter wurde von der BGW für das Jahr 2014 eine "*Leitlinie zur Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege*"⁴² angekündigt, durch die die Umsetzung der Lastenhandhabungsverordnung in diesem Berufsfeld besser gewährleistet werden soll.

Da die Frage der Patientenmobilität eng mit den Themen Sicherheit und Schutz vor zu hoher physischer Belastung sowohl für die Patienten als auch für die Pflegenden verknüpft ist, wird die Herausforderung darin bestehen, die fachlichen und präventiven Standards von vornherein grundlegend so zu verknüpfen, dass eine sinnvolle mehrperspektivische Grundlage für pflegerisches Handeln und die Gestaltung der Arbeits- und Versorgungssituation in den Gesundheitseinrichtungen entstehen. Dabei ist notwendigerweise zu berücksichtigen, dass Pflegearbeitsplätze für eine hochwertige Pflege auch unter ergonomischen Gesichtspunkten gestaltet und organisiert werden müssen. Ohne Zusammenführung dieser beiden Ansätze besteht die Gefahr, dass physische und psychische Belastungen von Pflegekräften weiter steigen und dennoch keine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht werden kann.

EPH und eine entsprechende Ausbildung können somit auch als "Baustein" für die Gewährleistung eines pflegfachlichen Qualitätsstandards betrachtet werden. Damit in diesem Sinne optimale Entscheidungen im Vorfeld eines Patientenhandlings getroffen werden können, bedarf es allerdings geeigneter Assessmentinstrumente, die Ressourcen und Risiken des Patienten und der Pflegekraft erfassen. Deren Entwicklung wäre auch im Kontext von Standards von großer Bedeutung. Sie sollten:

- praxistaugliche Einschätzungen für eine geplante Pflegeintervention erlauben, d.h. Handlungsoptionen direkt ableitbar machen,
- einen Konsens über formalisierte Belastungsgrenzen von Pflegekräften beinhalten⁴³ und
- das Fehlen ausreichender EPH-Kenntnisse und Übungserfahrung als wesentliche Entscheidungsgesichtspunkte für Handlungsoptionen einbeziehen.

Auf dieser Basis könnten konzeptionelle Grundlagen unabhängig von Veränderungen in den gesetzlichen Ausbildungsgrundlagen entstehen, die zur Beseitigung der auf EPH-Kompetenzen bezogenen Defizite in der beruflichen Pflegeausbildung beitragen können. Dafür wären jedoch – wie bereits betont – gleichzeitig Veränderungen in der Aus- und Fortbildung von PflegepädagogInnen und eine systematische Qualifizierung vor allem von PraxisanleiterInnen zu EPH und den dafür notwendigen Wissensgrundlagen erforderlich. (Für eine qualitätsgesicherte Umsetzung neuer Konzepte zu EPH sind wiederum einheitliche Ausbildungsgrundlagen und verbindliche Curricula vonnöten).

⁴² <http://www.bgwforum.de/Default.aspx?link=u410>

⁴³ In diesem Kontext erscheinen auch Klärungen zur Bewertung riskanter Belastungen durch Transfers/ Bewegungsunterstützung wesentlich. Uneinheitlich ist bisher die Bewertung von Körperhaltungen bei der Durchführung von Transfers (einschließlich der damit verbundenen Arbeitshöhen), sowie des für ein Handling technikbedingten Kraftaufwands. Es geht auch um die Definition von Belastungsgrenzen je nach anthropometrischen Voraussetzungen im Zusammenspiel der Bewegung zwischen Patient und Pflegekraft (groß mit klein, schwer mit leicht usw.), die generelle Empfehlungen zu manuellen Techniken problematisch machen.

Kurz- und mittelfristige Handlungsperspektiven aus pragmatischer Sicht

Wie beschrieben, scheinen einheitliche und verbindliche Regelungen auf Bundesländerebene in absehbarer Zeit auf Barrieren zu stoßen. Zur kurzfristigen Verbesserung der EPH-bezogenen Pflegeausbildung wird daher unter pragmatischen Gesichtspunkten vorgeschlagen, in den Pflegeschulen zu klären, ob und wie folgende Aspekte, die sich bereits in präventiv orientierten Ausbildungsprojekten bewährt haben, ⁴⁴ schon berücksichtigt werden bzw. zukünftig umsetzbar sind:

- Entwicklung eines gemeinsamen Curriculum- "Bausteins" für Unterricht und Praxisanleitung.
- Grundlegende EPH-bezogene Qualifizierung aller Lehrkräfte (mindestens für alle Personen, die Praxisbegleitung durchführen und Prüfungen abnehmen). Über eine Finanzierung durch Krankenkassen und Berufsgenossenschaft ist sowohl im Rahmen der pflegfachlichen Ausbildungskosten als auch im Rahmen eines Präventionsbudgets zu diskutieren. Die Schaffung von notwendigen Budgets war in einigen Betrieben bereits erfolgreich und dürfte dabei auch einer innerbetrieblichen Prioritätensetzung zu verdanken sein.
- Beschreibung von prüfungsrelevanten Lernzielen und Handlungskompetenzen des EPH unter ausdrücklicher Berücksichtigung eines bewegungskonzeptübergreifenden Ansatzes.
- Festlegung von Mindestzeiten für praktischen Unterricht, Training und Übung zur Festigung praktischer EPH- Kompetenzen.
- Festlegung zeitlich verbindlicher EPH- bezogener Mindestregelungen zur Praxisbegleitung und Praxisanleitung in den schuleigenen Praxiscurricula.
- Nutzung von Synergieeffekten für die Pflegeausbildung durch gleichzeitigen gezielten Aufbau relevanter Präventionsstrategien in den Ausbildungseinrichtungen.
- Zusammenarbeit zwischen Schule und Praxislernorten im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement, das beinhalten sollte:
 - EPH-Ausbildung von PraxisanleiterInnen/ examinierten Pflegekräften.
 - Nutzung eines Systems mit betrieblichen MultiplikatorInnen/ InstruktorInnen bzw. TutorInnen für ein "training on the job" für die Praxisanleitung, sowie
 - gezielte innerbetriebliche Kooperation der PraxisanleiterInnen mit dem betrieblichen Arbeitsschutz im Rahmen der Unterweisungsverpflichtung nach der Lastenhandhabungsverordnung.

⁴⁴ Vergleiche die in Kapitel 1 beschriebenen Modellprojekte von Bonse-Rohmann & Freese [2005] und Bausch- Weiss [2005]

Unter didaktischen Gesichtspunkten kann für die Entwicklung eines EPH- bezogenen Kompetenzprofils für die berufliche Pflegeausbildung auch an der Zielsetzung der situationsgerechten Anwendung von Prinzipien *mehrerer Bewegungskonzepte* angeknüpft werden, die für rüchenschonendes/ rüchengerechtes/ ergonomisches Arbeiten bei der manuellen Bewegungsunterstützung entwickelt wurden und im Übrigen auch einige Überschneidungen aufweisen. Zwar scheint ein entsprechendes Vorgehen bereits in vielen Schulen verankert (zumindest in jenen, aus denen eine Antwort im Teilprojekt 3 vorliegt); darüber hinaus wäre jedoch – je nach Bewegungsaufgabe und Konzept – bei der Anwendung von Bewegungs- und Transferprinzipien ein Blick auf unterschiedliche Schwierigkeitsgrade bei der Umsetzung eines Patiententransfers zu richten. Konzeptionell sollte mindestens im schuleigenen Curriculum einheitlich festgelegt werden,

- wie der Lernprozess im Ausbildungsverlauf unter zeitlichen Gesichtspunkten zu beschreiben und zu gliedern ist und
- welche Lehrkompetenz hierfür benötigt wird.
- Für den Ausbildungsbeginn sollte geprüft werden, ob eine Definition einfach erlernbarer, sicherer Methoden für die Bewegungsunterstützung, den Transfer und die Positionierung eines Patienten (einschließlich Hilfsmiteleinatz) vorliegt.

Da in der Pflegewissenschaft anerkannte Assessmentinstrumente noch nicht vorliegen, sollte ein bewegungskonzeptübergreifender Konsens über Kriterien für den Einsatz von Hilfsmitteln und technischen Hilfen erzielt werden, der sich im schuleigenen Curriculum z. B. an der in Holland entwickelten und in der Altenpflege in Deutschland bereits eingeführten Mobilitätsgalerie zur Einschätzung der funktionellen Mobilität von Pflegebedürftigen, inzwischen veröffentlicht für alle Pflegesettings durch die Firma ArjoHuntleigh (www.arjohuntleigh.com/de), orientieren könnte. Von hoher Bedeutung ist dabei, dass ein solcher Konsens auch mit den ausbildenden Einrichtungen abgestimmt wird. Ziel ist die Orientierungshilfe, die andererseits jedoch Spielraum für begründete Entscheidungen im Einzelfall lässt, wie dies z. B. in England gehandhabt wird (vergl. Smith [2005]).

Eine entsprechende Umsetzung sollte dabei möglichst nicht von individuellen Schwerpunkten auf Seiten der jeweiligen Lehrkraft abhängen.

Auf dieser Basis könnten Pflegeschulen, die EPH schon heute einen hohen Stellenwert in der Ausbildung einräumen, eine systematische Basis für Veränderungen schaffen, die sowohl zur Entwicklung einheitlicher EPH- Curriculum- "Bausteine" innerhalb eines Praxiscurriculums, als auch zur Entwicklung von entsprechenden Praxisempfehlungen beitragen können. In diesem Zusammenhang und vor dem Hintergrund der geringen Bedeutung von EPH im Studium von PflegepädagogInnen scheint von besonderer Bedeutung, dass gerade Experten aus Pflegeschulen, d.h. sowohl Pflegelehrkräfte als auch Praxisanleitungen in einer zukünftigen Expertenkommission für ein Praxiscurriculum beteiligt werden.

In *Praxisempfehlungen* sollte – vor allem für die Ausbildung – die Suche nach Alternativen in den Vordergrund gestellt werden, wenn deutlich wird, dass:

- Ziehen und Schieben/ Drücken ebenfalls mit hohem Krafteinsatz und ungünstigen Krafteinwirkungen auf den Rücken einhergehen;

- hohe Gewichte bewegt werden müssen, die auch durch gute Technik schwer kontrollierbar sind, insbesondere beim Transfer aus dem Bett;
- eine sichere Bewegungskoordination bei der Umsetzung von Bewegungskonzepten nicht möglich erscheint und zu unwillkürlichen Hebeaktivitäten oder ruckhaften Bewegungen führt (da Sicherheit erst im Verlauf eines längeren, supervidierten Lernprozesses unter möglichst günstigen Bedingungen gewonnen wird);
- körperliche Voraussetzungen beim Pflegepersonal unterschiedlich günstig sind und zu unterschiedlichen Konsequenzen führen sollten.

Zur Unterstützung der Entwicklung von pragmatischen Lösungen sollte vor allem bezüglich der Verbesserung von praktischen Kompetenzen über einen dezentralen Aufbau von Lehr-/Lernwerkstätten mit modernster Ausstattung nachgedacht werden und darüber wie die BGW eine solche Entwicklung unterstützend begleiten kann. Auf diese Weise könnte Engpässen bei der Finanzierung der Ausstattung in den Pflegeschulen begegnet und ein gleichmäßig hohes Niveau in der Ausbildung begünstigt werden. Solche Lehrwerkstätten sind in anderen Berufsausbildungen bereits als feste Säule innerhalb des Ausbildungssystems verankert.

Zukünftiger Forschungsbedarf

In der vorliegenden Bestandsaufnahme wurde das Fehlen *einheitlicher* und *verbindlicher* Ausbildungsgrundlagen zum Erlernen eines *Ergonomischen Patientenhandlings* in der Pflegeausbildung deutlich, in denen zudem wissenschaftlich begründete Grenzen für manuelles Bewegen übergreifend für existierende Bewegungs- und Präventionskonzepte und -programme definiert werden. Dies gilt für Rahmenlehrpläne für die theoretische und Ausbildungsrahmenpläne für die praktische Ausbildung, aber auch für Praxisleitfäden und Schulcurricula mit EPH- "Bausteinen" sowie für Pflegelehr- und -fachbücher.

Über die aufgezeigten Handlungsperspektiven und -grenzen hinaus besteht der zukünftige Forschungsbedarf in einem Abgleich der Ausbildungssituation in anderen Ländern mit Vorbildcharakter in der Entwicklung von EPH- Standards wie Holland, Finnland oder England und den damit verbundenen Lernmöglichkeiten für eine EPH- Gesamtstrategie in der Pflegeausbildung in Deutschland.

8 Literatur- und Tabellenverzeichnis

(Internetmanuskripte: letzter Aufruf Januar 2014)

8.1 Literatur

8.1.1 Gesetze und Prüfungsverordnungen

Bundesministerium der Justiz...

- (2003). Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG- in der Fassung vom 6.12.2011)
- (2002). Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG – in der Fassung vom 20.12.2011)
- (2003). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV – in der Fassung vom 6.12.2011)
- (2002). Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV in der letzten Fassung vom 6.12.11)

8.1.2 Rahmenlehrpläne/Richtlinien der Bundesländer

(alphabetisch nach Bundesland)

Gesundheits- und Krankenpflege

- BAYERN: Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2005). Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Krankenpflege und für Kinderkrankenpflegeausbildung zur/zum Gesundheits- und Krankenpflegerin/ Gesundheits- und Krankenpfleger/ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/ Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Theoretischer und fachpraktischer Unterricht. 1. - 3. Schuljahr. Abgerufen von http://www.isb.bayern.de/download/8924/lpr_oktober_2005.pdf
- BRANDENBURG: Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (2008). Rahmenplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und die praktische Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin und zum Gesundheits- und Krankenpfleger sowie zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im Land Brandenburg. Abgerufen von http://www.mugv.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/rp_krankenpflege.pdf
- HESSEN: Hessisches Sozialministerium (2005). Entwurf. Rahmenplan für die Gesundheits- und Krankenpflege und die Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in Hessen. Abgerufen von http://verwaltung.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=202ec906a042d67b459891c84dc84820
- BADEN -WÜRTTEMBERG: Baden- Württemberg Sozialministerium (2004). Vorläufiger Landeslehrplan Baden- Württemberg für die Ausbildung zur "Gesundheits- und Krankenpflegerin" oder zum "Gesundheits- und Krankenpfleger" und zur "Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin" oder zum "Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger". LAG Baden- Württemberg e.V.
- NIEDERSACHSEN: Niedersächsisches Kultusministerium (2006). Rahmenrichtlinien für die Berufe in der Gesundheits- und Krankenpflege und in der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Abgerufen von <http://www.nibis.de/nli1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/kpfl.pdf>
- NORDRHEIN- WESTFALEN: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein- Westfalen (2003). Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflege- schulen in NRW. ("Oelke"- Curriculum angepasst durch Hundenborn & Kühn) Abgerufen von http://www.mais.nrw.de/08_PDF/002/ausbildungsrichtlinien-krankenpflege-nrw.pdf
- RHEINLAND- PFALZ: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland- Pfalz (2005). Rahmenlehrplan und Ausbildungsrahmenplan für die Ausbildung in der Gesundheits- und Kran- kenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege des Landes Rheinland – Pfalz. In Berichte aus der Pflege Nr.1. Abgerufen von http://www.rlp.de/fileadmin/masgff/menschenpflegen/Landesgesetze/12_Erster_landeseinheitlicher_Rah menlehrplan.pdf

SACHSEN: Sächsisches Staatsministerium für Kultus (2005). Lehrplan für die Berufsfachschule Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Berufsbezogener Bereich. Klassenstufen 1 bis 3. Abgerufen von <http://www.schule.sachsen.de/lpdb/>

THÜRINGEN: Thüringer Kultusministerium (2007). Lehrplan Gesundheits- und Krankenpflege Schulform: dreijährige höhere Berufsfachschule. Theoretischer und praktischer Unterricht. Praktische Ausbildung. Abgerufen von <http://www.schulportal-thueringen.de/web/guest/media/detail?tspi=1788>

Altenpflege

BAYERN: Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2009). Lehrplanrichtlinien für die Berufsfachschule für Altenpflege. 1. - 3. Schuljahr. Abgerufen von <http://www.isb.bayern.de/download/8519/lpr-bfs-altenpflege-2009.pdf>

BAYERN: ISB – Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München (2004). Ausbildungsrahmenplan für die praktische Ausbildung in der Altenpflege. Abgerufen von <http://downloads.eo-bamberg.de/10/954/1/71765638289961769394.pdf>

BADEN-WÜRTTEMBERG: Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg (2009). Lehrplan für die Berufsfachschule. Berufsfachschule für Altenpflege. Aufgaben und Konzepte in der Altenpflege .Schuljahr 1, 2 und 3. Abgerufen von http://www.lsbw.de/bildungsplaene/berufschulen/bfs/bfs_sonstige/bfs_sch_vers_so_z_pfl/lp_sch_vers_alt_pfl.htm

BERLIN: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport (2006). Unterrichtsentwicklung Altenpflege. Eine Handreichung. Abgerufen von http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-bildung/bildungswege/berufliche_bildung/altpfl_handreichung.pdf?start&ts=1216203310&file=altpfl_handreichung.pdf

BRANDENBURG: Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (2008). Rahmenplan für den theoretischen und praktischen Unterricht und die praktische Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger im Land Brandenburg. Abgerufen von http://www.masf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.161274.de/bbo_products_list_product

BREMEN: Rahmenlehrplan aller Altenpflegesschulen im Lande Bremen (2005). Staatlich anerkannte Altenpflege-rln. 1.-3. Ausbildungsjahr. (Erstellt im Auftrag der zuständigen Stellen). Abgerufen von <http://www.altenpflege-lernfelder.de/downloads/ausbildungsrichtlinien/RahmenlehrplanBremen05.pdf>

HAMBURG: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Bildung und Sport (2006). Bildungsplan Altenpflegerin / Altenpfleger. Zur Erprobung. Abgerufen von <http://www.hamburg.de/contentblob/3741912/data/bildungsplan-altenpflege.pdf>

HESSEN: Hessisches Sozialministerium (2009, 2. Auflage 2011). Rahmenlehrplan für die schulische und betriebliche Ausbildung. Fachkraft Altenpflege. Abgerufen von http://verwaltung.hessen.de/irj/HSM_Internet?cid=40e780fc3a08ad6be03790f379a084ad

MECKLENBURG-VORPOMMERN: Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales (2009). Empfehlungen für die praktische Ausbildung in der Altenpflege in Mecklenburg-Vorpommern

NIEDERSACHSEN: Kultusministerium (2003). Rahmenrichtlinien für den berufsbezogenen Lernbereich in der Berufsfachschule – Altenpflege. Abgerufen von <http://www.nibis.de/nii1/bbs/archiv/rahmenrichtlinien/alten.pdf>

NORDRHEIN- WESTFALEN: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2003). Ausbildung in der Altenpflege. Empfehlende Richtlinie. (Entwurf erstellt durch Hundeborn & Kühn im Auftrag des Ministeriums). Abgerufen von http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/altenpflegeausbildung/NRW-Empfehlende_Richtlinie_Altenpflegeausbildung-09-2006--2003.pdf

NORDRHEIN- WESTFALEN: Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (2006). Ausbildung in der Altenpflege. Praktischer Rahmenlehrplan. Abgerufen von http://www.mgepa.nrw.de/mediapool/pdf/pflege/pflege_und_gesundheitsberufe/altenpflegeausbildung/NRW-Praktischer_Rahmenlehrplan_Altenpflegeausbildung-02-2007.pdf

RHEINLAND-PFALZ. Ministerium für Bildung, Frauen und Jugend (2005). Lehrplan und Rahmenplan für die Fachschule Altenpflege. Fachrichtung Altenpflege. Abgerufen von http://bbs.bildung-rp.de/fileadmin/user_upload/bbs/bbs.bildung-rp.de/materialien/lehrplaene/lehrplan_bbs_2005/fs/FS_Altenpflege_FR_Altenpflege.pdf

- SACHSEN- ANHALT: Kultusministerium (2005). Rahmenrichtlinien. Berufsfachschule Altenpflege. Berufsbezogener Bereich. Abgerufen von <http://www.bildung-lsa.de/files/58ac136c9cfe4ae0ba13b3c2f7bcb58/rrlbfaltpl.pdf>
- SACHSEN: Freistaat Sachsen. Sächsisches Staatsministerium für Kultus (2003). Zur Erprobung. Empfehlungen zur Gestaltung der praktischen Ausbildung Altenpfleger/Altenpflegerin Klassenstufen 1 bis 3. Abgerufen von http://www.schule.sachsen.de/lpdb/web/downloads/lp_bfs_altenpflege_prakt.pdf?v2
- SACHSEN: Sächsisches Staatsministerium für Kultus (2003). Erprobungslehrplan. Lehrpläne für die Berufsfachschule Altenpfleger/Altenpflegerin. Fachlicher Bereich. Klassenstufen 1 bis 3. Abgerufen von http://www.schule.sachsen.de/lpdb/web/downloads/lp_bs_altenpflege.pdf?v2
- SCHLESWIG- HOLSTEIN: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung (2005). Rahmenrichtlinien für den Unterricht in der Ausbildung zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger in Schleswig-Holstein. Abgerufen von <http://www.altenpflegeausbildung.net/startseite/landesrechtliche-grundlagen/schleswig-holstein.html>
- SCHLESWIG-HOLSTEIN: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung (2005). Rahmenrichtlinien für die praktische Ausbildung in der Altenpflege. Abgerufen von http://www.pflegeprofissh.de/downloads/handbuch/9_Rahmenrichtlinie_Praxis.pdf
- THÜRINGEN: Thüringer Kultusministerium (2009). Thüringer Lehrplan für berufsbildende Schulen Schulform: Dreijährige höhere Berufsfachschule. Theoretischer Unterricht. Praktischer Unterricht. Praktische Ausbildung. Beruf: Altenpflegerin. Abgerufen von <https://www.schulportal-thueringen.de/web/guest/media/detail?tspi=1782>

8.1.3 Ausbildungscurricula (TP 1)

- Becker, W. (2005). Gesundheits- und Krankenpflege: Das Curriculum für praktische und schulische Ausbildung. In: Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis, Band 2, Bielefeld: Bertelsmann Verlag
- BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.) (2002). Berufsausbildung in der Altenpflege – Lernzielorientiertes Curriculum für praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Altenpflege (AltPflG)
- Knigge-Demal, B., Hundenborn, G. (Stand: 2011). Modulhandbuch für die dreijährige Altenpflegeausbildung in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des Projektes „Modell einer gestuften und modularisierten Altenpflegequalifizierung“. Abgerufen von http://www.ecvet-info.de/media/Mod_02_Modulhandbuch-Altenpflege.pdf
- Oelke, U. & Menke, M. (2005). Gemeinsame Pflegeausbildung – Modellversuch und Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege. 2. korrigierte und erweiterte Auflage. Bern: Hans Huber
- Sowinski, C. & Behr, S. (2002). Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung – Materialien für die Umsetzung der Stundentafel. (Hrsg. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Erstellt im Auftrag des BMFSJ. Abgerufen von http://www.kda.de/tl_files/kda/Jubilaum1962%20-%202012/PDFs/bundeseinheitliche_altenpflegeausbildung_materialien.pdf

8.1.4 Publikationen (allgemein)

- Alamgir, H, Wei Li, O., Yu, S., Gorman, E., Fast, E., Kidd, C. (2009). Evaluation of ceiling lifts: Transfer time, patient comfort and staff perceptions. Injury, Int. J. Care Injured 40, 987-992
- Amman, A. (2007). Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege – Leitfaden für gesundheitsfördernde Transfertechniken. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- AOK Bundesverband (2011). Report Pflege: Gesunde Mitarbeiter – Erfolgsfaktor in der Pflege. Betriebliche Gesundheitsförderung: Analysen – Ergebnisse – Empfehlungen. Abgerufen von http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2011/index_05743.html
- ArjoHuntleigh (o. A.). Ceiling lifts – a summary of recent efficacy and cost benefit studies. Clinical literature: Patient handling. Bedfordshire/ UK: ArjoHuntleigh House
- Asmussen, M. (2010). Praxisbuch Kinästhetics – Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. München: Urban & Fischer Verlag

- Bartholomeyczik, S., Donath, E., Schmidt, S., Rieger, M. A., Berger, E., Wittich, A., Dieterle, W. E. (2008). Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (F2032). Dortmund. Abgerufen von <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2032.html>
- Bausch-Weis, G. (2004). Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung Abschlussbericht des Modellprojekts zur „Gesundheitsförderung von Altenpflegeschülerinnen und -schülern während der berufspraktischen Ausbildung in der stationären Altenpflege“. Abgerufen von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/altenpflegeschueler-gesundheitsfoerderung.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Becker, W. (2005, 2006). Ausbildung in den Pflegeberufen – Weichen stellen für die Zukunft in Theorie und Praxis, Band 1 und 2, Bielefeld: Bertelsmann Verlag
- Becker, W. (o. J.). Abschlussbericht zum Modellversuch „Integrierte Ausbildung von Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege“ an der Medizinischen Schule Uckermark e.V. Prenzlau, Laufzeit 2003-2006, Abgerufen von http://www2.bibb.de/tools/fodp/pdf/eb_40680.pdf
- Beckmann, M. (2000). Die Pflege von Schlaganfallbetroffenen – nach dem Konzept der Aktivitas Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Beer, B. & Hammer, G. (2011). Hintergrundinformationen zu Proaktiv – Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz in Pflegeeinrichtungen. Handlungsanleitung 2: Beteiligungsorientierung bei der Gefährdungsbeurteilung / Muskel- und Skeletterkrankungen für Multiplikatoren und Multiplikatorinnen im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Universität Bremen. Abgerufen von <http://proaktiv.iaw.uni-bremen.de/ccm/navigation/download-angebote>
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2006). Sachmittelausstattung in der stationären und ambulanten Altenpflege. Umsetzungskonzept zur Reduktion von Gesundheitsgefährdungen in der Pflege und Betreuung. Abgerufen von http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20forschung/EP-SPfl_Sachmittelausstattung_20in_20der_20station_C3_A4ren_20und_20ambulanten_20Altenpflege.prperty=pdfDownload.pdf (nicht mehr abrufbar 3.1.2014)
- BGW (2011). Eine Ausbildung die passt – Evaluation der BGW-Unterrichtsmaterialien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Abgerufen von <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/Ausbildungsfinanzierung.pdf>
- BGW Forschung – Fachgruppe Rücken der BGW (2012). Prävention von Rückenbeschwerden, TOPAS_R-Konzept der BGW für Pflege und Betreuung. Abgerufen von <http://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/bgw-info/TP-FRueb-Praevention-von-Rueckenbeschwerden.html>
- BGW-Themenheft (2012). Starker Rücken (M655). Abgerufen von http://www.bgw-online.de/DE/Medien-Service/Medien-Center/Medientypen/bgw-themen/M655_Starker%20R%C3%BCcken.html
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2013). Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes. Abgerufen von <http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegekraefte/eckpunkte-pflegeberufegesetz.html>
- Bohls, C. (2011). Mobilitätsassessment . In: Reuschenbach, B., Mahler, C. (Hrsg.)(2011). Pflegebezogene Assessmentinstrumente – Internationales Handbuch für Pflegeforschung und- praxis, Bern: Verlag Hans Huber
- Bomball, J., Schwanke, A., Stöver, M., Görres, S. (2010). Gesundheitsförderung – Gesunde Pflege beginnt in der Pflegeausbildung. Die Schwester/ Der Pfleger (49) 11, 1048-1055. Abgerufen von http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Gesunde_Pflege_beginnt_in_der_Pflegeausbildung_Schw_Pfl_11_10_2019_1.pdf
- Bonse-Rohmann, M. (2005). Prozess, Evaluation und Transfer des TRAFÖ – Projektes „Gesundheitsförderung in der Aus-, und Fortbildung in Pflegeberufen“. Abgerufen von http://www.ongkg.at/fileadmin/user_upload/ONGKG_Konferenzen/10.Konferenz_2005/1.7_Bonse-Rohmann.pdf
- Bonse-Rohmann, M. & Burchert, H. (Hrsg.) (2011). Neue Bildungskonzepte für das Gesundheitswesen, Berichte zur beruflichen Bildung. Schriftenreihe des BIBB, Bonn. Bielefeld: Bertelsmann Verlag
- Bonse-Rohmann, M. & Freese, C. (Hrsg.) (2005). Gesundheitsförderung für Gesundheitsberufe – Beiträge zur Gesundheitsförderlichen Bildung. Tagungsdokumentation der FH Bielefeld: Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung
- Bonse-Rohmann, M., Grosser, J. (2005). Gesundheitsförderung in der Aus- und Fortbildung von Pflegeberufen. Schulzentrum für Krankenpflegeberufe am Klinikum Nürnberg. Abgerufen von http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/reader_koeln02032007.pdf
- Brandt, I. (Hrsg.) (2010). Klinikleitfaden Pflege (7. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag

- Brandt, I. (Hrsg.) (2012). *Pflege-techniken heute – Pflegehandeln Schritt für Schritt* (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium. Abgerufen von <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-8273-7274-1>
- Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe (2012). *Eckpunktepapier zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufsgesetzes*. Abgerufen von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeberuf/20120301_Endfassung_Eckpunkte_papier_Weiterentwicklung_der_Pflegeberufe.pdf
- Citron, I. (2004). *Kinästhetik – Kommunikatives Bewegungslernen*. Stuttgart: Thieme Verlag
- Dahrmann- Finck, I. & Muths, S. (2009) *Interaktionistische Pflegedidaktik*. In: Olbrich, C. (Hrsg.). *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Urban & Fischer Verlag
- DAK-BGW Gesundheitsreport [2005]. *Stationäre Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems*. Abgerufen von http://www.mh-hannover.de/fileadmin/organisation/gesundheitsfoerderung/downloads/BGW-DAK_Gesundheitsreport_2005_property_pdfDownload.pdf
- Dammhäuser, B. (2012). *Bobath-Konzept in der Pflege – Grundlagen, Problemerkennung und Praxis*. München: Urban & Fischer Verlag
- DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.) (2007). *Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege und Betreuung- damit der Mensch nicht zur Last wird*. (GUV-I 8557). Berlin. Abgerufen von <http://publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/i-8557.pdf>
- DGUV (Hrsg.) (2002). *Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege* (GUV- I 8535). Berlin. Abgerufen von http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?FDOCUID=23695
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2006). *DKG-Positionspapier zur Praxisanleitung und zur Praxisbegleitung auf der Grundlage des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003*
<http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/41/aid/2929>
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013). *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege*. Abgerufen von http://www.wiso.hs-osnabrueck.de/fileadmin/groups/607/Literaturstudie_Akt_Sturzprophylaxe_Langfassung.pdf
- Schambortski, H. (2008). *Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz. Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe* (1. Auflage). München: Elsevier/ Urban & Fischer
- Europäische Kommission (2012). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit im Gesundheitswesen. Leitfaden für Prävention und gute Betriebspraxis*. Luxemburg. Abgerufen von <http://www.iegus.eu/downloads/Leitfaden%20Deutsch.pdf>
- Freitag, S., Fincke, I., Dulon, M., Ellegast, R.P., Nienhaus, A. (2007). *Messtechnische Analyse von ungünstigen Körperhaltungen bei Pflegekräften – Eine geriatrische Station im Vergleich mit anderen Krankenhausstationen*. *Ergo-Med* (31) 5, 130-140
- Fritz, E.: *Assessment im Pflegebereich*. Internetpräsentation. Abgerufen von http://www.kinaesthetics-trainer.de/download/assessment_inderpflege.pdf
- Gassner, M.: *Schnittstelle Pflege – Physiotherapie: Umsetzung eines integrativen Bewegungskonzepts in Pflege* (2010). In: Schwarzwälder, S., Hoffmann, H. (Hrsg.): *Ergonomisches Patientenhandling. Aktueller Stand und Perspektiven aus europäischer Sicht*, Dokumentation des Workshops am 16. und 17. November 2009 in Berlin (INQA-Bericht, Bd. 40). Berlin: INQA, 71-74. Abgerufen von <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-40-ergonomisches-patientenhandling.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Görres, S., Stöver, M., Bomball, J., Schwanke, A., Bremer, M., Adrian, C. (2012). *Bundesweiter Ideenwettbewerb „Gesunde Pflegeausbildung“*. Anwendungsbeispiele für die Praxis. Universität Bremen: IPP Schriften 10 /2012
- Greb, U. (2009). *Identitätskritik und Lehrerbildung. Ein konstellatives Modell der Pflegedidaktik*. In: Olbrich, C. (Hrsg.). *Modelle der Pflegedidaktik*. München: Urban & Fischer Verlag
- Grosser, J. (2007). *Gesundheitsförderung und Prävention: Eine Herausforderung für die Pflegeausbildung*. Symposium der Vernetzungsstelle Köln im Netzwerk Pflegeschulen in der Caritas-Akademie Köln- Hohenlind. Abgerufen von: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/reader_koeln02032007.pdf
- Hermann, S. (2010). *Handwerkszeug für ergonomisches Patientenhandling – Workshop für Praxisexperten*, 29.-30.11.2010. Hamburg. Unveröffentlichte Dokumentation

7 Literatur- und Tabellenverzeichnis

- Hermann, S., Caffier, G., Babel, F., Schützel, G. (2006). Rückengerechter Patiententransfer – Gute Praxis in der bundesweiten Umsetzung von rückengerechtem Arbeiten in der Pflege. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (FB 1073). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Hermann, S., Michaelis, M. (2010). Handwerkszeug für ergonomisches Patientenhandling und Mobilisation – Workshop für Praxisexperten, 22.-23.6. 2010, Hamburg. Unveröffentlichte Dokumentation
- Hignett, S., Fray, M., Rossi, M.A., Tamminen-Peter, L., Hermann, S., Lomi, C., Dockrell, S., Cotrim, T., Cantineau, J.B., Johnsson, C. (2007). Implementation of the Manual Handling Directive in the healthcare industry in the European Union for patient handling tasks. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 37 (5), 415-423
- Hignett, S., Fray, M., Rossic, M.A., Tamminen-Peter, L., Hermann, S., Lomi, C., Dockrell, S., Cotrim, T., Cantineau, J.B., Johnsson, C. (2007). Implementation of the Manual Handling Directive in the healthcare industry in the European Union for patient handling tasks. *International Journal of Industrial Ergonomics* 37, 415-423
- Hülken-Giesler, M. Brinker-Meyendriesch, E., Keogh, J., Muths, S., Sieger, M. (2010). Kerncurriculum Pflegewissenschaft für pflegebezogene Studiengänge – eine Initiative zur Weiterentwicklung der hochschulischen Pflegebildung in Deutschland. In: *Pflege und Gesellschaft*. Weinheim: Beltz Juventa Verlag
- Hüntelmann, I. (2005). Gesundheitsförderung in der beruflichen Bildung – Evaluation eines innovativen Projektes in der Pflegeausbildung. In: Sohr, S. & Bonse-Rohmann, M. (Hrsg.). *Schlüsselkompetenzen für Gesundheitsberufe. Gesundheits- und sozialwissenschaftliche Beiträge für eine moderne berufliche Bildung*, 86-94. Gamburg: G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung
- Isfort, M., Weidner, F. (2010). *Pflege-Thermometer 2009*. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), (Hrsg.) Köln. Abgerufen unter http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf
- IVSS - Arbeitsgruppe Ergonomie der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit, (Hrsg.): Empfehlungen für die Prävention von Rückenerkrankungen in Pflegeberufen. Abgerufen von <http://www.issa.int/ger/Ressourcen/Resources/Empfehlungen-Praevention-von-Rueckenerkrankungen-in-Pflegeberufen>
- Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., Wortmann, N., Kuhn, S., Nienhaus, A., Luttmann, A. (2013). Lumbar-load analysis of manual patient-handling activities for biomechanical overload prevention among healthcare workers. *Annual Occupational Hygiene*, 57: 528-544 (2013), JIF 2.157. <http://dx.doi.org/10.1093/annhyg/mes088>
- Jansen, M. (2011). *Krank arbeiten, statt gesund pflegen – Präsentismus im Krankenhaus*. Bern: Hans Huber Verlag
- KMK – Kultusministerkonferenz (2010). Erklärung der KMK für eine zukunftsorientierte Gestaltung der dualen Berufsausbildung. Abgerufen von http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2010/2010_12_09-Gestaltung-der-dualen-Berufsausbildung.pdf
- Knibbe, H.J.J. (2006): *Handbook of Transfers*. Abgerufen von <http://www.arjohuntleigh.co.uk/ukah/Page.asp?PageNumber=3620>
- Knibbe, J.J. (2013). *Ergonomics in Dutch Health Care*. Power-Point Präsentation (Vortrag aus Schweden). Abgerufen von <http://www.av.se/dokument/aktuellt/Kvinnors%20arbetsmiljo/preszweden13.pdf>
- Knibbe, J.J., Knibbe, N.E. (2006). Monitoring the effects of the ergonomics covenants for workers in Dutch health care. In: Pikaar, R.N., Konigsveld, E.A.P., Settels, P.J.M. (eds.) *Proceedings of the XVth Triennial Congress of the International Ergonomics Association, Meeting Diversity in Ergonomics*. 11-14 July 2006, Maastricht, Netherlands
- Köter, I. (Hrsg.) (2011). *Altenpflege*. Stuttgart: Thieme Georg Verlag
- Marianne Heinemann-Knoch, M., Klünder, M., Knoch, T. (Hrsg. BMFSJ) (2006). *Erfolgreiche Praxisanleitung in der Altenpflegeausbildung – Eine Investition in die Zukunft – Empfehlungen für Ausbildungsstätten in der Altenpflege*. Abgerufen von <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Praxisanleitung-Altenpflegeausbildung-CD-Inhalt.property=pdf.bereich=bmfsfj.sprache=de.rwb=true.pdf>
- MDS – Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen: *Präventionsbericht 2012. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Berichtsjahr 2011. Abgerufen von <http://www.gkv-spitzenver->

band.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2012_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf

- Menche, N. (Hrsg.) (2011). Pflege heute. München: Urban & Fischer Verlag
- Menzel, N.N., Hughes, N.L., Waters, T., Shores, L.S., Nelson, A. (2007). Preventing musculoskeletal disorders in nurses: a safe patient handling curriculum module for nursing schools. In: Nurse Educ 2007 May-Jun,32(3):130-5
- Michaelis, M., Nienhaus, A., Hermann, S., Soyka, M. (2003): Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Evaluation eines modernen Pflegekonzepts. Schriftenreihe der BAuA (Fb 992). Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven. Abgerufen von www.baua.de/nn_28488/de/Publikationen/Forschungsberichte/2003/Fb992.html_nnn=true
- Michaelis, M., Hofmann, F., Bolm-Audorff, U., Bergmann, A., Ditchen, D., Ellegast, R. et al. (2007). Risikobran-chen und -berufe für die Entwicklung bandscheibenbedingter Erkrankungen der Lendenwirbelsäule - Er-gebnisse der Deutschen Wirbelsäulenstudie. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergono-mie 57, 277-286
- Michaelis, M. & Hofmann, F. (2009): Prevention approaches: evidence-based effects and prioritised na- tional strategies in other countries. Work package 4 out of 4 of the expertise "Identification and prioritisation of relevant prevention issues for work-related musculoskeletal disorders (MSDs)" on behalf of the German Statutory Accident Insurance (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, DGUV). Abgerufen von http://www.dguv.de/medien/content/prevention/project/msd/review/ap_4_e.pdf
- Michaelis, M. & Hermann, S. (2010). Evaluation des Pflegekonzepts Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Langzeit- Follow-up zur Ermittlung der Nachhaltigkeit präventiver Effekte. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (F2196). Dortmund. Abgerufen von www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2196.html
- Mosebach, K. & Rakowitz, N. (2012). Fabrik Krankenhaus. In: Blätter für deutsche und internationale Politik (9). Abgerufen von <https://www.blaetter.de/archiv/jahrgaenge/2012/september/fabrik-krankenhaus>
- Nübling, M., Michaelis, M., Stößel, U., Hofmann, F. (2008): Entwicklung von Wirbelsäulenbeschwerden bei Auszubildenden und Berufsanfängern in der Krankenpflege und Kinderkrankenpflege – eine Längsschnittstudie über 15 Jahre. In: Hofmann, F., Reschauer, G., Stößel, U. (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst (Bd. 21). Edition FFAS, Freiburg, 212-238
- Oelke, U. (Hrsg.) (2007,2008,2010). In guten Händen. Band 1-3: Berlin: Cornelsen Verlag
- Olbrich, C. (2009). Kompetenztheoretisches Modell der Pflegedidaktik. In: Olbrich, C. (Hrsg.). Modelle der Pflege- didaktik. München: Urban & Fischer Verlag
- Olbrich, C. (Hrsg.) (2009). Modelle der Pflegedidaktik, München: Urban und Fischer
- Prognos AG: Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw – Vereinigung der Bayeri- schen Wirtschaft e. V. Abgerufen von http://www.prognos.com/fileadmin/pdf/publikationsdatenbank/121000_Prognos_vbw_Pflegelandschaft_2030.pdf
- Reuschenbach, B. & Mahler, C. (Hrsg.) (2011). Pflegebezogene Assessmentinstrumente – Internationales Hand- buch für Pflegeforschung und- praxis. Bern: Hans Huber Verlag
- Rompf, M. (2010). Ergonomie im Patiententransfer: Projekt „Rücken AKTIV“. In: Schwarzwälder, S., Hoffmann, H. (Hrsg.): Ergonomisches Patientenhandling. Aktueller Stand und Perspektiven aus europäischer Sicht , Dokumentation des Workshops am 16. und 17. November 2009 in Berlin (INQA-Bericht, Bd. 40). Berlin: INQA, 33–37. Abgerufen von <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-40-ergonomisches-patientenhandling.property=pdf.bereich=inqa.sprache=de.rwb=true.pdf>
- Sahmel, K.-H. (2010). Wohin steuert die Pflegeausbildung? Eine kritische Auseinandersetzung mit aktuellen Mo- dellprojekten. Referat gehalten auf der Fachtagung der Bundesagentur für Arbeit und der Metropolregion Rhein-Neckar "Zukunft der Pflegeberufe – Impulse zur Deckung des künftigen Fachkräftebedarfs", Fachhochschule Ludwigshafen, Heidelberg. Abgerufen von: <http://www.arbeitsagentur.de/Dienststellen/RD-BW/Mannheim/Metropolregion/Publikation/Referat-Prof-Dr-Karl-Heinz-Sahmel.pdf>
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., Ullrich, L. (2012). Thiemes Pflege (12. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag
- Schwanke, E. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeschulen – Ergebnisse einer Studie zur bun- desweiten Vollerhebung in Pflegeschulen. Pflegewissenschaft (13) 4, 205-212

7 Literatur- und Tabellenverzeichnis

- Schwarz- Govaers, R. (2009). Fachdidaktikmodell Pflege. In: Olbrich, Ch. (Hrsg.). Modelle der Pflegedidaktik. München: Urban & Fischer Verlag
- Schwarzwälder, S., Hoffmann, H.: Ergonomisches Patientenhandling. Aktueller Stand und Perspektiven aus europäischer Sicht , Dokumentation des Workshops am 16. und 17. November 2009 in Berlin (INQA-Bericht, Bd. 40). Berlin: INQA. Abgerufen von <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-40-ergonomisches-patientenhandling.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>
- Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H-M., Kümmerling, A., Büscher, A., Müller, BH.: Auswertung der ersten Befragung der NEXT Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. Abgerufen von <http://www.next.uni-wuppertal.de>
- Smith, J. (Hrsg.) (2005). The Guide to the Handling of People. 5th Edition. Teddington: Back Care. Bestellbar unter www.backcare.org.uk
- Soyka, M. (2000). Rückengerechter Patiententransfer in der Kranken- und Altenpflege. Ein ergonomisches Training. Bern: Hans Huber Verlag
- Steffen, P. & Löffert, S. (2010). Ausbildungsmodelle in der Pflege Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Steigele, S. (2012). Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege. Praxistipps für Bewegungsübungen und Positionswechsel. Wien: Springer Verlag
- Steinbach, H. (2007). Gesundheitsförderung: Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe (2. aktualisierte Auflage). Wien: Facultas Verlag
- Stiller-Wüsten C. (2011). Wie hält man bis 67 durch? Vortrag gehalten auf: Grüner Tag der Gesundheitsberufe. Berlin 24.09.2011. Abgerufen von http://www.gruene-bundes-tag.de/fileadmin/media/gruenebundestag_de/themen_az/gesundheit/veranstaltungen/gesundheitsberufe_claudia_stillerwuesten.pdf (letzter Zugriff 21.6.2013)
- Svensson, A.L., Marott, J.L., Suadiciani, P., Mortensen, O.S., Ebbelhøj, N. E. (2011). Sickness absence in student nursing assistants following a preventive intervention programme. Occupational Medicine 61, 57-61. doi:10.1093/occmed/kqq142. Abgerufen von <http://occmed.oxfordjournals.org/content/early/2010/09/13/occmed.kqq142.full.pdf>
- Svensson, A.L., Strøyer, J.L., Ebbelhøj, N. E., Schultz- Larsen, K., Marott, J.L. , Mortensen, O.S., Suadiciani, P. (2009). Multidimensional intervention and sickness absence in assistant nursing students. Occupational Medicine 2009, 59:563–569. doi:10.1093/occmed/kqp124. Abgerufen von <http://occmed.oxfordjournals.org/content/early/2009/10/04/occmed.kqp124.full.pdf>
- Tamminen-Peter, L. & Fagerström, V. (o. J.). Ergonomic patient Handling Passport® - a concrete tool for improving nurses' competence in ergonomics. Beziehbar über: leena.tamminen-peter@ergosolutions.fi
- Technical Committee: Ergonomics — Manual handling of people in the healthcare sector. Technical Report ISO/TR 12296. Abgerufen von http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=51310
- Urbas, L. (2005). Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath- Konzept – Einführung in die therapeutische Pflege. (3. Auflage). Stuttgart: Thieme Verlag
- Ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bundesverwaltung, Fachbereich 03: Ausbildungsreport Pflege 2011. Abgerufen von <http://www.verdi.de/themen/nachrichten/++co++042161fe-77de-11e1-4541-0019b9e321cd>
- Vries, E.M., Knibbe, N.E., Knibbe, J.J. (2011) Ergonomie in de zorgopleiding. Projekt Gezond & Zeker
- Weidner, F. (2004). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Pflege (3. Auflage). Frankfurt a.M.: Mabuse- Verlag
- Wenderlein, F. (2005).Arbeitszufriedenheit und Fehlzeiten – Vorschläge zur Verbesserung für alle Krankenhäuser. Melsungen: Bibliomed- Medizinische Verlagsgesellschaft
- Wewerka, G. (2007) Rückenschonende Pflege – Arbeitstechniken bei verschiedenen Krankheitsbildern. Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2001). Pflegende und Hebammen für Gesundheit WHO-Strategie für die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen in Europa – Leitlinien für die Mitgliedstaaten zur Umsetzung der Strategie. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen. Abgerufen von http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/125747/E72918G.pdf

8.2 Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1: Rahmen und Vorgaben der Pflegeausbildung in den Bundesländern.....	32
Tab. 2.2: Vorgaben der Bundesländer zu <i>Ergonomischem Patientenhandling</i>	36
Tab. 4.3: Fragebogenrücklauf nach Ausbildungstyp der Pflegeschulen und Bundesland.....	96
Tab. 4.4: Verteilung des Kollektivs aus Bundesländern mit PatHand- Vorgaben	97
Tab. 4.5: Bezugsrahmen und Datenbasis für verschiedene Vergleiche	97
Tab. 4.6: Merkmale des Kollektivs	100
Tab. 4.7: Berufliche Hintergründe von PatHand-Lehrkräften an der Schule.....	103
Tab. 4.8: Quellen zur Fachvorbereitung von Lernsituationen (1) Rahmenlehrpläne, Curricula.....	106
Tab. 4.9: Quellen zur Fachvorbereitung von Lernsituationen (2) Fachbeiträge.....	106
Tab. 4.10: Ausbildungscurriculum und "Bausteine" zum Patientenhandling	107
Tab. 4.11: "Bausteine" zum Patientenhandling im Schulcurriculum – Details	108
Tab. 4.12: Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts	109
Tab. 4.13: Lerninhalte und Umgang mit Bewegungskonzepten im Unterricht.....	110
Tab. 4.14: Ansprechen des MSE- Berufsrisikos und von Aspekten des Patientenhandlings	111
Tab. 4.15: Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht	112
Tab. 4.16: Prinzipien zur ergonomischen und körperentlastenden Arbeitsweise	113
Tab. 4.17: Verallgemeinerbarkeit der Antworten für das Lehrpersonal der Schule	114
Tab. 4.18: Direktes Abprüfen von Handlungskompetenzen zu Aspekten des Patientenhandlings	115
Tab. 4.19: Bewertungskriterien für die Prüfung von PatHand- Handlungskompetenzen	116
Tab. 4.20: Übungsräume und -betten – Bewertung	118
Tab. 4.21: Technische Hilfsmittel für den praktischen Unterricht – Verfügbarkeit	119
Tab. 4.22: Stand der Technik/der Vielfalt technischer Hilfsmittel – Bewertung	120
Tab. 4.23: Technische Wartung der Ausstattung – Bewertung.....	121
Tab. 4.24: Wünsche und Bedarfe zu Übungsräumen und ihrer Ausstattung.....	121
Tab. 4.25: Interesse an <i>Skills Labs</i>	122
Tab. 4.26: Praxisbegleitung durch Lehrkräfte in der praktischen Ausbildung.....	123
Tab. 4.27: Beurteilung des zeitlichen Umfangs für Praxisanleitung insgesamt	124
Tab. 4.28: Beurteilung der Qualifikation der PraxisanleiterInnen im Ausbildungsbetrieb	125
Tab. 4.29: Fortbildungsstand von PraxisanleiterInnen für Lerninhalte zum Patientenhandling	126
Tab. 4.30: Ausstattung zum Patientenhandling: Elektrische Betten und Patientenlifter	128
Tab. 4.31: Ausstattung zum Patientenhandling: Weitere technische und kleine Hilfsmittel	129
Tab. 4.32: Kenntnisstand: systematische Schulungen zu Konzept(en) zum Patientenhandling	131
Tab. 4.33: Art der genannten manuellen Konzepte zum Patientenhandling.....	132
Tab. 4.34: Verstetigung von Schulungsinhalten manueller Konzepte: Auffrischung	132
Tab. 4.35: Patientenhandling- Kultur im größten Ausbildungsbetrieb – Gesamteinschätzung.....	134
Tab. 4.36: Formen der Zusammenarbeit zwischen Schule und PraxisanleiterInnen.....	135
Tab. 4.37: Details der Zusammenarbeit: Häufigkeit von Arbeitstreffen pro Jahr	135
Tab. 4.38: Details der Zusammenarbeit: Häufigkeit von Aspekten des Patientenhandlings	136
Tab. 4.39: Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Akteuren an den Schnittstellen.....	137
Tab. 4.40: Stellenwert für das Handlungsfeld "Patientenhandling"	139
Tab. 4.41: Bundesland- Vorgaben/Richtlinien und Qualität der Pflegeausbildung	142
Tab. 8.42: Rahmen und Vorgaben der Pflegeausbildung in den Bundesländern.....	191
Tab. 9.43: Merkmale der interviewten ExpertInnen.....	194
Tab. 9.44: Interviewleitfäden	195
Tab. 10.45: Aufstellung des Anteils fehlender Angaben in Fragen über 10% an den Gesamtdaten..	285
Tab. 10.46: (Details zu Tab. 4.15 , Kap. 4: Fallbesprechungen.....)	286
Tab. 10.47: (Details zu Tab. 4.18, Kap. 4: Direktes Abprüfen von Handlungskompetenzen...)	286
Tab. 10.48: (Details zu Tab. 4.20, Kap. 4: Übungsräume und -betten – Bewertung)	287
Tab. 10.49: (Details zu Tab. 4.22, Kap. 4: Stand der Technik... – Bewertung).....	287
Tab. 10.50: (Details zu Tab. 4.25, Kap. 4: Interesse an Skills Lab)	288
Tab. 10.51: (Details zu Tab. 4.26, Kap. 4: Praxisbegleitung durch Lehrkräfte.....)	288
Tab. 10.52: (Details zu Tab. 4.27, Kap. 4: Beurteilung zeitlicher Umfang für Praxisanleitung.....)	288
Tab. 10.53: (Details zu Tab. 4.28, Kap. 4: Beurteilung der Qualifikation der PraxisanleiterInnen.....)	289
Tab. 10.54: (Details zu Tab. 4.30, Kap. 4: Ausstattung... Elektrische Betten und Patientenlifter)	290
Tab. 10.55: (Details zu Tab. 4.31, Kap. 4: Ausstattung... Weitere ... Hilfsmittel)	291
Tab. 10.56: (Details zu Tab. Tab. 4.35, Kap. 4: Patientenhandling-Kultur – Gesamtbewertung)	291

Tab. 10.57: (Details zu Tab. 4.38, Kap. 4: Details der Zusammenarbeit: ... Arbeitsgruppentreffen) .. 292
Tab. 10.58: (Details zu Tab. 4.39, Kap. 4: Bewertung Zusammenarbeit ... an den Schnittstellen) 292
Tab. 10.59: (Details zu Tab. 4.40, Kap. 4: Stellenwert für das Handlungsfeld „Patientenhandling) ... 293

9 Anhang TP1: Dokumentenanalyse (Kapitel 2)

9.1 Literaturrecherchen

Recherchen zum "State of the Art" erfolgten im Jahr 2012 durch unsystematische Handrecherchen (Veröffentlichungen von Arbeitsschutzorganen, Krankenkassen, Hochschulen und Berufsverbänden im Kontext aktueller ausbildungsbezogener Präventionsangebote und -projekte) mit den Stichworten Pflegeausbildung, Arbeitsbelastung, Risikofaktoren, Krankenpflegeausbildung, Altenpflegeausbildung, Rückenbeschwerden, Arbeitsbelastung, Prävention, Rückenbeschwerden, Betriebliche Gesundheitsförderung, Berufsausbildung Pflege, Arbeitsbelastungen in der Pflege, Muskel- und Skeletterkrankungen in der Pflege.

Eine systematische Recherche erfolgte Anfang 2013 in den im Folgenden aufgeführten Datenbanken mit den entsprechenden Suchworten.

Medline/ PubMed/ Cochrane Library, CINAHL (2000 - 2013)

nursing students & (low) back pain prevention

moving patients & back pain prevention

nurse education & (low) back pain prevention

(alle Suchworte & kinaesthetics)

PsychInfo (2000 – 2013), PsychIndex, Wiso Sozialwissenschaften, SpringerLink, DIMDI (inkl. Embase, AMED, DAHTA-Datenbank, SciSearch)

nursing students & (low) back pain prevention

moving patients & back pain prevention

nurse education & (low) back pain prevention

(Kranken)-pflege, (Kranken)-pflegeausbildung, (Pflege)-berufe

(alle deutschen Suchworte & folgende Kombinationen):

Rückenschmerz, Prävention Rückenschmerz, Ergonomie, Arbeitsschutz

(alle Suchworte & kinaesthetics/ Kinästhetik)

9.2 Analyseraster für Richtlinien und Rahmenlehrpläne

Raster für die Analyse von Berufsgesetzen, Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sowie Vorgaben der Bundesländer zur theoretischen und praktischen Ausbildung anhand folgender Stichworte:

1. Stichworte zu Ausbildungszielen und -inhalten (auch in Curricula)

- Berufsbezogene und betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung
- Physische Belastungen
- Kenntnisse und Fertigkeiten zum Thema Bewegung
- Kenntnisse und Fertigkeiten zum Thema Ergonomie/ rückengerechte AW
- Hilfsmiteinsatz zur Entlastung
- Persönliche Verhaltensprävention

Zusätzlich:

- Ermittlung von methodischen Hinweisen zur Vermittlung von EPH-Inhalten (Wann? Wie oft? Wie lange? Lernfeldverknüpfung im Sinne eines Querschnittthemas? Verknüpfung mit praktischer Ausbildung, Hinweise zu Lernformen?)
- Exemplarische Beispiele mit Bezug zum Selbstschutz in den Ländervorgaben und Curricula?

2. Stichworte zu Strukturen und Rahmenbedingungen der Ausbildung

- Allgemeine Regelungen zur Durchführung der praktischen Ausbildung
- Regelungen zu personellen Voraussetzungen der praktischen Ausbildung
- Allgemeine Regelungen zur Durchführung von praktischem Unterricht – auch speziell EPH
- Vorgaben zur Organisation der Lernortkooperation

3. Stichworte zum Entstehungshintergrund der Vorgaben der Bundesländer

- Beteiligte an der „Lehrplan“- Entwicklung
- Verbindlichkeit
- Allgemeine didaktische Begründungen und Bildungsbegriff
- Bezugnahme zur Entwicklung des Berufsprofils
- Formulierung von Lernzielen und Kompetenzen oder ausschließlich Stoffsammlung
- Umgang mit dem Lernfeldbegriff/ Modifikation von Lernfeldern/ Aussagen zur Lernfeldverknüpfung
- Differenzierung nach Ausbildungsjahren/ didaktische/fachdidaktische Gliederung
- Fachdidaktische Begründungen
- Curriculare Aufgabenstellungen der Schule/ der Lehrkraft
- Länge der Einführung/ des Vorworts

(Begründung zu Punkt 3)

Die Lehrkraftausbildung für die Pflegeberufe erfolgte bis vor wenigen Jahren außerhalb des Lehrerbildungssystems und die Zuständigkeiten für die Curriculumentwicklung in vielen Bundesländern liegen *außerhalb* des Berufsbildungssystems. Daher ist unklar, inwieweit sich diese fehlende „Tradition“ hinsichtlich berufspädagogischer und didaktischer Grundlagen sowohl

- in der Art der Lehrplanentwicklung als auch
- in den Lehrplänen selbst niedergeschlagen hat.

Außerdem muss davon ausgegangen werden, dass demzufolge Schulen und Lehrkräfte die Einarbeitung in wissenschaftliche Grundlagen der Berufspädagogik und Fachdidaktik noch nicht abgeschlossen haben. Damit bekommen der Einführungsteil, Bezüge zu den Bildungs- und berufsbildungspolitischen Grundlagen und die Beschreibung der Aufgabenstellung der Schule bzw. der Lehrkräfte eine besondere Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund wird vermutet, dass ein gut gegliederter und didaktisch begründeter Rahmenlehrplan, eine bessere Orientierungsgrundlage für die Organisation von Lernprozessen schafft, die auch EPH- Lernprozessen zu Gute kommt - dies sogar auch dann, wenn eine solche Bundesländervorgabe nur empfehlenden Charakter hat.

9.3 Analyseraster für Lehrbücher

Ermittlung der Thematisierung von physischen Belastungen in der Pflege und EPH anhand folgender Stichworte:

- Körperliche Belastungen und MSE in der Pflege
- Beruflicher Risikofaktor Patientenhandling und Notwendigkeit der Belastungssenkung
- Weitere körperliche Belastungen in der Pflegearbeit (z. B. Arbeitshaltungen am Bett, Ziehen und Schieben etc.)
- Bandscheibenerkrankungen und biomechanische Grundlagen der Prävention von Rückenerkrankungen
- Grundsätze und Prinzipien rückengerechten/rückenschonenden/ ergonomischen Arbeitens im Patientenhandling
- Betriebliche und berufsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Kontext von MSE
- Vorstellung von Handlungsansätzen und Möglichkeiten des Arbeitsschutzes
- Vorstellung von und Auseinandersetzung mit Hilfsmittelanwendung zur eigenen Entlastung unter Berücksichtigung aller Hilfsmitteltypen sowie ihrer Vor- und Nachteile
- Allgemeine Hinweise zur Bewegungsplanung/ Entscheidungen im Patientenhandling (Patientenassessment, situationsbezogene Fallbearbeitungen etc.)

9.4 EPH- Stichworte in Bundesländer- Ausbildungsgrundlagen

Ausbildungsgrundlagen der Bundesländer für die Gesundheits- und Krankenpflege (GKP) und Altenpflege (AP): Ergebnisse zu relevanten Stichworten zu Patientenhandling, Ergonomie, Prävention und Gesundheitsförderung (Thematisierung explizit erwähnt); Stand: 2012

Legende: Abkürzungen:

ARL= Ausbildungsrichtlinie

AW= Arbeitsweisen

BGF= Betriebliche Gesundheitsförderung

GF= Gesundheitsförderung

FIM= Funktionale Selbständigkeitsmessung (Assessmentinstrument)

Tab. 8.42: Rahmen und Vorgaben der Pflegeausbildung in den Bundesländern

Bundesland	Physikal. Aspekte v. Bewegung, Hebelges.	Bewegungskonzepte	Bewegungsassessment/ Bewegungsplanung / Fallbearbeitung	Physische Belastungen	Berufstypische Belastungen und Berufserkrankungen	Arbeitsschutz/ BGF	Ergonom. AW/ Hilfsmittel zur Entlastung	Präv. Bewegungsinhalte/Selbstpflege ⁴⁵	Prakt. Ausbildung und Patientenhandling/ Ergonomie ⁴⁶
GKP									
Baden-Württemberg	nein	Kinästhetik, Bobath	nein	nein	ja	nein	nein	ja	nein
Bayern	nein	Bewegung durch Interaktion	Bewegungsanalyse	ja	ja	ja	Hilfsmittel	nein	nein
Berlin (angelehnt an NRW-ARL) ⁴⁷	ja	Kinästhetik, Bobath	Bewegungsbeobachtung	ja (Beispiel)	ja	ja	nein	ja	nein
Brandenburg	nein	Kinästhetik, Bobath	nein	ja	ja	ja	Rückenschonende AW, Hilfsmittel	ja	Eigene Sicherheit wahren, Strategien zur Belastungsbewältigung
Bremen +	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburg +	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hessen	ja	Kinästhetik, Bobath	Assessment Beobachtung	nein	ja	ja	Rückengerechte AW	ja	Integriert, aber keine EPH-Inhalte, außer Kinästhetik, Bobath
Mecklenburg-Vorp. (NRW-Ausbildungsrichtlinie offiziell genutzt) ⁴⁸	ja	Kinästhetik, Bobath	Bewegungsbeobachtung	ja (Beispiel)	ja	ja	nein	ja	nein
Niedersachsen	nein	Prävention + GF für spez. Zielgruppen, Methoden der Rehabilitation	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
NRW	ja	Kinästhetik, Bobath	Bewegungsbeobachtung	ja (Beispiel)	ja	ja	nein	ja	nein
Rheinland-Pfalz	ja	Kinästhetik, Bobath	Bewegungsanalyse und -planung, exemplarische Fallarbeit	ja	ja	ja	Strategien zur Vermeidung physischer Belastungen	ja	Formulierung von PatHand-Lernaufgaben, kein Bezug zu EPH außer Kinästhetik und

⁴⁵ Bezogen auf Ausgleich/ Kompensation von körperlichen Belastungen, z. B. Rückenschule, Rückengymnastik, Fitness, Yoga, Feldenkrais, Kinästhetik für die Selbstpflege

⁴⁶ Ausbildungsrahmenplan, praktischer Rahmenplan oder integrierter Rahmenplan etc. vorhanden und enthält Lernziele, methodische Hinweise/Lernaufgaben für Patientenhandling bzw. allgemeine ergonomische Ausbildungsziele/Inhalte, teilweise explizit zu EPH- Inhalten

⁴⁷ Lt. Auskunft des Landesamts für Gesundheit und Soziales

⁴⁸ Lt. Auskunft des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Abteilung Gesundheit

8 Anhang (Dokumentenanalyse, TP 1)

Bundesland	Physikal. Aspekte v. Bewegung, Hebelges.	Bewegungskonzepte	Bewegungsassessment/ Bewegungsplanung / Fallbearbeitung	Physische Belastungen	Berufstypische Belastungen und Berufserkrankungen	Arbeitsschutz/ BGF	Ergonom. AW/ Hilfsmittel zur Entlastung	Präv. Bewegungsinhalte/Selbstpflege ⁴⁵	Prakt. Ausbildung und Patientehandling/ Ergonomie ⁴⁶
									Bobath
Saarland	nein	nur im Ausbildungsrahmenplan thematisiert	nein	nein	ja	ja	nein	ja	Sicherheit/ Gesundheit am Arbeitsplatz, Kinästhetik, Bobath, Ergonomie, sichere Techniken ⁴⁹)
Sachsen	ja	Kinästhetik, Bobath	Bewegungsanalyse	ja	ja	ja	Rückengerechtes Arbeiten	ja	Eigene Sicherheit wahren, mit Belastungen umgehen
Sachsen-Anhalt +	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Schleswig-Holstein + ⁵⁰	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thüringen	nein	Kinästhetik, Bobath	Fallbearbeitung	nein	ja v	ja	Hilfsmittel, ergonom. + rücken-schonende AW, Grundlagen für ergonomisches Arbeiten	ja	nein
AP									
Baden-Württemberg	nein	Kinästhetik, Bobath	Bewegungsassessment	ja	ja	ja	rücken-schonendes AW, Hilfsmittel	ja	Lernaufgaben z. B. Hilfsmitelein-satz
Bayern	nein	nein	nein	nein	nein	ja	nein	allgemein	Sicherheit / Gesundheitsschutz
Berlin	nein	Kinästhetik, Bobath	nein	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Brandenburg	nein	Kinästhetik, Bobath	FIM, Barthel-Index, geriatrisches Assessment	nein	ja	ja	Rückengerechte AW, Hilfsmittel	(ja)	EPH- Inhalte angelehnt an BIBB
Bremen	nein	Kinästhetik, Bobath	Pflegeassessment zu Bewegung	nein	nein	ja	Ergonomie/Prinzipien des rückengerechten Arbeitens	ja	nein
Hamburg	nein	nein	nein	nein	ja	ja	Ergonomische Prinzipien,	ja	nein
Hessen	nein	Kinästhetik, Bobath	Individuelle Bewegungsplanung	nein	ja	ja	Rücken-schonende AW, Hilfsmittel	nein	rückenscho-nende A., Kinästhetik.
Mecklen-burg-Vorpom-mern	nein	Kinästhetik, Bobath	Fallbearbeitung, Assessment, Bewegungs-plan	nein	ja	ja	Ergonomie, rücken-schonende AW	ja	nein
Nieder-sachsen	nein	Kinästhetik, Bobath	nein	nein	ja	ja	nein	ja	nein
NRW	nein	Kinästhetik, Bobath	Geriatrisches Assessment	ja	ja	ja	Hilfsmittel	nein	präventive Strate-gien zu körperlichen Belastungen
Rheinland-Pfalz	nein	Kinästhetik	Bewegungs-plan	nein	ja	ja	Hilfsmittel, ergonomische.+ rückengerechte AW	ja	rückengerechtes A., Hilfsmittel
Saarland	nein	nur im Ausbildungsrahmenplan thematisiert	nein	nein	ja	ja	nein	allgemein	Sicherheit/ Gesund.-heit am Arbeitsplatz, Kinästhetik, Bobath, Ergo-

⁴⁹ nicht sicher ob aktuelle noch verbindliche Ausbildungsgrundlage, wegen Modellprojekt

⁵⁰ + = kein Rahmenplan etc. in der GKP in Schleswig- Holstein, Hamburg, Bremen und Sachsen- Anhalt

8 Anhang (Dokumentenanalyse, TP 1)

Bundesland	Physikal. Aspekte v. Bewegung, Hebelges.	Bewegungskonzepte	Bewegungssessment/ Bewegungsplanung / Fallbearbeitung	Physische Belastungen	Berufstypische Belastungen und Berufserkrankungen	Arbeitsschutz/ BGF	Ergonom. AW/ Hilfsmittel zur Entlastung	Präv. Bewegungsinhalte/Selbstpflege ⁴⁵	Prakt. Ausbildung und Patientenhandling/ Ergonomie ⁴⁶
									nomie, sichere Techniken
Sachsen	nein	Kinästhetik, Bobath (Lagerung)	nein	ja	ja	ja	ergonomische A.	ja	nein
Sachsen-Anhalt	nein	Kinästhetik	nein	nein	nein	ja	Rückengerechte AW Hilfsmittel	nein	Sicherheit/ Gesundheit am Arbeitsplatz, Kinästhetik, Ergonomie, sichere Techniken
Schleswig-Holstein	nein	Kinästhetik, Bobath,	nein	ja	ja	ja	nein	ja	Sicherheit / Gesundheitsschutz, sichere Techniken
Thüringen	ja	Kinästhetik Bobath	Fallmethodik	nein	ja	ja	Hilfsmittel, ergonomische AW	ja	Sicherheit, Gesundheitsschutz

10 Anhang TP2: Interviews mit ExpertInnen (Kapitel 3)

10.1 ExpertInnen

Die Profession bzw. die Rolle und die Anbindung der 14 zwischen Oktober 2012 und Januar 2013 interviewten ExpertInnen (Pflegelehrerkräfte, VertreterInnen aus den Aufsichtsorganen des Arbeitsschutzes, aus der akademischen Pflegebildung/der Berufsbildungsforschung und aus Verbänden) werden in Tab. 9.43 aufgeführt. Von 12 Interviewten (bis auf die ExpertInnen 10 und 14) liegt eine schriftliche Autorisierung zur Veröffentlichung der Mitschriften vor.

Tab. 9.43: Merkmale der interviewten ExpertInnen

Exp. Nr.	Anbindung	Profession/ Rolle
1	GKP-Schule in Hessen	LehrerIn für Pflegeberufe
2	GKP- und Altenpflegeschule in Thüringen	LehrerIn für Pflegeberufe
3	Altenpflegeschule in Nordrhein-Westfalen	LehrerIn für Pflegeberufe
4	Altenpflegeschule in Bayern	LehrerIn für Pflegeberufe
5	Unfallkasse	Aufsichtsperson
6	BGW	Aufsichtsperson
7	(Fach-) Hochschule: Pflegepädagogik	HochschullehrerIn
8	Hochschule: Pflegepädagogik	HochschullehrerIn
9	Hochschule	Pflegewissenschaft
10	Berufsbildungsforschung (BIBB)	Wissenschaftliche/r MitarbeiterIn ⁽¹⁾
11	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (DBR)/ Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBFK)	Leitende Position
12	Gewerkschaft Verd.i (Bundesverwaltung)	MitarbeiterIn im Bereich Berufspolitik
13	Wohlfahrtsverband "Arbeiter-Samariterbund (ASB)"	ReferentIn für ambulante Dienste
14	Wohlfahrtsverband "Der Paritätische" (Bundesverband)	ReferentIn ⁽¹⁾

Legende: ⁽¹⁾ Keine Autorisierung für eine Veröffentlichung der Interviewmitschrift

10.2 Systematik der Interviewleitfäden

Die Fragen und die Systematik der Interviewleitfäden unterscheidet sich teilweise für die in Kapitel 10.1 benannten Gruppen (siehe Tab 9.44). Die persönlichen Daten zur Erfahrung und Kompetenz der Befragten am Ende der Leitfäden werden in Kapitel 10.3 *nicht* aufgeführt.

Nicht systematisch ausgewertete Fragenkomplexe werden in Tab 9.44 Tab. 4.3 kursiv und rot dargestellt; Fragen an Pflegelehrkräfte wurden nur dann ausgewertet, wenn sie inhaltlich nicht durch die quantitative Befragung in Pflegeschulen (Teilprojekt 3) abgedeckt wurden.

Tab. 9.44: Interviewleitfäden

Legende: Abkürzungen: BFS = Berufsfachschulen; EPH= Ergonomisches Patientenhandling; GKP= Gesundheits- und Krankenpflege

Rot und kursiv: Nicht systematisch ausgewertete Fragen(komplexe)

Fragen an Pflegelehrkräfte (A-E, Fragen 1-22), ExpertIn 1-4	Fragen an ArbeitsschutzexpertInnen (A-E, Fragen 1-19), ExpertIn 5-6	Fragen an BildungsexpertInnen (A-D, Fragen 1-28); ExpertIn 7-9	Fragen an VerbandsexpertInnen (A-E, Fragen 1-22); ExpertIn 10-14
<p>A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung (Frage 1-6)</p>	<p>A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung (Frage 1-5)</p>	<p>A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung (Frage 1-3)</p>	<p>A. Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung (Frage 1-4)</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Welchen Stellenwert hat aus Sicht der Pflegeberufsgruppe, für die Sie ausbilden, das Thema Selbstschutz im Patientenhandling? <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es aus Sicht der Schulen einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Pflegeausbildung verstärkt zu widmen? (Und falls ja, warum?) 2. Wie präsent ist aus ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Ausbildung Ihrer Schule? <ul style="list-style-type: none"> • Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling? • Wie schätzen Sie den derzeitigen Ist-Stand der Umsetzung von ergonomischem Patientenhandling in der praktischen Ausbildung ein? 3. Welchen Stellenwert hat für Sie persönlich die Vermittlung von Ergonomie und Prävention beim Patientenhandling? 4. Wurde in Ihrer Schule ein Curriculum-Baustein zum Patientenhandling entwickelt? <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wären Sie auf Nachfrage bereit, um Ihren Curriculum-Baustein für Studienzwecke zur Verfügung zu stellen bzw. nähere Einzelheiten zu erläutern? • Wenn nein, wäre es hilfreich, wenn in Kooperation von Pflegewissenschaft und Arbeitsschutz hierzu ein Baustein entwickelt würde? • Wenn nein, wünschen Sie sich mehr Ori- 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen? <ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie diesbezüglich einen Unterschied zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege wahr? 2. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling in den Schulen? <ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie diesbezüglich einen Unterschied zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege- Ausbildung wahr? 3. Gibt es aus Ihrer Sicht einen Handlungsbedarf, sich präventiven und ergonomischen Aspekten im Patientenhandling in den Pflegeausbildungen verstärkt zu widmen? <ul style="list-style-type: none"> • Was wäre aus präventiver Sicht konkret zu tun? • Unterscheidet sich der Handlungsbedarf aus Ihrer Sicht zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege- Ausbildung? 4. <i>Welchen Stellenwert hat EPH im Rahmen der präventiven Aufgaben Ihrer Institution?</i> 5. Welchen Stellenwert hat EPH für Sie persönlich? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen? 2. Gibt es aus Sicht der Pflege- bzw. Berufspädagogik einen Handlungsbedarf, sich dem Thema verstärkt zu widmen? Warum? 3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Lehrkraftausbildung allgemein bzw. in Ihrer (Fach-) Hochschule? <ul style="list-style-type: none"> • Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling? • Welche Inhalte zum Themenfeld ergonomisches Patientenhandling sind bereits in die Lehrkraftausbildung integriert? In welcher Form? (Bestandteil des Studienplans?) • Werden Inhalte zum Patientenhandling auch innerhalb der Fachdidaktik bearbeitet, um Grundsätze für eine fallbezogene Bearbeitung und vorliegende Zielkonflikte zu klären? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen? 2. Gibt es aus Sicht Ihres Verbandes/ Ihrer Einrichtung einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Ausbildung verstärkt zu widmen? Warum? 3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in den Ausbildungsgängen der Pflege? <ul style="list-style-type: none"> • Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling? • Gibt es Unterschiede zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung? 4. Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z. B. beim Patientenhandling? <ul style="list-style-type: none"> • Welche praktischen Kompetenzen sollten Auszubildende zum eigenen Schutz beim Patientenhandling haben? • Welche Voraussetzungen sollten dafür in den Ausbildungsstätten vorhanden sein?

Fragen an Pflegelehrkräfte (A-E, Fragen 1-22), ExpertIn 1-4	Fragen an ArbeitsschutzexpertInnen (A-E, Fragen 1-19), ExpertIn 5-6	Fragen an BildungsexpertInnen (A-D, Fragen 1-28); ExpertIn 7-9	Fragen an VerbandsexpertInnen (A-E, Fragen 1-22); ExpertIn 10-14
<p>entierung zu diesem Thema in den Ausbildungsgrundlagen (Berufsgesetz, Rahmenlehrplan, etc.)?</p> <p>5. Wurden an Ihrer Schule prüfungsrelevante Lernziele und Kompetenzen definiert?</p> <p>6. Welche Gestaltungsspielräume sehen Sie für die Vermittlung von Kompetenzen zum Ergonomischen Patientenhandling in der Ausbildung an Ihrer Schule? Welche Veränderungen in den Ausbildungsgrundlagen wären hilfreich?</p>			
B. Unterricht und Fortbildung im Bereich EPH (Frage 7-10)	B. Unterricht und Fortbildung im Bereich EPH (Frage 6-10)	B. Zukünftige Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung (Berufs-/ Pflegepädagogik) (Frage 4-16)	B. Pflegeausbildungen – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite (Frage 5-7)
<p>7. Werden im Unterricht Ihrer Schule präventive Aspekte zu rückengerechten Arbeitsweisen grundsätzlich in relevante Themenblöcke integriert?</p> <p>8. Werden der Umgang mit Rückenproblemen und "Rückenunfällen" sowie Patientenhandling als Ursache im Unterricht Ihrer Schule thematisiert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden präventive Handlungsstrategien dazu im Unterricht eingeübt? • Ist in diesem Zusammenhang eine konkrete Zusammenarbeit mit den Ausbildungsbetrieben möglich? <p>9. Findet praktischer Unterricht zu allen Bereichen des Patientenhandlings (also: Bewegen/ Mobilisieren, Lagern, Unterstützen von Teilbewegungen, gezielter Hilfsmiteileinsatz zur Entlastung) statt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Sie der Ansicht, dass ausreichende Räumlichkeiten, Ausstattung und Zeit für praktische Übungen zur Verfügung stehen? <p>10. Fühlen Sie sich dazu qualifiziert, um</p>	<p>6. Welche Kompetenzen sollten zukünftige Pflegekräfte im Patientenhandling zum Selbstschutz erwerben?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welches Hintergrundwissen ist aus Sicht des Arbeitsschutzes dafür notwendig? <p>7. <i>Halten Sie es für wünschenswert, für den Unterricht zum EPH Experten aus dem Arbeitsschutz gezielt einzubeziehen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wer kommt dafür als Ansprechpartner in Frage?</i> • <i>Können Sie einschätzen, in welchem Umfang ArbeitsschutzvertreterInnen in die Unterrichtsgestaltung zu allgemeinen Präventionsthemen und zum EPH bereits einbezogen werden?</i> <p>8. Wie schätzen Sie auf Basis bisheriger Erfahrungen die ergonomische Qualifikation von Lehrkräften ein und was ist dabei für Sie maßgeblich?</p> <p>9. Können Sie einschätzen, in welchem Umfang Lehrkräfte an bisherigen Angeboten des Arbeitsschutzes zum Thema EPH teilnehmen?</p>	<p>4. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von ergonomischem Patientenhandling in der Lehrkraftausbildung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren? • Welche Schwerpunkte sollten dafür in der Lehrkraftausbildung gesetzt werden? <p>5. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in den Ausbildungen für Pflegelehrkräften/-pädagogInnen, Berufsschullehrkräfte systematisch zu verankern?</p> <p>6. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen aus berufs- bzw. pflegepädagogischer Perspektive?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welchen Regelungsbedarf sehen Sie hinsichtlich der praktischen Ausbildung? • Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung? 	<p>5. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen und welcher Veränderungsbedarf folgt daraus?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung? <p>6. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung? (z. B. bezogen auf die Finanzierung der Ausbildung)? <p>7. Gehen Sie davon aus, dass sich diese Defizite auch auf die Vermittlung von Handlungskompetenzen zum EPH auswirken?</p>

Fragen an Pflegelehrkräfte (A-E, Fragen 1-22), ExpertIn 1-4	Fragen an ArbeitsschutzexpertInnen (A-E, Fragen 1-19), ExpertIn 5-6	Fragen an BildungsexpertInnen (A-D, Fragen 1-28); ExpertIn 7-9	Fragen an VerbandsexpertInnen (A-E, Fragen 1-22); ExpertIn 10-14
<p>auch präventive und ergonomische Gesichtspunkte im Unterricht einzubeziehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls Sie nicht selbst unterrichten, wie würden Sie Ihre Kollegen diesbezüglich einschätzen? • Wenn nein, beziehen Sie andere ExpertInnen (auch außerhalb der Pflege) in den Unterricht mit ein? Welche? 	<p>10. Sollte eine ergonomische Mindestqualifikation für diesen Unterrichtsbereich und für Praxisanleitung entwickelt werden?</p>	<p>7. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung? <p>8. Haben Sie einen Überblick, inwieweit berufsbezogene Prävention in den Pflegeausbildungen bereits verankert ist? Wie sieht es bezüglich des Themas EPH aus?</p> <p>9. Sind Sie in die Diskussion um die Reform der Pflegeausbildungen involviert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche Aufgaben haben Sie dabei und welche Funktion nehmen Sie ein? <p>10. Haben Sie Kenntnisse über Grundlagen und Strukturen beider Ausbildungsgänge</p> <p>11. Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul (BFS) -Ebene etc. in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte? • Wird der Fachqualifikationsrahmen (FQR) zukünftig eine Art Rahmenlehrplan für die BFS- Ausbildungsgänge auf Bundesebene darstellen und somit eine einheitliche Qualität und Vergleichbarkeit der Ausbildungen herstellen? <p>12. Welche Rolle spielen der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und der FQR für die Gestaltung der Ausbildungsgrundlagen in der Pflege insgesamt)</p> <p>13. <i>Gehen Sie davon aus, dass die primär</i></p>	

Fragen an Pflegelehrkräfte (A-E, Fragen 1-22), ExpertIn 1-4	Fragen an ArbeitsschutzexpertInnen (A-E, Fragen 1-19), ExpertIn 5-6	Fragen an BildungsexpertInnen (A-D, Fragen 1-28); ExpertIn 7-9	Fragen an VerbandsexpertInnen (A-E, Fragen 1-22); ExpertIn 10-14
		<p><i>akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?</i></p> <p>14. <i>Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?</i></p> <p>15. <i>Welche Konsequenzen hat diese "Mehrgleisigkeit" aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt?</i></p> <p>16. <i>Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pfl egetätigkeit kommen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wenn ja, wird es für den Bereich Patientenhandling zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?</i> • <i>Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandling zukünftig durchführen?</i> 	
C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH (Frage 11-14)	C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH (Frage 11-13)	C. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform (Frage 17-22)	C. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform (Frage 8-13)
<p>11. In welcher Form findet generell die Zusammenarbeit mit der praktischen Ausbildung hinsichtlich der Umsetzung von Lernsituationen statt?</p> <p>12. Welche Handlungskompetenzen sollten in der praktischen Ausbildung bezogen auf Selbstschutz im Patientenhandling erworben werden?</p> <p>13. Gibt es grundlegende Defizite der praktischen Ausbildung, die sich auch auf den Erwerb praktischer Kompetenzen zum EPH auswirken?</p> <p>14. Welche Voraussetzungen sind konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung von Bedeutung?</p>	<p>11. <i>Ist Ihnen bekannt, dass der Ausbildungsbetrieb in den Pflegeausbildungen gesetzlich gesehen, nur eingeschränkt Verantwortung für die Ausbildung trägt und diese daher oft auch tatsächlich nur wenig übernimmt?</i></p> <p>12. Was wäre daher aus Sicht der ArbeitsschutzvertreterIn konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung in den Ausbildungsgrundlagen mindestens zu regeln? (bezüglich der Verantwortungsbereiche des Ausbildungsbetriebs)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Voraussetzungen (strukturell, Rahmenbedingungen, Schulungen der Mitarbeiter) sollten für die praktische Ausbildung von Handlungskompetenzen zum 	<p>17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden? <p>18. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche bzw. wo verortet? <p>19. Wurde nach Ihrer Kenntnis für den Bereich des Patientenhandlings bereits ein Kompetenzprofil erstellt?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, durch wen und wo verortet? <p>20. Ist zu erwarten, dass im Rahmen zukünftiger Ausbildungsprofile die Ver-</p>	<p>8. <i>Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul(BFS)-Ebene in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?</i></p> <p>9. <i>Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?</i> <p>10. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter</p>

Fragen an Pflegelehrkräfte (A-E, Fragen 1-22), ExpertIn 1-4	Fragen an ArbeitsschutzexpertInnen (A-E, Fragen 1-19), ExpertIn 5-6	Fragen an BildungsexpertInnen (A-D, Fragen 1-28); ExpertIn 7-9	Fragen an VerbandsexpertInnen (A-E, Fragen 1-22); ExpertIn 10-14
	<p>ausreichenden Selbstschutz beim Bewegen von Patienten vorhanden sein?</p> <p>13. <i>Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z.B. beim Patientenhandling?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wäre es gerechtfertigt, den Bereich der praktischen Ausbildung u.a. hinsichtlich EPH durch den betrieblichen Arbeitsschutz gezielter zu betreuen?</i> • <i>Welche Aufgaben und Handlungsspielräume hat der betriebliche Arbeitsschutz Ihrer Erfahrung nach bezüglich der Betreuung von Auszubildenden bisher?</i> • <i>Können Sie einschätzen, in welchem Umfang diese bisher bezüglich physischer Belastungen wahrgenommen wurden?</i> • <i>Wäre ein Handlungsbedarf bezüglich der zukünftigen Aktivitäten des betrieblichen Arbeitsschutzes zu formulieren?</i> 	<p>mittlung praktischer Ausbildungsanteile für EPH in Skills Labs angestrebt wird?</p> <p>21. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas EPH zu entwickeln?</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welcher Hinsicht bzw. bezogen auf welche Inhalte und Kompetenzen • Könnten Sie sich die Entwicklung eines Qualifizierungsbausteins für die Lehrkraftaus- und Fortbildung in Kooperation mit dem Arbeitsschutz vorstellen? • Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein? <p>22. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von Praxisanleitern?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren? 	<p>ausgebaut wird?</p> <p>11. <i>Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?</i></p> <p>12. <i>Welche Konsequenzen hat diese Mehrgleisigkeit aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt?</i></p> <p>13. <i>Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pflegetätigkeit kommen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Wenn ja, wird es z.B. für den Bereich Patientenhandling zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?</i> • <i>Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandling zukünftig durchführen</i>
D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen (Frage 15-17)	D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen (Frage 14)		D. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform (Frage 14-17)
<p>15. Sehen Sie Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen? Was ist zu tun?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden? • Wenn ja, welche Rahmenbedingungen sollten hinsichtlich EPH im Verantwortungsbereich des Ausbildungsbetriebs für die praktische Ausbildung verbindlich verankert werden? • Wenn kein Handlungsbedarf bezüglich der Ausbildungsreform zum EPH gesehen wird, warum nicht? <p>16. <i>Sollte der Sonderstatus der Pflege mit der Zuständigkeit und Verantwortung</i></p>	<p>14. Setzen Sie sich dafür ein, dass bei der anstehenden Reform der Pflegeausbildungen der Bereich EPH verbindlich als Ausbildungsinhalt definiert wird?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was sollte konkret geregelt werden? • Können oder sollten Unfallkassen/ BGW konkret dazu einen Beitrag leisten? • <i>Gibt es diesbezüglich eine unterschiedliche Prioritätensetzung für Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege?</i> • <i>Wurden bereits Aktivitäten bezüglich der Pflegeausbildungen zum EPH entwickelt? Welche? Wenn ja, in welcher Form?</i> 		<p>14. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden? <p>15. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?</p> <p>16. Sehen Sie einen Bedarf Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas EPH zu entwickeln bzw. in die Lehrkraftausbildung einzu-beziehen?</p>

Fragen an Pflegelehrkräfte (A-E, Fragen 1-22), ExpertIn 1-4	Fragen an ArbeitsschutzexpertInnen (A-E, Fragen 1-19), ExpertIn 5-6	Fragen an BildungsexpertInnen (A-D, Fragen 1-28); ExpertIn 7-9	Fragen an VerbandsexpertInnen (A-E, Fragen 1-22); ExpertIn 10-14
<p><i>der Schule für die praktische Ausbildung generell abgeschafft werden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Würden Sie Ihre Ansicht für uns bitte erläutern? <p>17. Tauschen Sie sich mit Lehrkräften aus anderen Bundesländern zum EHP in der Pflegeausbildung aus?</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein? <p>17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von Praxisanleitern?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?
E. Demografische Angaben und persönlicher Hintergrund (Frage 18-22)	E. Demografische Angaben und persönlicher Hintergrund (Frage 15-19)	D. Demografische Angaben und persönlicher Hintergrund (Frage 23-28)	E. Demografische Angaben und persönlicher Hintergrund (Frage 18-22)
<p>18. Welche Lehrkraftqualifikation haben Sie? (Berufsbezeichnung)?</p> <p>19. Wie lange sind Sie schon als Lehrkraft in der Pflegeausbildung tätig?</p> <p>20. Üben Sie eine Leitungstätigkeit aus? Sind Sie weiterhin unterrichtend tätig?</p> <p>21. Unterrichten Sie in mehreren Berufsausbildungsgängen der Pflege? Welche?</p> <p>22. Unterrichten Sie auch im Handlungsfeld EPH (also: Bewegen, Mobilisieren, Lagern, Handling, gezielter Hilfsmiteinsatz zur Entlastung)? Was genau?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls ja, haben Sie dafür eine oder mehrere Fort- oder Weiterbildungen absolviert, die auch präventive Inhalte zum Selbstschutz einbezogen • Falls ja, welche? Mit welchem zeitlichen Umfang? • Falls ja, verfügen Sie auch über praktische Erfahrung im Pflegealltag mit diesen speziellen Kompetenzen? 	<p>15. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach (Berufsbezeichnung)?</p> <p>16. Welche Aufgaben gehören zu Ihrer Tätigkeit?</p> <p>17. Welche präventiven Aufgaben hat Ihre Unfallversicherung in den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens und ist sie für alle Schultypen der Pflegeausbildung zuständig?</p> <p>18. Verfügen Sie über (Berufs-) Erfahrung in der Pflege? Welche genau und wie lange?</p> <p>19. Verfügen Sie über Erfahrung als Lehrkraft in der Pflegeausbildung? (auch als ArbeitsschutzvertreterIn) Falls ja, welche Tätigkeit als Lehrkraft war das konkret?</p>	<p>23. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach (Berufsbezeichnung)?</p> <p>24. Welche Aufgaben gehören zu Ihrer Tätigkeit?</p> <p>25. Verfügen Sie über Berufserfahrung in der Pflege?</p> <p>26. Verfügen Sie über Berufserfahrung als Lehrkraft in der Berufsausbildung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls ja, welche Tätigkeit als Lehrkraft war das konkret? • Falls ja, wie lange waren Sie als Lehrkraft tätig? <p>27. Verfügen Sie über Berufserfahrung als Lehrkraft in der Pflegeausbildung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls ja, welche Tätigkeit als Lehrkraft war das konkret? • Falls ja, welche Ausbildung haben Sie dafür absolviert? • Falls ja, wie lange waren Sie als Lehrkraft in der Pflegeausbildung tätig? <p>28. Verfügen Sie über Berufserfahrung in der Ausbildung von Lehrkräften für Pflege (bzw. PflegepädagogInnen)?</p>	<p>18. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach (Berufsbezeichnung)?</p> <p>19. Welche Aufgaben gehören zu Ihrer Tätigkeit?</p> <p>20. Verfügen Sie über Berufserfahrung in der Pflege?</p> <p>21. Verfügen Sie über Berufserfahrung als Lehrkraft in der Pflegeausbildung?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls ja, welche Tätigkeit als Lehrkraft war das konkret? • Falls ja, wie lange waren Sie als Lehrkraft tätig? <p>22. Sind Sie in die Diskussionen um die Reform der Pflegeausbildungen involviert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn ja, welche Aufgaben haben Sie dabei und welche Funktion nehmen Sie ein? • Haben Sie Kenntnisse über Grundlagen und Strukturen bezüglich beider Ausbildungsgänge?

10.3 Interviewmitschriften

10.3.1 ExpertIn 1: GKP-Schule in Hessen (PflegelehrerIn)

[Interview: AS]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und EPH in der Pflegeausbildung – der Ist- Stand

1. Welchen Stellenwert hat aus Sicht der Pflegeberufsgruppe, für die Sie ausbilden, das Thema Selbstschutz im Patientenhandling?

Einen sehr großen, und zwar um selbst nicht schnell zu erkranken. Wir erleben immer wieder, dass junge Leute mit 22 Jahren Bandscheibenvorfälle haben. Das muss meiner Meinung nach überhaupt nicht sein. Da muss man aufpassen. Das sind die SchülerInnen, die nicht aufpassen, wenn es um rückschonendes Arbeiten geht. Das habe ich selbst erlebt in meiner praktischen Arbeitszeit. Deshalb finde ich es so wichtig.

- **Gibt es aus Sicht der Schulen einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Pflegeausbildung verstärkt zu widmen? (Und falls ja, warum?)**

Das Problem ist, dass es zwar im Curriculum drin steht und im Lehrplan, aber in den Bundesländern sind die Stundenvorgaben dazu unterschiedlich geregelt. In Hessen gibt es keine direkte Stundenvorgabe, sondern nur eine Gesamtvorgabe für die jeweiligen Fachbereiche. Jede Schule muss für sich selbst herausfinden, wie viel sie für jeden einzelnen Bereich vorsieht. In Bayern ist das ein bisschen anders geregelt (strukturiertes). Hier in Hessen hat es aber den Vorteil, dass man mehr machen (unterrichten) kann, wenn man mehr Stunden braucht. In Bayern muss man schummeln. Man trägt dann den Unterricht im Klassenbuch woanders ein (in einem anderen Lernfeld, wenn die SchülerInnen mehr Zeit brauchen).

- **Wie präsent ist aus ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Ausbildung Ihrer Schule?**

Eher gar nicht. Das hat auch den geschichtlichen Hintergrund, dass Schulen eher noch nie etwas dafür gemacht haben. Von daher ist es schwierig etwas Neues aufzunehmen. Wir haben hier zum Beispiel das Problem: Wir wollten einen Sportkurs für die SchülerInnen etablieren an der Schule, der von der Krankenkasse gefördert wird. Aber jede/r SchülerIn hat eine andere Kasse und nicht alle zahlen dafür. Daher können sich die SchülerInnen auf keinen Kurs einigen und die Dinge scheitern daran, dass die SchülerInnen kein Geld dafür erhalten.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

Da werden die SchülerInnen bei allen Praxisbesuchen ganz massiv hingewiesen. Ich versuche in jedem Block etwas einzubauen, das daran erinnert und damit EPH wieder präsent wird. Ich denke, das muss man auch in jedem Unterrichtsblock machen, weil die jungen Leute denken, sie seien "auf ewig" gesund und könnten das so machen wie sie meinen.

- **Wie schätzen Sie den derzeitigen Ist- Stand der Umsetzung von EPH in der praktischen Ausbildung ein?**

Unterschiedlich, ganz unterschiedlich. Das kommt darauf an, wie gut die PraxisanleiterInnen in dem Teilgebiet sind. Die machen das ja auch nur nebenher, d.h. sie sind nicht freigestellt und nicht hauptamtlich. Die müssen das neben ihrer eigentlichen Arbeit machen. Es ist auch nicht immer so, dass sie dieselben Dienste haben wie die SchülerInnen.

Ich höre von meinen SchülerInnen, dass die oftmals nur einen einzigen Dienst in 6 Wochen Praxisblock haben. Wenn dann also kein praktischer Unterricht durch die PraxisanleiterInnen stattfindet (die haben ja auch Nachtwachen), müssen das die examinierten Pflegekräfte auf Stationen kompensieren. Das steht ja auch im Gesetz, dass jeder praktisch ausbilden soll und dazu verpflichtet ist.

Der Vorteil von PraxisanleiterInnen ist jedoch, dass diese pädagogischen Kenntnisse haben und dadurch eigentlich besser geeignet wären, praktisch anzuleiten.

- **Welchen Stellenwert hat für Sie persönlich die Vermittlung von Ergonomie und Prävention beim Patientenhandling?**

Einen sehr hohen.

- **Wurde in Ihrer Schule ein Curriculum-Baustein zum Patientenhandling entwickelt?**

Ja.

- **Wenn ja, wären Sie auf Nachfrage bereit, aus einem anderen Bundesland für Studienzwecke zur Verfügung zu stellen bzw. nähere Einzelheiten zu erläutern?**

Ja klar. Der Baustein sieht durchaus vor, wie viele Stunden die einzelnen Inhalte benötigen und auch welche Methoden angewendet werden sollen/ wie man das umsetzt. Damit haben wir auch bereits gute Erfahrungen mit den SchülerInnen gemacht.

- **Wenn nein, halten Sie es für wichtig, einen Curriculum-Baustein zum Patientenhandling zu entwickeln?**

[Entfällt]

- **Wenn nein, wäre es hilfreich, wenn in Kooperation von Pflegewissenschaft und Arbeitsschutz hierzu ein Baustein entwickelt würde?**

[Entfällt]

- **Wenn nein, wünschen Sie sich mehr Orientierung zu diesem Thema in den Ausbildungsgrundlagen (Berufsgesetz, Rahmenlehrplan, etc.)?**

(Eine bundeseinheitliche Regelung fände ich wichtiger).

- **Wurden an Ihrer Schule prüfungsrelevante Lernziele und Kompetenzen definiert?**

Die sind eher in den Fachsachen drin. Schriftliche Prüfungen kommen ja zentral in Hessen. Die fischen immer ein Fallbeispiel aus einem großen Topf. Entweder kommt etwas, das EPH mit beinhaltet oder es geht in eine ganz andere Richtung. Aber in unseren schuleigenen Klausuren, da nehmen wir es natürlich dran.

2. Welche Gestaltungsspielräume sehen Sie für die Vermittlung von Kompetenzen zum Ergonomischen Patientenhandling in der Ausbildung an Ihrer Schule?

Dadurch, dass Hessen nur grobe Stundenanzahlvorgabe macht, können wir bei Bedarf der SchülerInnen mehr Stunden zum EPH durchführen, z.B. eine weitere Stunde zum Thema Apoplexie und der Vertiefung zum Bobath- Konzept.

- **Welche Veränderungen in den Ausbildungsgrundlagen wären hilfreich?**

Ich denke, Gestaltungsspielräume im Sinne von Stunden wären hilfreich. Genaue Vorgaben von Stunden berücksichtigen nicht, dass es unterschiedliche Kurse mit verschiedenen Qualitäten/ Qualifikationen/ Lernpotenzial gibt. Von daher sollte man es so belassen in Hessen (nicht so in Bayern mit konkreter Stundenvorgabe), weil die Kurse so unterschiedlich sind. Manche Kurse sind in 10 Stunden soweit, dass sie ein gutes Handling beherrschen, manche Kurse brauchen 4 Tage und mehr. Das ist ein Problem. In Bayern werden die SchülerInnen so eng gefasst, weil nicht genügend Spielraum vorhanden ist.

B. Unterricht im Bereich EPH

3. Werden im Unterricht Ihrer Schule präventive Aspekte zu rückengerechten Arbeitsweisen grundsätzlich in relevante Themenblöcke integriert?

Ja.

4. Werden der Umgang mit Rückenproblemen und "Rückenunfällen" sowie Patientenhandling als Ursache im Unterricht Ihrer Schule thematisiert?

Ja, z.B. machen bei uns die SchülerInnen Übungen wie "Betten machen" auf der gesamten Station, ohne die Betten in der Höhe zu verstellen und einmal erneut mit angepasster Bettenhöhe. Die SchülerInnen melden deutlich wahrgenommene Unterschiede und sagen, sie haben es so besser verstanden.

- **Werden präventive Handlungsstrategien dazu im Unterricht eingeübt?**

Ja. Sowas wie Bewegen, Mobilisieren. Dazu gehen wir in den Multifunktionsraum an der Ausbildungsstätte (Klinik). Da haben wir 5 Betten und die SchülerInnen werden in 5 Gruppen eingeteilt. Sie üben dann das Lagern. Da haben wir dann auch Hilfsmittel (Rollstühle, Toilettenstühle). Es gibt auch die Übung, dass SchülerInnen gegenseitig ihr Gangbild beurteilen sollen und mit einem Buch auf dem Kopf schaulaufen. Ich lasse dann die SchülerInnen selbst ihre Defizite erkennen. Meine SchülerInnen sind zwar sehr sportlich (Fußball, Rennspiele), aber sie haben trotzdem ihre Defizite, die sie bemerken müssen. Es gibt aber an meiner Schule eine Klasse, die bewegt sich auch gar nicht.

- **Ist in diesem Zusammenhang eine konkrete Zusammenarbeit mit den Ausbildungsbetrieben möglich?**

Wir versuchen das mit den PraxisanleiterInnen. Aber das sind so viele Themen und so häufig bekommen wir die auch nicht in die Schule. Während der Arbeitszeit ist das ja auch nicht möglich. Das wird für die nicht vergütet und durch die fehlende Freistellung wird ein Austausch verhindert.

5. Findet praktischer Unterricht zu allen Bereichen des Patientenhandlings (also: Bewegen/ Mobilisieren, Lagern, Unterstützen von Teilbewegungen, gezielter Hilfsmiteinsatz zur Entlastung) statt?

Ja, klar. Hilfsmittel haben wir sehr viele in der Schule und im praktischen MultifunktionsÜbungsraum. Also so was wie einen Patientenlifter für die Badewanne oder Rollbrett und Drehscheibe.

- **Sind Sie der Ansicht, dass ausreichende Räumlichkeiten, Ausstattung und Zeit für praktische Übungen zur Verfügung stehen?**

Zur Ausstattung eher nein. Wenn ein Rollbrett einmal vorhanden ist, dann reicht es für Kurse mit über 20 Teilnehmern nicht vorne und hinten. Für Gruppenarbeiten sind auch die Räumlichkeiten ein Problem. Zunächst einmal wird der Raum in der Klinik auch von Selbsthilfegruppen und anderen genutzt, daher muss ich das vorher immer frühzeitig buchen und er muss eigentlich groß genug sein. Wir hatten mal einen Demoraum in der Klinik. Aber durch Umbaumaßnahmen im Krankenhaus wird er uns gerade weggenommen. Ich muss da also immer schauen, wie ich ihn den Multifunktionsraum für die Schule herbekomme.

6. Fühlen Sie sich dazu qualifiziert, um auch präventive und ergonomische Gesichtspunkte im Unterricht einzubeziehen?

Ja.

- **Falls Sie nicht selbst unterrichten, wie würden Sie Ihre KollegInnen diesbezüglich einschätzen?**

[Entfällt]

- **Wenn nein, beziehen Sie andere ExpertInnen (auch außerhalb der Pflege) in den Unterricht mit ein? Welche?**

[Entfällt]

C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH

7. In welcher Form findet generell die Zusammenarbeit mit der praktischen Ausbildung hinsichtlich der Umsetzung von Lernsituationen statt?

Vor allem, wenn Praxisbesuche anstehen. Da machen wir dann unsere Beobachtungen und sehen die Fehler. Praxisbegleitungen durch die Schule sind bei uns ähnlich aufgebaut wie die praktischen Prüfungen. Ich übe dann mit jedem/r SchülerIn persönlich und zeige es dann auch den PraxisanleiterInnen (PAs) auf Station und zeige, wie EPH richtig umgesetzt wird. Das wird von den PAs gut angenommen. Die sehen das dann selber ein, wenn ich sie darauf aufmerksam mache. Das ist ja als Beobachter oft der Vorteil, dass man das sieht.

8. Welche Handlungskompetenzen sollten in der praktischen Ausbildung bezogen auf Selbstschutz im Patientenhandling erworben werden?

Primär wichtig sind: Rückenschonendes Arbeiten, Rückenschule und, dass ihnen als Herz gelegt wird, sich etwas als Sport neben dem Beruf zu suchen. In meinem Kurs machen 4 Yoga oder andere Sportarten, um die Rückenmuskulatur zu trainieren. Außerdem Bobath und Kinästhetik.

9. Gibt es grundlegende Defizite der praktischen Ausbildung, die sich auch auf den Erwerb praktischer Kompetenzen zum EPH auswirken?

a) Zeitmangel: Das EPH leidet darunter. Ich bringe meinen SchülerInnen bei, immer das Bewegungsmuster des Patienten zu berücksichtigen. Wir sollten uns daran anpassen als Pflegekräfte und nur unterstützen. Aber das braucht halt Zeit. Außerdem fehlt die praktische Anleitung für die SchülerInnen. Sie geraten unter Druck, trauen sich nicht zu sagen, dass examinierte Pflegekräfte etwas beim Handling falsch machen. Bei 38 Patienten und nur 1-2 examinierten Pflegekräften und 2-3 SchülerInnen sowie PraktikantInnen kann man das vergessen. Da kann ich die Pflegekräfte verstehen.

b) Mangelnde Ausbildung der PAs: Es haben nicht alle eine Fortbildung; es wäre wünschenswert, dass alle eine hätten.

c) Mangelnde Ausbildung der Lehrkräfte durch die Schulen selbst: Die Schulungskonzepte haben sich in den letzten Jahren nicht sehr geändert. Früher waren sie kostenlos, heute sind sie sehr teuer. keine Schule kann sich das leisten, die Lehrkräfte zu schulen. Und mit unseren Grundkursweiterbildungen dürfen wir genau genommen, ja gar nichts an Input an die SchülerInnen weitergeben. Das bedauere ich sehr, dass es keine Grundförderung für Lehrkräfte zum EPH gibt.

10. Welche Voraussetzungen sind konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung von Bedeutung?

Man braucht vor allem Zeit, man braucht Lehrkräfte die sich mit den Bewegungskonzepten auskennen und das nicht nur theoretisch, einen Raum, der genügend groß ist und entsprechendes Material. Aus meiner Praxiserfahrungen habe ich gelernt, dass viel Dinge sich anders lesen, als wie es sich in der Praxis gestaltet.

Durch die normale Pflegeausbildung und 2 Jahre Berufsausbildung haben sie nicht genug praktische Erfahrung. Das merke ich auch in Gesprächen in der Praxis, das wird anders angekommen von den SchülerInnen, wenn ich Ihnen etwas zum EPH sage, als eine Pflegekraft ohne Praxiserfahrung.

D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen

11. Sehen Sie Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen? Was ist zu tun?

Zu tun wäre, dass man es festschreibt, dass es drin sein muss und es nicht freistellt. Der Inhalt sollte verbindlich sein und die Stundenanzahl sollte durchaus variabel sein. Keine Schule darf es unter den Tisch fallen lassen.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

Das ist es ja eigentlich schon. Es gibt in jedem Bundesland einen Rahmenlehrplan. Sinnvoll wäre somit ein einheitlicher Bundesrahmenlehrplan, für die, die nicht verstehen, das EPH schon längst verbindlich festgehalten ist. Ich bin letztes Jahr ja aus Bayern nach Hessen gewechselt. Ich habe viel "bayrisches" Wissen mitgebracht. Da habe ich ja auch an einen großen Curriculum in Südostbayern gearbeitet. Das hat viel Spaß gemacht. Ich weiß wie anstrengend Vereinheitlichung ist, aber das würde sich lohnen für unseren Beruf. Momentan werden Pflegekräfte aus Bayern und Baden-Württemberg bevorzugt, weil die Curricula und Prüfungen dort schwerer sind. Das hat was mit der Auslegung der Prüfungsverordnung zu tun. Die legt ja im Rahmen des eigenen Curriculums auch jedes Bundesland wieder anders aus. Wir brauchen mehr Einheit.

- **Wenn ja, welche Rahmenbedingungen sollten hinsichtlich EPH im Verantwortungsbereich des Ausbildungsbetriebs für die praktische Ausbildung verbindlich verankert werden?**

Wir haben auf einer Seite die Verantwortung für die SchülerInnen, und die PDLs haben auf der anderen die Verantwortung für ihre Leute. Das muss man irgendwie zusammenkriegen. Wünschenswert wäre, wenn die PraxisanleiterInnen die SchülerInnen länger begleiten könnten und wenn die Pflegenden auf Station wenigstens einmal im Jahr eine EPH- Auffrischung erhielten.

Zu meiner Zeit hat eine examinierte Pflegekraft immer nebenbei gestanden und mich darauf hingewiesen, dass ich auf meinen Rücken achten soll. Das findet heute nicht mehr statt. Das finde ich sehr sehr schade. Dieser Umgang ist abhanden gekommen. Es fehlt das Personal und die Zeit.

- **Wenn kein Handlungsbedarf bezüglich der Ausbildungsreform zum EPH gesehen wird, warum nicht?**

[Entfällt]

12. Sollte der Sonderstatus der Pflege mit der Zuständigkeit und Verantwortung der Schule für die praktische Ausbildung generell abgeschafft werden?

Nein, auf keinen Fall!

- **Würden Sie Ihre Ansicht für uns bitte erläutern?**

Einfach weil die Ausbildung in einer Hand bleiben sollte und ich als Lehrkraft auch wissen muss, was die in der Praxis machen. Ich kann nicht erst dazu kommen, wenn ich das praktische Examen abnehmen soll. Ich würde mir wünschen, (das gab es in Bayern als QM-Maßnahme in meiner Schule), dass ich mit jedem/r SchülerInnen im 3. Ausbildungsjahr 2 Tage auf Station arbeiten könnte in einem Frühdienst zur Betreuung einer Patientengruppe. Da vergisst man dann auch innerhalb von 2 Stunden diese SchülerInnen- Lehrkraftrolle, wir hatten da ja unseren eigenen Pflegebereich. So hatte ich immer einen viel besseren Überblick darüber, was sie auf den Stationen machen und wie weit sie sind. Außerdem brauchen die SchülerInnen Beistand. Sie sollen zwar selbst lernen, auf sich selbst aufzupassen, aber wir sind die Instanz, die dazu gerufen wird, weil alle wissen, dass wir was zu sagen haben. Wir sind die letzte Instanz der Rettung, als Schützenhilfe.

13. Tauschen Sie sich mit Lehrkräften aus einem anderen Bundesland zum EPH in der Pflegeausbildung aus?

Ich persönlich ja, weil ich natürlich auch Lehrkräfte aus Bayern kenne. Ich weiß aber, dass sich andere KollegInnen auch austauschen, auch mit solchen aus anderen Ländern z.B. der Schweiz. Da finden dann auch Treffen statt.

Abschließende Anmerkung: Was mir wirklich wichtig wäre zum Thema EPH, wäre eine einheitliche Regelung. Man sollte einen bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan schaffen. Wir haben das zwar durch die Prüfungsverordnung, nur die Länder versuchen das nach Gutdünken auszulegen, das ist nicht in Ordnung! Die sollte verbindlicher sein und wenn nötig, muss ein Rahmenlehrplan vom Bund her, wenn die nicht verstehen, dass das eigentlich schon einer ist.

10.3.2 **ExpertIn 2: GKP-/Altenpflegeschule in Thüringen (PflegerIn)**

[Interview: AS]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und EPH in der Pflegeausbildung – der Ist- Stand

1. Welchen Stellenwert hat aus Sicht der Pflegeberufsgruppe, für die Sie ausbilden, das Thema Selbstschutz im Patientenhandling?

Das Thema hat bei uns Priorität. Unsere Patienten werden immer pflegebedürftiger und gewichtiger. Wir haben sogar für unsere SchülerInnen gemeinsam mit der Krankenkasse einen zertifizierten Rückenschulkurs (diese sind jedoch nicht immer unbedingt begeistert, da auch das SchülerInnenklientel ein anderes ist (vom Umfeld sozial geprägt, wenig aktiv).

(Auf Nachfrage: "Können Sie kurz schildern, was Sie mit diesen Änderungen genau meinen?") Mein subjektives Erleben ist, dass die SchülerInnen sich viel weniger bewegen (die typischen "Computerkinder"), joggen/ Fahrrad fahren etc. hat nicht mehr die Bedeutung wie vor 10-15 Jahren, der Lustgewinn findet statt im Sitzzustand (Freunde treffen, PC, weniger Aktivität). Wir bieten auch ein großes Lernfeld an, um präventiv beim Thema gesunde Ernährung zu hohem Gewicht bei den SchülerInnen vorzubeugen, z.B. üben wir auch "gesundes Frühstück" praktisch. Man kann darauf hinweisen, aber nicht alles verändern.

Was die Patienten anbelangt, besteht ein höherer Hilfebedarf als vor 10-15 Jahren, aufgrund der Fallpauschalen in den Krankenhäusern besteht eine kürzere Verweildauer und sie sind von ihrer eigenen Bewegungskompetenz von Haus aus bereits sehr eingeschränkt. Es gibt weniger Patienten, die lange in der Rekonvaleszenz verweilen, daher ist der akute pflegerische Hilfebedarf in der Klinik höher.

- **Gibt es aus Sicht der Schulen einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Pflegeausbildung verstärkt zu widmen? (Und falls ja, warum?)**

Grundsätzlich schon, obwohl wir bereits viel Wert auf Bewegung und Wahrnehmung legen. In Thüringen ist man diesbezüglich durch die Lehrplankommission sehr gut aufgestellt, die Lehrpläne sind alle standardisiert, auch wenn die Schulen unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Aber alle verbindlichen Curricula aus Thüringen bilden diese Themen bereits sehr gut ab.

2. Wie präsent ist aus ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Ausbildung Ihrer Schule?

Ich denke, wir sind sehr gut aufgestellt. Es ist somit sehr präsent.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

Ich denke weniger. SchülerInnen stehen in der Hierarchie des Gesundheitswesens ganz unten. Für sie ist es schwierig, das Gelernte auch anzuwenden. In der Praxis ist das eine große Problematik. Es wird aufgrund von Zeitnot auf alt bekanntes Handling zurückgegriffen, weil es scheinbar schneller geht. EPH ist und braucht einen Lernprozess. Wir [gemeint ist die Schule] sind auch da gut aufgestellt. In den Kliniken unserer Praxispartner gibt es mindestens 2 PraxisanleiterInnen (evtl. auch 3). Diese werden auch von uns geschult. Da sind wir auf einem guten Weg. Wir führen auch einmal im Jahr eine modulare Fortbildung der Pflegekräfte in den Kliniken durch und weisen auf die Wichtigkeit des Themas hin.

- **Wie schätzen Sie den derzeitigen Ist- Stand der Umsetzung von EPH in der praktischen Ausbildung ein?**

Ich würde mir immer mehr wünschen, aber es ist nicht so, dass nichts umgesetzt wird. Da muss ich auch klar sagen: manchmal ist weniger mehr. Die SchülerInnen erkennen oft nicht das Detail, also wie auch kleine Dinge/ Veränderungen helfen können. Das merken wir auch in den praktischen Prüfungen (SchülerInnen machen dann folgendes: Bett auf Arbeitshöhe bringen, Position zum Bett verändern, anders Gewicht abgeben). Das sind schon wichtige Dinge, aber die SchülerInnen nehmen das nicht als große Umsetzung wahr.

3. Welchen Stellenwert hat für Sie persönlich die Vermittlung von Ergonomie und Prävention beim Patientenhandling?

Einen sehr hohen Stellenwert. Ich muss sagen, ich werde nächstes Jahr 50 und ich habe gar keine Probleme mit dem Rücken.

4. Wurde in Ihrer Schule ein Curriculum-Baustein zum Patientenhandling entwickelt?

Das liefert uns im Grunde unser verpflichtender Lehrplan. Wir füllen das mit uns allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aus. Einen extra Baustein gibt es so explizit nicht, ich würde sagen, der Lehrplan beinhaltet bereits diesen Baustein.

- **Wenn ja, wären Sie auf Nachfrage bereit, um Ihren Curriculum-Baustein für Studienzwecke zur Verfügung zu stellen bzw. nähere Einzelheiten zu erläutern?**

Ja.

- **Wenn nein, halten Sie es für wichtig, einen Curriculum-Baustein zum Patientenhandling zu entwickeln?**

Nein.

- **Wenn nein, wäre es hilfreich, wenn in Kooperation von Pflegewissenschaft und Arbeitsschutz hierzu ein Baustein entwickelt würde?**

Nein.

- **Wenn nein, wünschen Sie sich mehr Orientierung zu diesem Thema in den Ausbildungsgrundlagen (Berufsgesetz, Rahmenlehrplan, etc.)?**

Nein.

5. **Wurden an Ihrer Schule prüfungsrelevante Lernziele und Kompetenzen definiert?**

Wir haben hier in Thüringen zentrale Prüfungen. D.h. die Prüfungskommission legt die Inhalte für alle schriftlichen Prüfungen fest. Da werden auch solche Inhalte immer wieder mal abgefragt. Das geschieht auf der Basis des Lehrplans, der auch die entsprechenden Kompetenzen formuliert und definiert.

6. **Welche Gestaltungsspielräume sehen Sie für die Vermittlung von Kompetenzen zum Ergonomischen Patientenhandling in der Ausbildung an Ihrer Schule?**

Wir haben grundsätzlich 2100 Theoriestunden. Und davon stehen uns 200 Stunden zur freien Verfügung. Wir nutzen dies z.B. zur Vermittlung für Bobath, einen Besuch in der Reha-Pflege, einen Workshop zum ergonomischen Arbeiten und Kinästhetik. Wir sind also insgesamt relativ frei.

- **Welche Veränderungen in den Ausbildungsgrundlagen wären hilfreich?**

Mir würde es helfen, wenn bestimmte Themen aus den verschiedenen Lernfeldern anders zusammengeführt wären, z. B. aus dem Lernfeld 1.1.3 aus dem Lehrplan -> Thema Bewegen (Anatomie, Physiologie, Chirurgie, Orthopädie, Pflege inkl. Pflegeproblemen und Pflegernzielen).

Das Lernfeld 2.1.3 führt dann alle pflegerischen Interventionen zu. Das finde ich schwierig zu trennen, der Pflegeprozess auch nicht unterteilt ist. Das ist im Curriculum der Altenpflege besser gelöst, da gibt es keine Trennung.

B. Unterricht im Bereich EPH

7. **Werden im Unterricht Ihrer Schule präventive Aspekte zu rückengerechten Arbeitsweisen grundsätzlich in relevante Themenblöcke integriert?**

Definitiv ja. Z.B. zertifizierte Rückenschule und zertifizierter Kinästhetik- Grundkurs.

8. **Werden der Umgang mit Rückenproblemen und "Rückenunfällen" sowie Patientenhandling als Ursache im Unterricht Ihrer Schule thematisiert?**

Ja. Auch definitiv deswegen, weil wir in der Vergangenheit 3 SchülerInnen mit Bandscheibenvorfällen hatten. Das hat uns veranlasst, mit der Krankenkasse in Verbindung zu treten und SchülerInnen diese Thematik gesondert zuzuführen.

- **Werden präventive Handlungsstrategien dazu im Unterricht eingeübt?**

Ja.

- **Ist in diesem Zusammenhang eine konkrete Zusammenarbeit mit den Ausbildungsbetrieben möglich?**

Grundsätzlich ja.

9. **Findet praktischer Unterricht zu allen Bereichen des Patientenhandlings (also: Bewegen/ Mobilisieren, Lagern, Unterstützen von Teilbewegungen, gezielter Hilfsmiteinsatz zur Entlastung) statt?**

Ja,

- **Sind Sie der Ansicht, dass ausreichende Räumlichkeiten, Ausstattung und Zeit für praktische Übungen zur Verfügung stehen?**

Naja.

Zu Räumlichkeiten: Wir sind kreativ. Durch unsere Kooperationspartner (z.B. das Sanitätshaus) haben wir Möglichkeiten, bestimmte Dinge auszulagern (Hilfsmiteileinsatz üben).

Zu Zeit: Die empfinden wir definitiv als zu knapp! Damit meine ich besonders die Zeit für die des Lernens in der Praxis. Das Gelernte muss auch angewandt werden können, das hört nicht mit dem Ende des Rückenschulkurses auf.

10. Fühlen Sie sich dazu qualifiziert, um auch präventive und ergonomische Gesichtspunkte im Unterricht einzubeziehen?

Ja.

- **Falls Sie nicht selbst unterrichten, wie würden Sie Ihre KollegInnen diesbezüglich einschätzen?**

[Entfällt]

- **Wenn nein, beziehen Sie andere ExpertInnen (auch außerhalb der Pflege) in den Unterricht mit ein? Welche?**

[Entfällt]

C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH

11. In welcher Form findet generell die Zusammenarbeit mit der praktischen Ausbildung hinsichtlich der Umsetzung von Lernsituationen statt?

Das das ist ein ganz weites Feld. Zweimal im Jahr veranstalten wir ganztags ein Treffen für PraxisanleiterInnen in den Ausbildungseinrichtungen. Dort besprechen wir verschiedene Themen (Prüfungsauswertung, Patientenhandling, Anleitungssituationen, Vor-/ Zwischen-/ Abschlussgespräche) Wir fühlen uns relativ gut unterstützt. Wir als Schule haben auch ganz klare Regularien für die praktische Ausbildung: Wann muss ein PraxisanleiterInnen schriftlich beurteilen? Unter welchen Kriterien sind Hausaufgaben anzufertigen? Auf welchen Stationen sind diese anzufertigen? Wie wird der Praxisanleitungstag auf Station vorbereitet und durchgeführt? Wie wird er gemeinsam mit dem SchülerInnen ausgewertet und besprochen?

Wir haben einen Praxisanleitungsordner, die Vorlagen der Verlage bilden ja nicht alles genug ab. Wir haben alles an den Lehrplan angepasst und aufgearbeitet, einschließlich aller Beurteilungs- und Praktikumsbögen und Zuschnitt auf die einzelnen Fachbereiche des Praxislernorts. Ziel ist es, dass die Kompetenzentwicklung der SchülerInnen beurteilt werden kann.

12. Welche Handlungskompetenzen sollten in der praktischen Ausbildung bezogen auf Selbstschutz im Patientenhandling erworben werden?

Zunächst mal den Selbstschutz in Hinblick auf hygienisches Arbeiten, Infektionserreger, Distanz und Nähe (die Klinik hat eine große Psychiatrieabteilung) und dann alles zum Thema Bewegung, Muskulatur, Gewichtsabgabe, Körperhaltung, Gewichtsaufnahme.

13. Gibt es grundlegende Defizite der praktischen Ausbildung, die sich auch auf den Erwerb praktischer Kompetenzen zum EPH auswirken?

Grundlegend würde das das nicht so bezeichnen. Ja natürlich, es gibt überall Defizite. Die SchülerInnen müssen auf jeden Fall mehr Unterstützung im Fachbereich erfahren. Gestandene Pflegekräfte greifen eher auf alte Methoden zurück, es gibt auch keine Zeit für diese, Neues zu lernen. Die SchülerInnen merken das und haben nicht den nötigen Mut. Zum Beispiel führen wir ja die modulare Schulung in den Kliniken für das Pflegepersonal zum Thema Handling durch. Wenn das Pflegenden von der Intensivstation sind oder von der Stroke-Unit, da merkt man, wie die ihr Handling umsetzen, die haben inzwischen einen großen Lernprozess angestrebt. Aber wenn wir Pflegenden aus der z.B. Chirurgie haben, die seit 30 Jahren auf einer Station sind, fällt das sehr schwer, zu "Neuem" zu motivieren.

14. Welche Voraussetzungen sind konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung von Bedeutung?

Die SchülerInnen muss mehr Zeit für Lernen haben; sie ziehen sich sehr zurück. Das was im Unterricht mitgenommen wird, muss man auch anwenden können, auch im Sinne von Irrtum und Lösung. Das erfordert Zeit, ist aber ein ganz normaler Prozess und erfordert Zeit

Das ist ein ganz normaler Schritt. Da fehlt das Verständnis von den Pflegenden auf Station (Interesse/ Motivation, Neues umzusetzen). Es braucht auch den "Aha"- Effekt für die SchülerInnen und Mut für die Umsetzung, trotz aller Widerstände.

Andere Voraussetzungen sind vor Ort gut gegeben (genügend Hilfsmittel auf Stationen). Aber auch hier: Die Zeit ist ein Problem.

(Auf Nachfrage: "Können Sie kurz zu folgenden Dingen hinsichtlich der Frage Stellung nehmen?") Naja, Mindestqualifikationen, die halte ich für sinnvoll. Definitiv ja! Vielen ist es nicht bewusst, dass es nicht immer eine Berufsunfähigkeitserkrankung, ist wenn man Rückenprobleme hat. Zudem muss der Patient geschützt werden beim Handling, das ist eine Ressource, die von vielen nicht offensichtlich, sie sind dann viel kooperativer.

D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen

15. Sehen Sie Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen? Was ist zu tun?

Nein. In Thüringen sind wir gut aufgestellt. Das steht bereits alles im Curriculum, das für uns sowieso verbindlich ist.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

[Entfällt]

- **Wenn ja, welche Rahmenbedingungen sollten hinsichtlich EPH im Verantwortungsbereich des Ausbildungsbetriebs für die praktische Ausbildung verbindlich verankert werden?**

[Entfällt]

16. Sollte der Sonderstatus der Pflege mit der Zuständigkeit und Verantwortung der Schule für die praktische Ausbildung generell abgeschafft werden?

Nein.

- **Würden Sie Ihre Ansicht für uns bitte erläutern?**

Ich denke, es ist gut, dass es in der Verantwortung der Schule liegt. Damit ist sichergestellt, dass der bestimmte Fachbereiche in der praktischen Ausbildung kennenlernt. Zudem trägt die Schule die Verantwortung, dass das auf Stationen so realisiert wird, wie es im Lehrplan verankert ist. Das gibt uns die Möglichkeit, mit diesen Verantwortlichen gemeinsam zu sprechen, gemeinsam festzulegen, denen die Verantwortung bewusst zu machen. Außerdem muss der/ die SchülerIn bei den schlechten Bedingungen (Zeitnot) geschützt werden, sonst wäre er nur noch eine zusätzliche Arbeitskraft und würde nicht praktisch ausgebildet werden.

17. Tauschen Sie sich mit Lehrkräften aus einem anderen Bundesland zum EHP in der Pflegeausbildung aus?

Nicht verbindlich. Aber ich war letztes in Berlin und habe mir andere Schulprojekte angeschaut. In anderen Bundesländern wird das so gehandelt, ja.

Den ersten Preis bei diesem Wettbewerb in Berlin hat eine Schule gewonnen, die Kinästhetik in die Ausbildung integriert hat. Das hat mich sehr erschreckt, das ist doch bei uns (Thüringen) längst Alltag und bei denen nicht. Selbst Schulen, die keine eigenen TrainerInnen haben, lehren EPH. Ich arbeite auch als Honorarkraft an diesen Schulen.

10.3.3 **ExpertIn 3: Altenpflegeschule in Nordrhein-Westf. (PflegelehrerIn)**

[Interview: AS]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und EPH in der Pflegeausbildung – der Ist- Stand

1. **Welchen Stellenwert hat aus Sicht der Pflegeberufsgruppe, für die Sie ausbilden, das Thema Selbstschutz im Patientenhandling?**

Sehr hoch.

- **Gibt es aus Sicht der Schulen einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Pflegeausbildung verstärkt zu widmen? (Und falls ja, warum?)**

Wir bieten seit 1994 in allen Kursen der Altenpflegeausbildung zu Beginn der Ausbildung einen Grundkurs für Kinästhetik an. Was wichtig wäre, ist jedoch eine Kooperation mit der praktischen Ausbildung zu finden, damit die SchülerInnen handlungskompetent werden. Wir brauchen einfach mehr TutorInnen und PraxisanleiterInnen (PA), weil die Überführung vom theoretischen in die Praxis zu mangelhaft und gering stattfindet.

2. **Wie präsent ist aus ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Ausbildung Ihrer Schule?**

Das ist schon präsent und grundlegend, obwohl das auch mehr ausgearbeitet werden könnte. Die Anwendung, also der Schritt in die Praxis fehlt. Wir bieten ab Oktober eine Fortbildung für PraxisanleiterInnen, gemeinsam mit der AOK zum Thema "Betriebliche Gesundheitsförderung in der Pflege" an. Da werden klassische Themen behandelt. Die TeilnehmerInnen sollen in den Betrieben dann ein Projekt durchführen. Im Nachgang der Weiterbildung sollen sie im Stande sein, betriebliches Gesundheitsmanagement zu betreiben (Gefahrenanalyse, Verbesserungsvorschläge). Das ist alles sehr eng angekoppelt an die Leitung im Haus.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

Aber sicher.

- **Wie schätzen Sie den derzeitigen Ist- Stand der Umsetzung von EPH in der praktischen Ausbildung ein?**

Die Umsetzung ist nicht ausreichend. Ich sage es mal am Beispiel der Kinästhetik. Wir bekommen die Rückmeldung der SchülerInnen, dass es nicht gehandhabt wird. Es sei dafür nicht genügend Zeit vorhanden, würden die Pflegekräfte sagen. Das ist nicht flächendeckend so, aber der Anteil ist einfach noch zu hoch.

3. **Welchen Stellenwert hat für Sie persönlich die Vermittlung von Ergonomie und Prävention beim Patientenhandling?**

Auch eine sehr hohen.

4. **Wurde in Ihrer Schule ein Curriculum-Baustein zum Patientenhandling entwickelt?**

Ja, wir arbeiten da ganz eng mit der Trainerin für Kinästhetik zusammen. Wir haben auch schwerpunktmäßig Bobath im Lehrplan.

- **Wenn ja, wären Sie auf Nachfrage bereit, aus einem anderen Bundesland für Studienzwecke zur Verfügung zu stellen bzw. nähere Einzelheiten zu erläutern?**

Ja, das wird auch thematisiert auf PraxisanleiterInnentreffen.

- **Wenn nein, halten Sie es für wichtig, einen Curriculum-Baustein zum Patientenhandling zu entwickeln?**

[Entfällt]

- **Wenn nein, wäre es hilfreich, wenn in Kooperation von Pflegewissenschaft und Arbeitsschutz hierzu ein Baustein entwickelt würde?**

[Entfällt]

- **Wenn nein, wünschen Sie sich mehr Orientierung zu diesem Thema in den Ausbildungsgrundlagen (Berufsgesetz, Rahmenlehrplan, etc.)?**

[Entfällt]

5. **Wurden an Ihrer Schule prüfungsrelevante Lernziele und Kompetenzen definiert?**

Ja. Die schriftlichen Abschlussprüfungen sind nicht zentral. Wir stellen das wahlweise zusammen. Auf dem Weg dahin gibt es auch Leistungsnachweise, theoretische sowie praktische Übungen und Projektarbeiten zu dem Thema.

6. Welche Gestaltungsspielräume sehen Sie für die Vermittlung von Kompetenzen zum Ergonomischen Patientenhandling in der Ausbildung an Ihrer Schule?

Sehr groß. Wir können z.B. gut variieren, was die Stundenanzahl anbelangt.

- **Welche Veränderungen in den Ausbildungsgrundlagen wären hilfreich?**

Ich hätte gerne, dass es mehr festgeschriebene Qualitätsstandards gibt. Kinästhetik – das müsste hinein. Aber das in den Trägerkonferenzen zu diskutieren, ist widersinnig. Die Ausbildungsbetriebe sehen den Bedarf noch nicht. Wir hatten vorgeschlagen, dass unsere Kinästhetik-Lehrkraft in den Betriebe geht. Das muss aber auch finanziert werden und dann ist das Bewusstsein dafür noch nicht da.

B. Unterricht im Bereich EPH

7. Werden im Unterricht Ihrer Schule präventive Aspekte zu rückengerechten Arbeitsweisen grundsätzlich in relevante Themenblöcke integriert?

Ja.

8. Werden der Umgang mit Rückenproblemen und "Rückenunfällen" sowie Patientenhandling als Ursache im Unterricht Ihrer Schule thematisiert?

Ja.

- **Werden präventive Handlungsstrategien dazu im Unterricht eingeübt?**

Ja. Wir sprechen aktuell mit einem großen Fitnesscenter, weil wir an dem Thema auch arbeiten.

Die SchülerInnen müssen aus BG-Sicht etwas über den Rücken lernen und auch das wie sie in der Ausbildung präventiv handeln sollten. Wir glauben, dass sie zu wenig machen (sportlich). Viele haben ein Problem mit dem Körpergewicht.

Der Auslöser für unser Projektvorhaben ist der hohe Krankenstand. So ist das auch das AOK Kooperationsprojekt entstanden. Im Ausbildungsbereich erleben wir ehemalige SchülerInnen, die als Reha-Fall zurück an die Schule kommen und dann in die Umschulung gehen.

- **Ist in diesem Zusammenhang eine konkrete Zusammenarbeit mit den Ausbildungsbetrieben möglich?**

Es ist möglich, aber sehr zögerlich. So nach dem Motto: Wir müssten da auch mal was machen. Stationäre und ambulante Pflege machen noch kein prospektives Personalmanagement und Pflege. Die behandeln nur Themen, die gerade brennen. Das ist eher reaktives Handeln.

9. Findet praktischer Unterricht zu allen Bereichen des Patientenhandlings (also: Bewegen/ Mobilisieren, Lagern, Unterstützen von Teilbewegungen, gezielter Hilfsmiteinsatz zur Entlastung) statt?

Ja im weitesten Sinne schon. Was wir nicht mehr in der Theorie machen, ist der Hilfsmiteinsatz (z.B. wie Lifter eingesetzt werden). Das muss praktisch stattfinden, vereinzelt findet es noch statt. Wir haben auch einen Demoraum, aber der ist nicht so ausgeprägt, wie er handlungskompetent vor Ort sein müsste. Die SchülerInnen haben unterschiedlichste Möglichkeiten, Hilfsmiteinsatz in der Praxis zu erlernen.

- **Sind Sie der Ansicht, dass ausreichende Räumlichkeiten, Ausstattung und Zeit für praktische Übungen zur Verfügung stehen?**

Ja wir haben gerade neu gebaut, Das ist ganz gut. Wenn man wirklich Platz raucht, arbeiten wir mit dem Fitnesscenter zusammen. Dann geht man halt in andere Räume.

10. Fühlen Sie sich dazu qualifiziert, um auch präventive und ergonomische Gesichtspunkte im Unterricht einzubeziehen?

Ja. Wir haben auch die Profis aus der Praxis. Wir haben einige gute DozentInnen und promovierte SportwissenschaftlerInnen.

- **Falls Sie nicht selbst unterrichten, wie würden Sie Ihre KollegInnen diesbezüglich einschätzen?**

Sehr gut.

- **Wenn nein, beziehen Sie andere ExpertInnen (auch außerhalb der Pflege) in den Unterricht mit ein? Welche?**

(Kinästhetik-TrainerInnen, praktische PflegeexpertInnen, SportwissenschaftlerInnen, Gymnastiklehrkräfte, SozialwissenschaftlerInnen für das Thema Psychohygiene).

C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH

11. In welcher Form findet generell die Zusammenarbeit mit der praktischen Ausbildung hinsichtlich der Umsetzung von Lernsituationen statt?

In Form von Lernaufgaben, die von den Kursleitern für die SchülerInnen geschrieben werden. Die gehen damit in die Praxis. Und PAs sollen dann die SchülerInnen dahingehend unterstützen, was wir auch beispielhaft gemacht haben (nicht flächendeckend), sind Besuche der Kinästhetik-TrainerInnen bei den SchülerInnen in der Praxis. Das bringt natürlich sehr viel.

12. Welche Handlungskompetenzen sollten in der praktischen Ausbildung bezogen auf Selbstschutz im Patientenhandling erworben werden?

Im Grunde genommen, sich im praktischen Alltag ausreichend gegen "Nicht ergonomischen Handeln" widersetzen zu können. D.h. Mut zu haben, es anders zu machen, darauf hinzuweisen auch wenn Patienten/ Bewohner unsachgemäß angefasst werden.

13. Gibt es grundlegende Defizite der praktischen Ausbildung, die sich auch auf den Erwerb praktischer Kompetenzen zum EPH auswirken?

a) Mangelnder Theorie-Praxistransfer.

b) Nicht vorhandene Möglichkeiten praktisches Handling zu üben.

c) Mangelnde Qualifikation von PraxisanleiterInnen: Die haben zwar ihre Weiterbildung, aber ansonsten sind sie oft gering geschult, Zu 99% sind sie zudem nicht freigestellt und sind nur mehr oder weniger motiviert. Die Träger müssen halt eine Zahl liefern, aber für die Berufsgruppe selbst wird zu wenig getan (Ausbildung, Freistellung, Finanzierung). Dann wäre vieles anders in der Pflege.

d) Zeitmangel: Nächtliches Arbeiten der SchülerInnen auf den Stationen, da müssen diese alleine handeln. Hinzu kommt, dass sie dort mindestens 50% nicht ausgebildetes Personal antreffen, denen die SchülerInnen es auch noch erklären müssen. Das sind alles Zustände und Situationen, die in der Praxis sehr schwer sind. In der häuslichen Pflege sind die Bedingungen gar nicht geeignet, um die Kompetenzen umzusetzen, weil die Räumlichkeiten/ techn. Ausstattung nicht vorhanden sind.

14. Welche Voraussetzungen sind konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung von Bedeutung?

Gute Lehrkräfte, gut geschulte PAs, Ermöglichung der Umsetzung.

D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen

15. Sehen Sie Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen? Was ist zu tun?

Ja, ich würde es sehr begrüßen, mehr Qualitätsstandards für die Schule und die praktische Ausbildung zu definieren.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

Z.B. in Bobath-, Kinästhetik-Konzepten, multidisziplinäre Teamarbeit mit Reha-Abteilungen, Physiotherapeuten.

- **Wenn ja, welche Rahmenbedingungen sollten hinsichtlich EPH im Verantwortungsbereich des Ausbildungsbetriebs für die praktische Ausbildung verbindlich verankert werden?**

Dass PAs entsprechend schulen und freistellen. Nachweise führen, ob sie die SchülerInnen praktisch anleiten (es muss einfach stattfinden). Das muss soweit bis zur Wohnraumberatung im Häuslichen Bereich gehen mit Technikunterstützung.

Wir machen jetzt bei einem Projekt mit "Zukunftswerkstatt – Technik trifft Pflege", gemeinsam mit dem Fraunhofer Institut mit. Das ist eine Elektronik- und Kunststoffirma, die Produkte für die Gesundheitswirtschaft und Pflege entwickeln. Das Projekt führt beide Personenbereiche zusammen und da wird dann diskutiert, welche Produkte brauchen wir, wie müssen diese geändert werden? Die verschiedenen Fachgebiete sprechen ja nicht miteinander oder kennen sich nicht aus im anderen Feld. Dann werden Produkte produziert, die keiner braucht.

Eine Vereinheitlichung aller Lehrpläne darf nicht im Sinne von Qualitätseinbußen stattfinden (Faule Kompromisse sind das), so wie es auch beim Bundesaltenpflegegesetz stattgefunden hat.

- **Wenn kein Handlungsbedarf bezüglich der Ausbildungsreform zum EPH gesehen wird, warum nicht?**

[Entfällt]

16. Sollte der Sonderstatus der Pflege mit der Zuständigkeit und Verantwortung der Schule für die praktische Ausbildung generell abgeschafft werden?

Ja, das müsste in Schritten durchgeführt werden. Ich würde denen mehr Kompetenzen geben, die bilden ja auch aus und müssen mehr ein Bewusstsein für die praktische Ausbildung entwickeln. Mehr fordern und fördern. Im Sinne des Arbeitsschutzes sind wir sowieso kaum für die SchülerInnen tätig, da wir kaum etwas von den wirklichen Verhältnissen mitbekommen. Wenn das Bewusstsein erhöht wird, würde sich automatisch was verbessern, und kein Handeln im Sinne von "Das muss ja die Schule nicht wissen". Die Eigenverantwortung müsste gestärkt werden.

- **Würden Sie Ihre Ansicht für uns bitte erläutern?**

[Siehe oben]

17. Tauschen Sie sich mit Lehrkräften aus einem anderen Bundesland zum EHP in der Pflegeausbildung aus?

Ja, wir tauschen uns insgesamt aus. Ich bin im Vorstand der Ausbildungsstätten für Altenpflege in Deutschland. Da tauschen wir uns aus.

10.3.4 ExpertIn 4: Altenpflegeschule in Bayern (PflegelehrerIn)

[Interview: AS]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und EPH in der Pflegeausbildung – der Ist- Stand

1. Welchen Stellenwert hat aus Sicht der Pflegeberufsgruppe, für die Sie ausbilden, das Thema Selbstschutz im Patientenhandling?

Bei uns hat es einen sehr großen Stellenwert. Wobei die SchülerInnen ja Lernen durch Beobachtung und wenn sie in der Praxis etwas Falsches beobachten, tja ... aber das richtet sich nach den Einrichtungen, wie viel Wert die jeweils auf die Ausbildung ihrer Mitarbeiter legen.

- **Gibt es aus Sicht der Schulen einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Pflegeausbildung verstärkt zu widmen? (Und falls ja, warum?)**

Bei den Sichtungen in der Praxis, da werden die Defizite der SchülerInnen offensichtlich. Daher wäre es schön, wenn man Kinästhetik verstärkt einbauen könnte. Aber das hängt an mehreren Faktoren, dass es nicht möglich ist: zum Teil ist das eine finanzielle Angelegenheit und eine zeitliche. Und dann ist es ja auch noch in den Händen der Einrichtungen. Die Pflegekräfte und SchülerInnen sagen, sie haben keine Zeit, die Pflegekräfte wollen nach der Arbeit schnell nach Haus oder sind generell zum Großteil überlastet.

(Auf Nachfrage, was mit Defiziten gemeint ist): Naja, wenn die SchülerInnen nicht rückschonend arbeiten, die Bettenhöhe nicht verstellen, die Bettgitter nicht runter machen, obwohl sie darauf hingewiesen werden. Es gibt ja nach den Sichtungen auch immer eine Besprechung.

2. Wie präsent ist aus ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Ausbildung Ihrer Schule?

Wir achten vom 1. Block drauf, dass die SchülerInnen lange im Beruf tätig sein können. Das war ja auch ihre Berufswahl.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

Bei den Praxisbesuchen achten wir auch darauf.

- **Wie schätzen Sie den derzeitigen Ist- Stand der Umsetzung von EPH in der praktischen Ausbildung ein?**

SchülerInnen fühlen sich häufig allein gelassen, wenn sie in der Praxis sind. Kontrollen finden durch die Sichtung der Schule statt.

Aber die PraxisanleiterInnen (PA) fungieren nur sehr selten als reine PAs. Die müssen ja auch ihrer Pflergetätigkeit nachgehen.

Und in der Praxis sind bei den Pflegekräften Hauruck und Rüber ziehen der Patienten Tagesordnung. Der Patient wird nicht in seiner Restmobilität unterstützt im Sinne einer qualitativen Pflege, an den Achsen hoch heben, aus dem Rollstuhl ziehen – die ackern sich einen ab. SchülerInnen nehmen sich zwar eine Hilfsperson beim Transfer hinzu, aber achten nicht auf kinästhetische Aspekte. "Wir haben keine Zeit", wird dann immer gesagt. Bestimmte Techniken sind aufwendig, aber im Hinblick auf "Ich achte auf meinen Körper" wäre das doch vorrausschauend.

3. Welchen Stellenwert hat für Sie persönlich die Vermittlung von Ergonomie und Prävention beim Patientenhandling?

Natürlich einen sehr hohen. Ich habe selbst persönlich Rückenprobleme, durch einen Autounfall. Da zeige ich meinen SchülerInnen, dass es wichtig ist die restlichen Fähigkeiten zu erhalten, dass man mit Einschränkungen pflegerisch trotzdem noch viel leisten kann und man sich nicht schaden darf, wenn man eh schon belastet ist.

4. Wurde in Ihrer Schule ein Curriculum-Baustein zum Patientenhandling entwickelt?

Wir haben ja den Bayerischen Lehrplan, wo das schon verankert ist.

- **Wenn ja, wären Sie auf Nachfrage bereit, aus einem anderen Bundesland für Studienzwecke zur Verfügung zu stellen bzw. nähere Einzelheiten zu erläutern?**
- **Wenn nein, halten Sie es für wichtig, einen Curriculum-Baustein zum Patientenhandling zu entwickeln?**

Mir ist es wichtig, dass es überhaupt durchgeführt wird. Wir haben es im Bayrischen Lehrplan drinnen stehen. Meine Kollegin gibt auch Input über ihre Fortbildung von der Kommunalen Unfallversicherung Bayern.

- **Wenn nein, wäre es hilfreich, wenn in Kooperation von Pflegewissenschaft und Arbeitsschutz hierzu ein Baustein entwickelt würde?**

Eine Kooperation zwischen Arbeitsschutz und Krankenkasse würde ich als wünschenswert empfinden. Aber ein bisschen mitreden wäre wichtig. Ich denke, dass wir durch unsere Lehrtätigkeit nochmals gut aufzeigen könne, wie und was man vermitteln könnte und wie das umsetzbar das den SchülerInnen weiterzugeben.

- **Wenn nein, wünschen Sie sich mehr Orientierung zu diesem Thema in den Ausbildungsgrundlagen (Berufsgesetz, Rahmenlehrplan, etc.)?**

Das was wir haben, würde reichen.

5. Wurden an Ihrer Schule prüfungsrelevante Lernziele und Kompetenzen definiert?

Ja und zwar praktische Prüfungen im Demoraum, schriftliche Nachweise und Lernzielkontrollen. Große Prüfungen finden mit der Regierung statt.

6. Welche Gestaltungsspielräume sehen Sie für die Vermittlung von Kompetenzen zum Ergonomischen Patientenhandling in der Ausbildung an Ihrer Schule?

Die Stundenanzahl ist vorgegeben. Einen großen Spielraum haben wir da nicht mehr. Wir haben ja nur ein bestimmtes Stundenkontingent um die 3 Jahre leisten zu können. Außerdem ist das eine finanzielle Komponente, aber wir weisen die SchülerInnen immer auf Kurse hin, die stattfinden (Sportkurse), damit die Teilnehmer etwas für sich tun, auch noch nach der Ausbildung. Da lassen wir nicht locker.

- **Welche Veränderungen in den Ausbildungsgrundlagen wären hilfreich?**

Eine Arbeitsrichtlinie und der Stellenwert benötigt Aufwertung in der Praxis. Außerdem haben wir das Zeitproblem nach wie vor.

B. Unterricht im Bereich EPH

7. Werden im Unterricht Ihrer Schule präventive Aspekte zu rückengerechten Arbeitsweisen grundsätzlich in relevante Themenblöcke integriert?

Ja.

8. Werden der Umgang mit Rückenproblemen und "Rückenunfällen" sowie Patientenhandling als Ursache im Unterricht Ihrer Schule thematisiert?

Ja. Die werden sie in jedem Unterrichtsblock drauf hingewiesen und angesprochen. So, dass es nicht ins Vergessen gerät. Es gibt auch Übungen im Demoraum am Pflegebett mit jeweils 2 Lehrkräften am Bett. Dort üben wir, wir man sich richtig hinstellt und dass die Höhe verändert werden muss. Das wird dann immer gut von den SchülerInnen verstanden. Wir machen sehr viele praktische Übungen, lassen nachempfinden.

- **Werden präventive Handlungsstrategien dazu im Unterricht eingeübt?**

Ja. Hilfsmittelschulung: Rollstuhl, Pflegebetten, Tücher, dann kommt noch jemand vom Sanitätshaus. Der lässt dann die Hilfsmittel bis zu 4 Doppelstunden ausprobieren.

Auch wird die Broschüre der Gesetzlichen Unfallkassen zum Thema "Rückengerechter Patiententransfer in der Altenpflege" ausgeteilt und bearbeitet. Außerdem werden Leistungsnachweise und Kontrollen durchgeführt.

- **Ist in diesem Zusammenhang eine konkrete Zusammenarbeit mit den Ausbildungsbetrieben möglich?**

Wir haben eine konkrete Zusammenarbeit, ja. Zweimal jährlich gibt es ein PA-Treffen. Ansonsten bei den Praxisbesuchen. Da führen wir Gespräche mit den Wohnbereichsleitungen und den PAs. Und wenn es noch im Zeitrahmen liegt, zeigen wir den SchülerInnen und den PraxisanleiterInnen, wo die Defizite lagen und wie man es besser machen kann. Zum größten Teil sind die PAs bei diesen Sichtungen der Schule in der Praxis dabei.

9. Findet praktischer Unterricht zu allen Bereichen des Patientenhandlings (also: Bewegen/ Mobilisieren, Lagern, Unterstützen von Teilbewegungen, gezielter Hilfsmiteinsatz zur Entlastung) statt?

Ja klar, alle Bereiche werden in allen 3 Ausbildungsjahren immer wieder angesprochen. Wir versuchen das auch an bestimmten Krankheitsbildern festzumachen und den "Aktivitäten des täglichen Lebens".

- **Sind Sie der Ansicht, dass ausreichende Räumlichkeiten, Ausstattung und Zeit für praktische Übungen zur Verfügung stehen?**

Nein. Der Raum ist zwar groß genug, aber er ist sehr alt und umständlich. Die Ausstattung ist nicht modern. Außerdem kann man nicht alle Hilfsmittel gut lagern. Da ist das Sanitätshaus ganz hilfreich. Die Zeit ist auch zu wenig. Das liegt ja in den Händen der Praxiseinrichtungen. Wir können da ja nur drauf hinweisen und die Praxisstellen müssen das entsprechend vermitteln. Aber leider sieht es so aus, dass die SchülerInnen eine Fachkraft ersetzen und dementsprechend auch arbeiten. Die PAs haben auch zu wenig Zeit, um sich um die SchülerInnen zu kümmern. Praktische Ausbildung findet zwar noch unter diesen Bedingungen statt, sie müssen ja auch eine Beurteilung erarbeiten und für die Prüfung fit gemacht werden.

10. Fühlen Sie sich dazu qualifiziert, um auch präventive und ergonomische Gesichtspunkte im Unterricht einzubeziehen?

Ja.

- **Falls Sie nicht selbst unterrichten, wie würden Sie Ihre KollegInnen diesbezüglich einschätzen?**

Meine KollegInnen und ich machen gegenseitiges Team-Teaching. D.h. im Demoraum üben wir vor jedem neuen Kurs, der eine Stunde darin hat, an uns selbst was wir einüben wollen. Dass es sitzt, weil wir ja nicht praktisch tätig sind.

- **Wenn nein, beziehen Sie andere ExpertInnen (auch außerhalb der Pflege) in den Unterricht mit ein? Welche?**

[Entfällt]

C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH

11. In welcher Form findet generell die Zusammenarbeit mit der praktischen Ausbildung hinsichtlich der Umsetzung von Lernsituationen statt?

Das sind unsere PraxisanleiterInnentreffen. Dann haben wir noch die Nachbesprechungen (Reflexionen) nach dem Praxisbegleittag und jeweils bei Bedarf.

12. Welche Handlungskompetenzen sollten in der praktischen Ausbildung bezogen auf Selbstschutz im Patientenhandling erworben werden?

Grundwissen, was sie durch den Unterricht bekommen: Wissen zu Rücken/ Wirbelsäule, die ganzen Prinzipien, wie man Arbeitsmittel planen und vorbereiten kann, wie stelle ich mich hin, wie bereite ich die Hilfsmittel auf, wie gebe ich für den Patienten Kommando, so dass nicht der Muskeltonus ungleich angespannt wird. Man kann die Arme verlängern, durch die Beinstellung Reibungen reduzieren, auf Scherkräfte achten und die Arbeitshöhe einstellen. Wir haben dafür hier auch eine "Aha"-Regel: Ansprechen, Höhe einstellen, Ausgangstellung.

13. Gibt es grundlegende Defizite der praktischen Ausbildung, die sich auch auf den Erwerb praktischer Kompetenzen zum EPH auswirken?

a) PraxisanleiterInnen: In manchen Häusern ist alles vorbildlich (eigene PhysiotherapeutInnen, von denen die MitarbeiterInnen und SchülerInnen noch was lernen, viele hausinterne Schulungen). Es gibt aber auch private Träger oder auch andere Häuser der Wohlfahrtspflege, wo EPH eine Schwachstelle ist oder die PAs wurden nur dazu "verdonnert", als PAs zu fungieren. Überall herrscht bereits Pflegenotstand! Entsprechend werden die SchülerInnen als Vollkraft eingesetzt und die PAs wechseln oft ihre Position oder Arbeitsstelle. Was soll man da verlangen?

b) Zeitmangel: Ja, die Aussage ist halt in der Praxis "Wir haben ja keine Zeit". Da wird an den Klienten gezerrt und gehoben, bevor eine kinästhetische Bewegung gemacht wird. Aber es sind auch auf Station oft bis zu 20 Personen zu duschen, essen einzugeben, anzukleiden, am besten noch von 6-8 Uhr. Da wird man wahnsinnig bei so viel Druck. So sind halt die Vorgaben der einzelnen Einrichtungen, obwohl man ja Bewohner auch nach dem Frühstück waschen könnte. Dies sind selbsterstellte Arbeitsspitzen.

c) Mangelnde Voraussetzungen der examinierten Pflegekräfte: mangelndes Interesse.

d) Mangelnde Voraussetzungen der SchülerInnen: Mangelndes Interesse. Sie machen zu wenig Sport, haben Gewichtsprobleme, treiben in der Freizeit keinen Ausgleichssport, Bewegung ist eher PC-gesteuert. Lernschwache SchülerInnen, was will man denen in einem Jahr beibringen? Wenn sie es nicht sehen in der Praxis? Dann ist es nur noch wichtig, dass sie es schaffen, 20 Personen zu waschen.

14. Welche Voraussetzungen sind konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung von Bedeutung?

Körperliche Voraussetzungen, Zeit und Interesse der SchülerInnen. Bei Besuchen ist das Interesse bei den SchülerInnen da, wie man etwas leichter machen kann. In der Praxis würden sie das dann auch gerne üben, aber die Möglichkeiten sind nicht da, das Erlernte anwenden zu können.

Die Kurse sind natürlich jahresunterschiedlich, was das Lernvermögen oder die Lernbereitschaft ausmacht. Aber bei vielen SchülerInnen in der Altenhilfe können wir von einer Lernbehinderung sprechen. Das sind dann einfühlsame Pflegekräfte, die aber den Lernstoff nicht umsetzen können.

D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen

15. Sehen Sie Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen? Was ist zu tun?

Wir haben es ja in den Ausbildungsgrundlagen. Da steht es offensichtlich drin.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

Ist ja bereits formuliert.

- **Wenn ja, welche Rahmenbedingungen sollten hinsichtlich EPH im Verantwortungsbereich des Ausbildungsbetriebs für die praktische Ausbildung verbindlich verankert werden?**

[Entfällt]

- **Wenn kein Handlungsbedarf bezüglich der Ausbildungsreform zum EPH gesehen wird, warum nicht?**

[Entfällt]

16. Sollte der Sonderstatus der Pflege mit der Zuständigkeit und Verantwortung der Schule für die praktische Ausbildung generell abgeschafft werden?

Auf keinen Fall. Die Zustimmung ist unglücklich. Die Finanzierung hat der Ausbildungsbetrieb, die Schule trägt die Verantwortung. Wir wissen nicht wie es da läuft,

- **Würden Sie Ihre Ansicht für uns bitte erläutern?**

Man hat als Schule keinen Einfluss. Die Einrichtungen zahlen für die SchülerInnen, da nimmt man einiges hin und es sind uns häufig die Hände gebunden.

17. Tauschen Sie sich mit Lehrkräften aus einem anderen Bundesland zum EPH in der Pflegeausbildung aus?

Wir haben die Möglichkeit, dass wir über die Grenzen schauen können und nach neusten Erkenntnissen fragen können. Das geschieht aber im Lehrkraftkollegium und auf privater Ebene.

Abschlussbemerkung (Erklärung zu "Das liegt an den Einrichtungen"): Wenn die zum ergonomischen Arbeiten Fortbildungen halten, dann sind das Muss-Veranstaltungen, evtl. außerhalb der Arbeitszeiten und dann interessiert sich auch keiner mehr dafür. Da ist die Motivation nicht mehr groß. Es stellt keiner weitere Fragen, um schnell nach Hause gehen zu können. Außerdem wird in den Einrichtungen immer mehr gekürzt. SchülerInnen erhalten z.T. keine Impfungen mehr (Hepatitis). Und das Bezahlen ist für die SchülerInnen unmöglich bei dem geringen Verdienst. Wir haben ja auch noch reifere SchülerInnen, über 18 Jahre (die Impfungen bezahlen die Kassen nur bis zum 18. Lebensjahr), aber bei den Älteren, da findet der Impfschutz Hepatitis dann nicht mehr statt. Überhaupt der Selbstschutz wird vernachlässigt, wenn da jetzt noch EPH hinzukommt, dann können Sie sich ja vorstellen, wie die MitarbeiterInnen und SchülerInnen reagieren. Es geht hiermit primär um eine generelle Prävention.

10.3.5 ExpertIn 5: Aufsichtsperson der Unfallkassen

[Interview: AS]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

Das ist jetzt eine rein subjektive Einschätzung. Eher gering. Wobei ich glaube, das hat sich geändert. Heute hat es wohl schon einen höheren Stellenwert als noch vor 10-15 Jahren. Aber trotzdem ist er noch zu gering.

- **Nehmen Sie diesbezüglich einen Unterschied zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege wahr?**

Ja, wobei ich den nicht genau beziffern kann. Einerseits weil in der Altenpflege das Thema Selbstschutz weniger eine Rolle spielt. Andererseits spielt es insbesondere bei den Leuten eine hohe Rolle in der Altenpflege, die vorher in einem anderen Beruf gearbeitet haben. Es gibt nämlich Bereiche und Berufe, in denen der Arbeits- und Gesundheitsschutz eine selbstverständliche Rolle spielt. Und da wundert man sich, wenn dann Personen die über den "2. Bildungsweg" in die Altenpflege kommen, darüber, dass alles zum Schutze der Bewohner und Patienten ausgerichtet ist, aber nicht für die MitarbeiterInnen.

2. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling in den Schulen?

Da kann ich nicht viel zu sagen. Das ist auch nur eine reine Einschätzung. Es ist abhängig davon, wie wichtig der/die DozentIn das Thema sieht.

- **Nehmen Sie diesbezüglich einen Unterschied zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildung wahr?**

Nein, teilweise sind das ja die gleichen DozentInnen und es ist wieder davon abhängig, wie die einzelne Person das sieht.

3. Gibt es aus Ihrer Sicht einen Handlungsbedarf sich präventiven und ergonomischen Aspekten im Patientenhandling in den Pflegeausbildungen verstärkt zu widmen?

Den würde ich grundsätzlich sehen, ja.

- **Was wäre aus präventiver Sicht konkret zu tun?**

Das ist das Problem, das kann ich nicht konkret fassen. Die Curricula sehen ja zum Teil die Inhalte vor. Die Ausgestaltung dieser Inhalte ist jedoch nicht vorhanden und nicht einheitlich. An der Vereinheitlichung, da muss man was machen.

Ansonsten wäre es mein Wunsch, den PflegeschülerInnen die Wichtigkeit von Ergonomie klar zu machen, wobei ich keine genaue Vorstellung habe, wie man das machen kann. Wie kann man die SchülerInnen "greifen", ist die Frage. Die sind 20 Jahre und noch kräftig. Die Probleme bekommen die erst, wenn sie Ende 20 sind. (Aber da bin ich insgesamt zu wenig PädagogeIn).

- **Unterscheidet sich der Handlungsbedarf aus Ihrer Sicht zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildung?**

Den nehme ich insofern wahr, dass in der Altenpflege der Altersdurchschnitt höher ist. Das Bewusstsein ist ein anderes.

4. Welchen Stellenwert hat EPH im Rahmen der präventiven Aufgaben Ihrer Institution?

Wir haben dem EPH einen relativen hohen Stellenwert beigemessen. Das liegt daran, dass wir einen hohen Krankenmeldestand über Berufserkrankungen (Rückenprobleme) zu verzeichnen haben. Die Anerkennung von Rückenproblemen als Berufserkrankungen. gibt es erst seit der Wiedervereinigung, Mitte der 90ziger Jahre. Die DDR hat darauf gedrungen, dass das eingeführt wird.

Subjektive Einschätzung von mir: oft erfüllen jedoch die gemeldeten Fälle die Voraussetzungen nicht (Arbeits-technisch: mindestens 10 Jahre Vollzeitätigkeit wird zwar oft erfüllt. Arbeitsmedizinisch: Bandscheibenerkrankungen der Lendenwirbelsäule oft nicht, die Erkrankungen haben oft andere Ursachen, z.T. passen die Krankheitsbilder nicht zu den Belastungen, aber das entscheidet ein ärztlicher Gutachter).

- **Gibt es diesbezüglich eine unterschiedliche Prioritätensetzung für Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege?**

Nein.

- **Wurden bereits Aktivitäten bezüglich der Pflegeausbildungen zum EPH entwickelt? Welche?**

Wir haben nichts Konkretes zum EPH für die Pflegeausbildung entwickelt. Wir haben natürlich Infomaterial, was in den Ausbildungen verwendet werden könnte. Die von uns geplanten Seminare für geladene Lehrkräfte und PflegepädagogInnen konnten aber die letzten 3 Jahre aufgrund mangelnder Teilnehmerzahl nicht stattfinden. Woran das liegt, kann ich nicht beurteilen.

- 5. Welchen Stellenwert hat EPH für Sie persönlich?**

Im beruflichen Zusammenhang sehr hoch, weil ich EPH für eine qualitative Anforderung halte. Nicht nur für den Pflegenden selbst, sondern auch für eine qualitativ bessere Pflege des Gepflegten.

B. Unterricht und Fortbildung im Bereich EPH

- 6. Welche Kompetenzen sollten zukünftige Pflegekräfte im Patientenhandling zum Selbstschutz erwerben?**

Im Bereich des Wissens wie Bewegung funktioniert, wie Bewegung unterstützt werden kann mit und ohne Hilfsmittel, Wissen über die Folgen von Nicht-EPH (für sich selbst und den zu Pflegenden).

- **Welches Hintergrundwissen ist aus Sicht des Arbeitsschutzes dafür notwendig?**

[---]

- 7. Halten Sie es für wünschenswert, für den Unterricht zum EPH ExpertInnen aus dem Arbeitsschutz gezielt einzubeziehen?**

Nein. Das muss nicht sein. Ist aber vielleicht wünschenswert, aber nicht unbedingt nötig.

- **Wer kommt dafür als Ansprechpartner in Frage?**

ExpertInnen wären Fachkräfte für Sicherheit und Arbeitsschutz sowie BetriebsärztInnen.

TrainerInnen von Präventionsprogrammen und Bewegungskonzepten würde ich jetzt nicht als ArbeitsschutzexpertInnen bezeichnen, aber selbstverständlich als ExpertInnen für das Thema Rücken und Arbeit.

- **Können Sie einschätzen, in welchem Umfang ExpertInnen aus dem Arbeitsschutz in die Unterrichtsgestaltung zu allgemeinen Präventionsthemen und zum EPH bereits einbezogen werden?**

Da ist ganz unterschiedlich. Beim EPH weiß ich, haben einige DozentInnen eine Ausbildung in mindestens einem Bewegungskonzept. Einzelne Häuser beziehen intern die Arbeitskräfte für Arbeitsschutz und BetriebsärztInnen, andere wiederum nicht.

- 8. Wie schätzen Sie auf Basis bisheriger Erfahrungen die ergonomische Qualifikation von Lehrkräften ein und was ist dabei für Sie maßgeblich?**

Diese Einschätzung ist für mich nicht möglich, dazu ist das viel zu individuell. Maßgeblich wäre für mich, nicht nur die Qualifikation aus Pflegesicht zu betrachten, sondern auch aus rein ergonomischer Sicht. Das muss dann miteinander verbunden werden.

- 9. Können Sie einschätzen, in welchem Umfang Lehrkräfte an bisherigen Angeboten des Arbeitsschutzes zum Thema EPH teilnehmen?**

Hausintern nein. Seminartechnisch haben bei uns und auch bei anderen Unfallkassen keine Seminare trotz Angebot stattgefunden.

- 10. Sollte eine ergonomische Mindestqualifikation für diesen Unterrichtsbereich und für Praxisanleitung entwickelt werden?**

Kann ich nicht beantworten, weil ich nicht weiß wie eine ergonomische Mindestqualifikation aussehen soll. Wie das überprüfbar sein soll, dazu habe ich keine Ahnung oder Vorstellung.

C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH

- 11. Ist Ihnen bekannt, dass der Ausbildungsbetrieb in den Pflegeausbildungen gesetzlich gesehen, nur eingeschränkt Verantwortung für die Ausbildung trägt und diese daher oft auch tatsächlich nur wenig übernimmt?**

Das ist mir bekannt.

**12. Was wäre daher aus Sicht des Arbeitsschutzes konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung in den Ausbildungsgrundlagen mindestens zu regeln? (bezüglich der Verantwortungsbe-
reiche des Ausbildungsbetriebs)**

Das die PraxisanleiterInnen vor Ort eine entsprechende Qualifikation in dem Bereich haben. Das wäre zumin-
dest wünschenswert.

- **Welche Voraussetzungen (strukturell, Rahmenbedingungen, Schulungen der Mitarbeiter) sollten für die praktische Ausbildung von Handlungskompetenzen zum ausreichenden Selbstschutz beim Bewegen von Patienten vorhanden sein?**

Das geht in die gleiche Richtung. MentorInnen und PraxisanleiterInnen sollten vor Ort von einer Rückenexper-
tin ausgebildet werden.

**13. Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z.B.
beim Patientenhandling?**

Haben sie, ja. Weil sie, glaube ich die, Folgen sowohl für Patienten und sich selbst nicht abschätzen können.

- **Wäre es gerechtfertigt den Bereich der praktischen Ausbildung u.a. hinsichtlich EPH durch den betrieblichen Arbeitsschutz gezielter zu betreuen?**

Grundsätzlich ja. Aber das muss vor Ort entschieden werden.

- **Welche Aufgaben und Handlungsspielräume hat der betriebliche Arbeitsschutz Ihrer Erfahrung nach bezüglich der Betreuung von Auszubildenden bisher?**

Keine spezifischen. Nur das was generell für MitarbeiterInnen gemacht wird.

- **Können Sie einschätzen, in welchem Umfang diese bisher bezüglich physischer Belastungen wahrgenommen wurden?**

Grundsätzlich werden diese für die SchülerInnen eher gar nicht wahrgenommen. Wenn man sie als normale
MitarbeiterInnen betrachtet, dann indirekt ja.

- **Wäre ein Handlungsbedarf bezüglich der zukünftigen Aktivitäten des betrieblichen Arbeitsschut-
zes zu formulieren?**

Auch das muss innerbetrieblich geklärt werden. Wenn die entsprechenden ExpertInnen in Ausbildungsbetrie-
ben vorhanden sind. Wenn nicht, müssten ExpertInnen vom Arbeitsschutz herangezogen werden.

D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen

**14. Setzen Sie sich dafür ein, dass bei der anstehenden Reform der Pflegeausbildungen der Bereich EPH
verbindlich als Ausbildungsinhalt definiert wird?**

Da setzen wir uns nicht aktiv für ein. Das liegt daran, dass wir uns grundsätzlich nicht aktiv mit der Ausgestal-
tung von irgendwelchen Berufen auseinandersetzen.

- **Was sollte konkret geregelt werden?**

PraxisanleiterInnen sollten nur die sein, die fachlich geschult dafür sind. Diese müssten auch spezifisch auf
bestimmte Themen geschult sein. Das was die alles leisten müssen. Ist viel zu überfordernd für sie.

- **Können oder sollten Unfallkassen/ BGW konkret dazu einen Beitrag leisten?**

Könnten sie, ja auf politischer Ebene.

10.3.6 ExpertIn 6: Aufsichtsperson der BGW

[Interview: AS]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflegeausbildung

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

Das ist jetzt eine rein subjektive Einschätzung. Selbstschutz ist das Wichtigste, was leider nichts mit der Realität zu tun hat. D.h. die meisten in der Pflege beschäftigten Personen stellen ihren Selbstschutz ganz nach hinten. Ich gebe Ihnen das Beispiel: bei einem Sack Steine würde man nicht auf die Idee kommen, den aufzuheben wenn er im Weg liegt. Bei einem Patienten jedoch, der gefallen ist, muss eine Pflegekraft handeln und achtet dann nicht mehr auf sich, weil die Bedingungen es oftmals nicht zulassen.

- **Nehmen Sie diesbezüglich einen Unterschied zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege wahr?**

Nein, sicherlich ist dieses Thema bei jüngeren Mitarbeitern aber auch bei älteren MitarbeiterInnen mit bereits körperlichen Problemen mehr im Hinterkopf. Ich denke das Thema hat inzwischen Eingang in den Schulen gefunden, dass es ungünstig ist sich im Beruf zu verletzen. Beim Durchschnitt der Mitarbeiterschaft in der Pflege (GKP und Altenpflege) ist das Thema jedoch eher nicht präsent und wenn dann nur in homöopathischer Dosis.

2. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling in den Schulen?

Das sagte ich ja bereits. Das Thema findet langsam in den Unterricht, aber offensichtlich noch zu wenig. Das ist meine subjektive Wahrnehmung durch das was wir sehen, wenn wir in den Betrieben vor Ort sind. Aber SchülerInnen sind aufgrund des Personalmangels da ja auch in einer schwierigen Lage.

- **Nehmen Sie diesbezüglich einen Unterschied zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildung wahr?**

Ich bin fast der Meinung, dass der Selbstschutz in der Altenpflege weniger ausgeprägt ist als im Krankenhaus. Ebenso ist die Distanz innerhalb der Klinik zu den Patienten durch die kurzen Liegezeiten größer. Bei BewohnerInnen der Altenheime ist eine Pflegekraft dem/der BewohnerIn viel näher.

3. Gibt es aus Ihrer Sicht einen Handlungsbedarf sich präventiven und ergonomischen Aspekten im Patientenhandling in den Pflegeausbildungen verstärkt zu widmen?

Klar, die Antwort heißt ganz klar ja! Leider ist die Historie der Ausbildungsinhalte so ausgelegt, dass die SchülerInnen, bevor sie in die Praxis gehen, eher über Inhalte wie Hygiene und Infektionen belehrt werden und weniger hinsichtlich ergonomischer Aspekte. Die haben oft nicht den Hauch einer Ahnung, wie man sich selbst am besten helfen kann. Auch im Hinblick auf die fachgerechte Lagerung / Mobilisierung von Bewohnern.

Letztendlich ist das EPH eine Medaille mit zwei Seiten. Selbstschutz ist gleichbedeutend mit dem Schutz und der Sicherheit des Patienten. Mithilfe dieser Perspektive, wäre das Thema insgesamt besser zu verkaufen.

- **Was wäre aus präventiver Sicht konkret zu tun?**

Grundlegende ergonomische Inhalte gehören in die Ausbildung von Pflegekräften hinein. Und damit meine ich auch in die praktischen Phasen innerhalb des Betriebes (z.B. werden hier überhaupt Hilfsmittel zur Verfügung gestellt?).

- **Unterscheidet sich der Handlungsbedarf aus Ihrer Sicht zwischen Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildung?**

Gerade die kleinen Dinge sind in der Altenpflege und GKP unterschiedlich. In der Altenpflege besteht ein hoher Bedarf an Hilfsmitteln unter dem Aspekt der Mobilisierungshilfe, in der GKP kommt es auf andere Dinge an. Das muss man bedenken.

4. Welchen Stellenwert hat EPH im Rahmen der präventiven Aufgaben Ihrer Institution?

Wir sagen ja in unserer Unfallversicherung nicht "Ergonomisches Patientenhandling" dazu, sondern "Prävention von Rückenbeschwerden". Wir betrachten EPH somit eher innerhalb eines Gesamtrahmens und nicht nur auf der personenbezogenen Ebene. Die Andersartigkeit der Bezeichnung ist darin begründet, dass wir versuchen technisch-bauliche und organisatorische Präventionsmaßnahmen vor dem personenbezogenen Verhalten durchzuführen.

Die Pflege agiert jedoch bisher eher personenbezogen, deswegen versuchen wir davon wegzukommen, da die Systematik der Sicherheitstechnik umgekehrt ist. (Sicherheit im Arbeitsalltag wird z.B. dadurch gewährleistet, indem Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, damit Pflegenden überhaupt die Möglichkeit haben, ergonomisch zu handeln).

Aber egal wie es heißt, Es hat einen großen Stellenwert in der BGW. Wir haben nicht nur Seminare, sondern veröffentlichen auch unsere Forschungserkenntnisse (auf unserer Homepage). Die Rechtsgrundlagen wie z.B. das Arbeitsschutzgesetz und die Lastenhandhabungsverordnung mit einhergehenden Gefährdungsbeurteilungen verpflichten das Unternehmen dazu, schwere Tätigkeiten für Mitarbeitende zu vermeiden. Wenn das nicht möglich ist, muss die Situation dann so gestaltet werden, dass kein Schaden für die Beschäftigten entstehen kann. Deswegen führen wir auch Aktionstage in Betrieben durch und machen Hilfsmittel bekannt.

- **Gibt es diesbezüglich eine unterschiedliche Prioritätensetzung für Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflege?**

Nein.

- **Wurden bereits Aktivitäten bezüglich der Pflegeausbildungen zum EPH entwickelt? Welche?**

Leider nicht.

5. Welchen Stellenwert hat EPH für Sie persönlich?

Ich bin ja ein "Rückenfachmensch". Daher ist EPH sehr wichtig für mich. Ich habe mich bereits in der Ausbildung damit beschäftigt und habe später Seminare entwickelt. Zudem bin ich Mitglied in der Begleitgruppe von BGW-Forschungsvorhaben. Natürlich wirkt sich dies auch alles auf meinen Arbeitsalltag aus.

B. Unterricht und Fortbildung im Bereich EPH

6. Welche Kompetenzen sollten zukünftige Pflegekräfte im Patientenhandling zum Selbstschutz erwerben?

Nein sagen zu können, meinen Sie das? Ich denke, das größte Hindernis ist die Überlegung: "Das haben wir schon immer so gemacht!", also die Nicht-Wahrnehmung von Möglichkeiten. Man sollte von Unternehmen einschließlich der Mitarbeiterschaft verlangen, dass Selbstschutz betrieben wird, auch aus wirtschaftlichen Gründen. Dazu gehört, wie man sich selbst als MitarbeiterIn schützen kann und wie der Arbeitgeber die MitarbeiterInnen.

- **Welches Hintergrundwissen ist aus Sicht des Arbeitsschutzes dafür notwendig?**

Man sollte wissen, was tatsächlich im Körper passiert, wenn ich welche Verhaltensweisen im Arbeitsalltag zeige. Dazu gehören die Biomechanik und spezifische Schädigungsmechanismen.

7. Halten Sie es für wünschenswert für den Unterricht zum ergonomischen Patientenhandling ExpertInnen aus dem Arbeitsschutz gezielt einzubeziehen?

Absolut!

- **Wer kommt dafür als Ansprechpartner in Frage?**

Da werden wir uns als Unfallversicherungsträger nicht heraus dividieren können. Alle Lehrkräfte, die das Thema unterrichten, sollten jedoch auf dem neusten Stand sein. Das ist ein realistisches Ziel, denn da sind offensichtlich Defizite vorhanden.

- **Können Sie einschätzen, in welchem Umfang ExpertInnen aus dem Arbeitsschutz in die Unterrichtsgestaltung zu allgemeinen Präventionsthemen und zum EPH bereits einbezogen werden?**

Von der BGW ist noch keiner einbezogen worden, aber ich weiß von den Unfallkassen, dass die den Unterricht in den Pflegeschulen unterstützen.

8. Wie schätzen Sie auf Basis bisheriger Erfahrungen die ergonomische Qualifikation von Lehrkräften ein und was ist dabei für Sie maßgeblich?

Verbesserungswürdig! Wenn man gelegentlich ins Gespräch kommt (mit SchülerInnen oder an anderer Stelle), dann wird da noch relativ einfach gedacht. So etwas wie "man sollte immer möglichst den Rücken gerade halten". Das ist jedoch veraltet! Es herrscht die allgemeine Meinung, dass sobald keine Last auf dem Körper liegt, könnten die Pflegenden damit tun, was sie wollen.

Es gibt weitere veraltete Ansichten. Es gibt SchülerInnen, die sind sich unsicher, ob sie z.B. ein Knie zur Gewichtsverlagerung ins Bett tun dürfen, weil sie sich nicht sicher sind, was die Hygienefachkraft dazu sagt. Als Unfallversicherungsträger ist es wichtig, da den Mittler zwischen den verschiedenen Sichtweisen zu spielen.

9. Können Sie einschätzen in welchem Umfang Lehrkräfte an bisherigen Angeboten des Arbeitsschutzes zum Thema EPH teilnehmen?

Leider nicht.

10. Sollte eine ergonomische Mindestqualifikation für diesen Unterrichtsbereich und für Praxisanleitung entwickelt werden?

Das ist ja genau das was ich vorher sagte. Das sollte in allen Bereichen vorhanden sein. Man sollte einschätzen können, dass nicht die Hygiene das alleinige Problem ist, sondern wissen was sonst so passiert.

C. Praktische Ausbildung im Bereich EPH

11. Ist Ihnen bekannt, dass der Ausbildungsbetrieb in den Pflegeausbildungen gesetzlich gesehen, nur eingeschränkt Verantwortung für die Ausbildung trägt und diese daher oft auch tatsächlich nur wenig übernimmt?

Das ist mir nicht so bewusst gewesen. Ich weiß, dass Betriebe die Verantwortung nur wenig übernehmen. Ob das Gesetzliche der Grund ist, lass ich mal so dahin gestellt sein.

Da trifft halt das geringe Wissen der SchülerInnen auf das Unwissen oder die Ignoranz (von Ausnahmen natürlich abgesehen) der examinierten Pflegekräfte. Manche fragen jedoch auch "was hast du in der Schule neu gelernt?" und es findet ein Lernprozess auf umgekehrtem Wege statt. Leider ist jedoch die Rekrutierung guter Nachwuchskräfte schwierig und die wenigen "Schätzchen" muss man pflegen!

12. Was wäre daher aus Sicht des Arbeitsschutzes konkret für das Erlernen von EPH in der praktischen Ausbildung in den Ausbildungsgrundlagen mindestens zu regeln? (bezüglich der Verantwortungsbereiche des Ausbildungsbetriebs)

Dieses Paket ist natürlich nicht klein. Eine ergonomische Mindestqualifikation der AusbilderInnen ist wichtig, Hilfsmittelausstattungen in der Institution (kleine und große Hilfsmittel). Die Lehrkräfte müssen das auch in der Praxis zeigen, da die SchülerInnen zumindest am Anfang ein "Rezept", d.h. eine Anleitung benötigen.

Eine *Youtube*- Mediennutzung wäre eine tolle Idee. Es gibt jedoch auch schon viele Lehrvideos zur Hilfsmitteldarstellung, z.B. auch von der Unfallkasse. Es gibt genügend Anregungen, was man als Unterweisungsmaterial anwenden könnte, jedoch wird dies in der Unterrichtspraxis nicht konkret und zielgenau genutzt.

- **Welche Voraussetzungen (strukturell, Rahmenbedingungen, Schulungen der Mitarbeiter) sollten für die praktische Ausbildung von Handlungskompetenzen zum ausreichenden Selbstschutz beim Bewegen von Patienten vorhanden sein?**

Das habe ich ein wenig schon zuvor beantwortet. Man versucht ganz stark, danach zu schauen, wer MultiplikatorIn, InstruktorIn oder TutorIn für dieses Thema sein könnte. Das scheitert jedoch oft daran, dass es aufgrund der Arbeitsverdichtung nicht genug Menschen gibt, die diese Themen vertieft haben und über keine oder nur geringe Erkenntnisse darüber verfügen. Die Lehrkräfte müssen zunächst selbst Wissen darüber haben, was praktisch mit den SchülerInnen geübt werden muss.

Man könnte auch sagen, das, was der Betrieb nicht gezeigt hat, darf der/ die SchülerIn nicht praktisch ausführen. Aber dann würde wohl das gesamte System zusammenbrechen.

13. Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z.B. beim Patientenhandling?

100%, ja.

Besonders auch aufgrund der Forschungen mit unseren wissenschaftlichen Partnern (bei der wir festgestellt haben, dass die Druckkräfte auf die Lendenwirbelsäule während verschiedener Pflegetätigkeiten (untersucht wurden 12-13 Stück) bei einem konventionellem Transfer (also eine Durchführung wie man sie leider auch noch heute sehr oft in der Praxis sieht) eine hohe Belastung für die Pflegekräfte darstellt. Den Druck spürt man ja nicht an der Lendenwirbelsäule.

Interessant ist, dass nur ca. ein Drittel der Personen tatsächlich bei konventionellem Handeln auch Probleme entwickeln. Dies scheint jedoch abhängig von der Disposition, dem Trainingszustand usw. zu sein. Unsere Forschung hat deutlich zeigen können, dass Schulung den Personen etwas bringt und im Umkehrschluss: Wenn ich den Menschen nicht schulen kann, können die Druckkräfte nicht gemindert werden.

(Auf Nachfrage: "Was meinen Sie genau mit "Schulung"?"): Z.B. die richtige Position beim Lagern durch Gewichtsverlagerung, richtige Höhenlage des Bettes, Hilfsmittelinbezug, Situationsgestaltung: möglichst ressourcenfördernd/ -erhaltend für den Patienten und so, dass diese über jede Aktivität der Pflege die stattfindet informiert sind.

- **Wäre es gerechtfertigt den Bereich der praktischen Ausbildung u.a. hinsichtlich EPH durch den betrieblichen Arbeitsschutz gezielter zu betreuen?**

Eindeutig ja.

- **Welche Aufgaben und Handlungsspielräume hat der betriebliche Arbeitsschutz Ihrer Erfahrung nach bezüglich der Betreuung von Auszubildenden bisher?**

Bisher dürfen wir ja eigentlich alles und führen Prävention mit allen geeigneten Mitteln durch. Natürlich sind unsere Möglichkeiten nicht unbegrenzt, aber gesetzlich sind wir nicht limitiert in unserem Vorgehen. Wenn doch mal jemand das Heft in die Hand nehmen würde (das müsste jedoch organisiert werden).

Die Prävention der Versicherten müsste man ein besonders im Auge haben. Vielleicht als joint venture der Unfallkassen und der Länder gemeinsam. Bisher findet noch zu wenig ein gemeinsamer Kommunikationsaustausch statt. Wir kennen uns besser durch die deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA), zuvor war die Kommunikation noch dünner, aber jeder kämpft halt mit seinem breiten Arbeitsgebiet.

- **Können Sie einschätzen in welchem Umfang diese bisher bezüglich physischer Belastungen wahrgenommen wurden?**

Man spricht es an, aber gerade was Ausbildung angeht, ist dieses Themenfeld noch sicherlich unterbelichtet.

- **Wäre ein Handlungsbedarf bezüglich der zukünftigen Aktivitäten des betrieblichen Arbeitsschutzes zu formulieren?**

Ja natürlich! Es muss ein gemeinsamer Weg mit allen Beteiligten gefunden werden, der sicherlich ein paar Euro kosten wird, aber jeder Euro den man reinsteckt, kommt doppelt zurück. Die Vermeidung von Frührschäden ist sehr wichtig. Außerdem besteht das Risiko der hohen Fluktuation in der Pflege aufgrund von Verletzungen. Ein guter Arbeitsschutz ist somit auch gleichzeitig Pflegeschutz, im Sinne einer besseren Qualität der Pflege. Die Sichtweise darf nicht kurzfristig, sondern meiner Meinung nach ganzheitlich ausgerichtet sein. Das ist scheinbar noch nicht in allen Köpfen drin.

Außerdem stelle ich an den Gesundheitstagen in Betrieben fest, dass die Abstraktionsfähigkeit in der Pflege zu gering ist. Da wird oft noch in starren Prozessen gedacht. Es wird nicht hinterfragt oder das selbstschützende Verhalten von einer Situation auf die nächste transferiert. Das muss man halt lernen. Aber die Mitarbeiter haben auch viel zu tun.

D. Zukünftige Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen

- 14. Setzen Sie sich dafür ein, dass bei der anstehenden Reform der Pflegeausbildungen der Bereich EPH verbindlich als Ausbildungsinhalt definiert wird?**

Mir ist leider keine Instanz bekannt, wo ich mich genau einsetzen kann. Wer ist denn das tatsächlich? Die Länder lassen sich nur wenig hineinreden. Da gibt es wenig Kontakt, inzwischen ein wenig mehr, aber im konkreten Einzelfall hat sich noch nichts gegeben.

- **Was sollte konkret geregelt werden?**

Ich bin der Überzeugung, dass EPH ein verbindlicher Inhalt innerhalb des Ausbildungscurriculum der Pflege sein muss. Außerdem müssen PraxisanleiterInnen fachlich auf bestimmte Themen geschult sein.

- **Können oder sollten Unfallkassen/ BGW konkret dazu einen Beitrag leisten?**

Ja, absolut, z.B. durch ihre Forschung oder als Berater!

- **Wenn ja, in welcher Form?**

Ein Musterausbildungscurricula wäre eine gute Idee, damit die Länder sich noch einbringen können. Das wäre die beste Form, damit auch einfach nicht jeder für sich arbeitet.

10.3.7 **ExpertIn 7: Fachhochschule: Pflegepädagogik (HochschullehrerIn)**

[Interview: SH]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Lehrkraftausbildung (Berufspädagogik/ Pflegepädagogik) – der Ist-Stand

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

Nach meiner Einschätzung hat das Thema bereits einen hohen Stellenwert in der Berufsgruppe, was man an den vielfältig in der Kinästhetik ausgebildeten KollegInnen erkennt. Aus meiner Sicht hat das Thema einen sehr hohen Stellenwert, denn ich selbst kenne es aus der traditionellen Weiterbildung noch, dass viele über eine berufliche Reha-Maßnahme insbesondere wegen Muskel- und Skeletterkrankungsproblemen zum Lehrkraftberuf kamen, weil sie nicht mehr in der Lage waren ihre Berufstätigkeit in der Pflege fortzusetzen.

Für die heutige Situation im Studienkontext habe ich so nicht mehr den Überblick, weil eine Förderung im Bereich der beruflichen Reha nur im Ausnahmefall erfolgt. In der traditionellen Weiterbildung war das sozusagen gang und gäbe. Nach meiner persönlichen Erfahrung war dort die Primärmotivation zur Teilnahme am Lehrgang oft die gesundheitliche Beeinträchtigung. Das weiß ich aus zahlreichen Gesprächen mit den WeiterbildungsteilnehmerInnen selbst, aber auch Gesprächen mit den Kostenträgern der beruflichen Rehabilitation.

2. Gibt es aus Sicht der Pflege- bzw. Berufspädagogik einen Handlungsbedarf, sich dem Thema verstärkt zu widmen? Warum?

Grundsätzlich würde ich die Beantwortung der Frage davon abhängig machen inwieweit bereits Kompetenzen aus der eigenen Berufsausbildung bzw. Berufssozialisation und Erfahrungen im Bereich Selbstschutz im Patientenhandling vorhanden sind. Das Thema Selbstschutz ist ja seit 10 Jahren in den normativen Ausbildungsgrundlagen ausdrücklich verankert, d. h. Pflegelehrkräfte kennen und beherrschen dieses Thema aus der beruflichen Praxis heraus. Was nicht bedeutet, dass es nicht unter einer Vermittlungsperspektive ausbildungsrelevant wird und zumindest unter fachdidaktischen Gesichtspunkten wieder in das Pflegestudium hineingehört.

3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Lehrkraftausbildung allgemein bzw. in Ihrer (Fach-) Hochschule?

Sie sind auf jeden Fall – jetzt auch außerhalb meines Zuständigkeitsbereichs in der Lehre – Grundlage der Pflegewissenschaft und der naturwissenschaftlichen Grundlagen der Pflege. D.H. auch unter der fachwissenschaftlichen Perspektive werden die Konzepte entsprechend im Studienprozess thematisiert, aber es hängt durchaus davon ab, welche Schwerpunkte der jeweilige Modulverantwortliche setzt und auch welche Schwerpunkte die Studierenden wählen. Also es gibt kein ausgesprochenes ergonomisches Thema oder "ergonomisches Patientenhandling", wenn ich jetzt unsere Modulhandbücher anschauen würde. Das gilt für den Bereich der Lehrkraftausbildung. Für den dualen Studiengang – wir bilden auch primär akademisch aus – sieht das schon wieder anders aus. Ich habe zunächst für unsere Hochschule gesprochen und kann allenfalls überblickartig für einzelne Hochschulen eine Einschätzung vornehmen. Aber die Studienprogramme sind sehr sehr heterogen, auch die Schwerpunkte im Modulhandbuch, auch die Schwerpunkte, die dann innerhalb des Modulhandbuches die jeweiligen KollegInnen, auch vor dem Hintergrund ihrer Herkunftsbezüge, legen. Also insofern kann ich keine annähernd verallgemeinerbare Aussage treffen.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

[Siehe oben]

- **Welche Inhalte zum Themenfeld EPH sind bereits in die Lehrkraftausbildung integriert? In welcher Form? Bestandteil des Studienplans? [Anmerkung: hier wird mit Modulhandbüchern gearbeitet]**

[Zusammenfassung]: Inhalte sind nicht ausdrücklich verankert, sondern nur grundsätzlich angelegt. Allgemein werden Belastungsfaktoren innerhalb des Berufes angesprochen; gegebenenfalls können auch körperliche Belastungen und der Umgang damit bearbeitet werden. Der aktuelle Stand ist recht unterschiedlich, in unserer Hochschule sind die Konzepte, die besonders häufig im Studienkonzept thematisiert sind, die kinästhetischen Prinzipien (Kinästhetik, Kinästhetik Infant Handling), die auch nach meiner Einschätzung wesentliche Gesichtspunkte des ergonomischen Handlings beinhalten.

Ich kann keine Aussage dazu treffen, ob es Assessmentkriterien/ Instrumente zur Auswahl des Vorgehens innerhalb der Vermittlung der kinästhetischen Prinzipien gibt. Zu den speziellen Bezugswissenschaften, ob z. B. die Aspekte der Biomechanik unter ergonomischen Fragestellungen bearbeitet werden, kann ich nichts sagen,

da dies nicht mein Gebiet ist und die Modulhandbücher nicht so ins Detail gehen. Das sind relativ offene Konstrukte, die die Möglichkeit geben, Schwerpunkte weiter zu bearbeiten.

- **Werden Inhalte zum Patientenhandling auch innerhalb der Fachdidaktik bearbeitet, um Grundsätze für eine fallbezogene Bearbeitung und vorliegende Zielkonflikte zu klären?**

Ich behandle das nicht. Ich habe zwar einen großen Schwerpunkt in der Falldidaktik, aber das ist nicht Gegenstand der Fälle, mit denen ich arbeite. Zielkonflikte sind Gegenstand, aber nicht diese spezifischen zum Patientenhandling. Zielkonflikte im Kontext der beruflichen Gesundheitsförderung und des Selbstschutzes allgemein sind aber ein wichtiger Gesichtspunkt in der politischen Bildung. Dort werden verschiedene Interessen und Zielkonflikte bearbeitet. Dort wird auch auf allgemeine Fragen eingegangen – Patientenhandling ist im Rahmen des Gesundheitsschutzes sehr speziell – aber das allgemeine Problem der Gesunderhaltung wird im Kontext von Zielkonflikten bearbeitet – in verschiedenen Bereichen. Das mache ich auch in der Didaktik der politischen Bildung bzw. der Berufspolitik.

(Auf spezielle Nachfrage zur Frage, ob Fallbearbeitungen zum Patientenhandling im Kontext von Zielkonflikten unter fachdidaktischen Gesichtspunkten von anderen DozentInnen der Hochschule bearbeitet werden): Dazu kann ich leider keine Aussage machen.

B. Zukünftige Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung (Berufspädagogik/ Pflegepädagogik)

4. **Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung?**

Ja, ich sehe einen Handlungsbedarf. Alleine, wenn man sich die Zahlen aus unterschiedlichen Untersuchungen oder Studien ansieht, was nach wie vor Gesundheitsbelastungen von Pflegenden angeht. Die Zahlen sprechen wirklich für sich.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

Wenn es um die Möglichkeit geht, auch politisch Einfluss zu nehmen, ist vorzuschicken, dass die Pflegelehrkraftausbildung – wie auch die Lehrkraftausbildung überhaupt – in die Länderhoheit fällt, so dass die Interventionen in aller Regel auf Länderebene erfolgen müssen – also auch die Auseinandersetzung und Verständigung darüber.

Damit wären die Hochschulen, die Pflegelehrkräfte ausbilden oder entsprechende Studiengänge anbieten, in erster Linie gefragt, wobei man solche Anliegen auch über die Landesrektorenkonferenz oder auf Bundesebene über die Hochschulrektorenkonferenz platzieren könnte. Dabei muss man nur wissen, dass die Anliegen der Pflegeberufe und der Pflegelehrkräfte dort eher ein Nebenthema sind, weil die sich in der Regel mit anderen Fragen beschäftigen.

Wichtig könnte auch sein, die für die Studiengänge der Lehrkräfte der Pflegeberufe bzw. Gesundheitsfachberufe zuständigen Sozial- und Gesundheitsministerien der Länder mit einzubeziehen sowie die berufsständischen Interessensvertretungen der Lehrkräfte für Pflegeberufe, also etwa der Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe (BLGS), also den Zusammenschluss der Lehrkräfte, der sowohl bundeseinheitliche Strukturen als auch landesrechtliche Strukturen aufweist. Das ist auch ein wichtiger und ernst zu nehmender Diskussionspartner.

(Auf spezielle Nachfrage zu einem Austausch dazu mit KollegInnen aus der Berufspädagogik): Ein Austausch über Erfahrungen und Konzepte mit der Berufspädagogik hierzu ist auf jeden Fall sinnvoll, weil das Thema im engeren oder im weiteren Sinne ja auch Gegenstand anderer Berufsausbildungsgänge ist, die im dualen System verortet sind, wo ja vor allem die Berufspädagogik sich als wissenschaftliche Praxisdisziplin etabliert hat. Ein System, in das Pflegeausbildungsgänge in der Regel nicht integriert sind.

(Auf spezielle Nachfrage zu bereits vorhandenen gemeinsamen Diskussionsprozessen insgesamt): Bisher sind da sicherlich nur Anfänge, was die Aufnahme von geregelten Beziehungen zwischen Pflegepädagogik und Berufspädagogik betrifft. Was auch damit zu tun hat, dass die Pflege noch eine relativ junge und sich etablierende Wissenschaft ist, die auch wissenschaftssystematisch noch ihren Ort sucht. Also auch dazu gibt es unterschiedliche Positionen. Auf der Hochschuleseite ist diese Disziplin unterschiedlich verortet und sie hat auch kein vergleichbares Aufgabenfeld und kein verbindliches Kerncurriculum. Das gibt es bislang für die Pflege noch nicht.

- **Welche Schwerpunkte sollten dafür in der Lehrkraftausbildung gesetzt werden?**

Aus meiner Sicht müssten auf jeden Fall empirische Daten zu den Gesundheitsbelastungen und Gefährdungen in die Pflegelehrkraftausbildung hinein und entsprechende Konzepte, die wirklich evidenzbasiert sind oder mit hohem Evidenzgrad auch die Wirksamkeit belegen. Das ist ja bei den bisherigen Konzepten noch nicht der Fall.

(Auf spezielle Nachfrage): Diese Inhalte sind bisher noch nicht integriert.

5. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in den Ausbildungen für Pflegelehrkräfte/-pädagogInnen, Berufsschullehrkräfte systematisch zu verankern?

Es gibt einzelne sehr engagierte KollegInnen, aber Ansätze für eine systematische Verankerung sind mir nicht bekannt.

- **Wenn ja, welche? Wo verortet? Wer ist Ansprechpartner?**

[Entfällt]

C. BFS – Pflegeausbildungsgänge – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite

6. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen aus berufs- bzw. pflgepädagogischer Perspektive?

Das ist nicht ganz einfach zu beantworten. Zunächst einmal auf der Ebene der normativen Grundlagen der Pflegeausbildungsgänge sind in den Ausbildungsgrundlagen diese Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Anlagen zur Ausbildungs- und Prüfungsordnung ausdrücklich verankert, und zwar seit 2003, d. h. in der Altenpflege vor allem im Lernfeld 4.4 "Die eigene Gesundheit erhalten und fördern", und für die GKP der Themenbereich 10 "Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen berufliche Anforderungen zu bewältigen"; dazu gehört auch ausdrücklich "zur eigenen Gesundheitsvorsorge beizutragen".

[Zusammenfassung]: Die Problematik ist, dass für die Themenbereiche in den bundeseinheitlichen Ausbildungsgrundlagen der Krankenpflege keine verbindlichen Stundenzahlen vorgegeben werden, sondern dass dies weitgehend in die Richtlinienkompetenz der Bundesländer fällt, die das in Rahmenplänen etc. weiterausgestalten und dort sieht es – auch was dieses Thema angeht – durchaus unterschiedlich aus. Wegen der relativen Offenheit der bundesrechtlichen Vorgaben haben dann die Länder unterschiedliche Möglichkeiten der Schwerpunktbildung, d.h. auch dieses Thema einmal als Schwerpunktthema oder zum anderen aber auch als ein Querschnittsthema zu verankern, das in vielen Lerneinheiten oder Modulen oder Lernfeldern als Querschnittsthema wieder aufgegriffen wird.

Wenn ich das an der Ausbildungsrichtlinie für die staatlich anerkannten Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen in NRW verdeutlichen sollte, da kenne ich mich besonders gut aus, dann werden in Verbindung mit der Lerneinheit 1.3. "Sich bewegen" die Grundlagen des Ergonomischen Patientenhandlings ausdrücklich wieder aufgegriffen, d.h. es gibt nicht nur die Lerneinheit "Die eigene Gesundheit erhalten und fördern", sondern es gibt auch andere Lerneinheiten, die insbesondere mit Patiententransfer, Mobilisation usw. verbunden sind und mit eigenen körperlichen Belastungen, in denen dann Prinzipien eines ergonomischen Patientenhandlings curricular wieder aufgegriffen werden. Also einmal als Schwerpunkt- und dann auch als Querschnittsthema. Aus meiner Sicht ist das besonders relevant, wenn man dafür ein umfassendes nachhaltiges Bewusstsein schaffen will und auch eine Kompetenzentwicklung in diesem Bereich anbahnen will. Dann reicht es nicht aus, einmal eine Unterrichtseinheit dazu zu entwickeln, sondern es muss sich als "roter Faden" durch die relevanten Lern- oder Curriculumeinheiten durchziehen und von daher systematisch programmatisch als ein Querschnittsthema verankert werden. Das kann man den einzelnen Lehrplänen der Länder auch zum Teil sehr gut ansehen. Aber das bleibt auf der makro- oder mikrostrukturellen Ebene; was dann tatsächlich auf der Ausbildung und Hochschulen passiert, steht ja noch auf einem anderen Blatt. Insgesamt ist aber das Thema ausdrücklich und erkennbar verankert, allerdings mit unterschiedlicher Schwerpunktbildung und unterschiedlicher Systematik in den landesrechtlichen Richtlinien.

(Auf spezielle Nachfrage bezüglich der Vielzahl und Vielfalt von Modellprojekten und das Fehlen von Umsetzungsrichtlinien in einigen Bundesländern und notwendige Steuerungsaufgaben): Auf der einen Seite brauchen wir selbstverständlich so etwas wie ein Kerncurriculum oder einen Rahmenlehrplan, der verbindlich ist, dem würde ich sofort zustimmen – der zwar noch einige Gestaltungsmöglichkeiten offen lässt, weil das auch im Rahmen halboffener Curricula eine wesentlich Gestaltungsoption ist für Lehrende und für Lernende.

Gleichwohl wäre es wünschenswert, wenn es ein Mehr an Einheitlichkeit gäbe – auch im Ländervergleich. Auf der anderen Seite haben wir aber im Unterschied zu vielen anderen Berufen im Bereich des dualen Systems andere Zuständigkeiten und d. h. damit kommen wir ganz schnell an verfassungsrechtliche Probleme heran, weil die Regelung der Pflegeausbildung nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes über die Zulassungskompetenzen des Bundes für die ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufen beruht, so dass also dort, was curriculare Festlegungen auf Bundesebene angeht, im Grunde genommen nur über die Zulassungskompetenz des Bundes etwas geregelt werden kann. D.h. curricular, kann das nicht sehr viel tiefgreifender gehen als es jetzt schon geregelt ist. Die Richtlinienkompetenz bleibt derzeit bei den Ländern und bisher nutzen die Länder eben ganz unterschiedliche Verbindlichkeitsgrade der landesrechtlichen Richtlinien. D. h. in vielen Ländern sind sie verbindlich, etwa in Rheinland- Pfalz; also sind die Umsetzung des Rahmenlehrplans und Ausbil-

ungsrahmenplans für die Schulen verbindlich. Die Frage ist allerdings: wer kontrolliert, aber das ist wieder eine andere Ebene. In anderen Bundesländern stellen sie lediglich Empfehlungen dar, auf deren Grundlage die Schulen ein schulinternes Curriculum entwickeln können oder entwickeln müssen. In NRW ist das in den Jahren 2004-2005 für den Bereich der GKP und Kinder- GKP hinsichtlich der Umsetzung der Regelungen des neuen Krankenpflegegesetzes sehr streng geprüft worden.

Auf der Ebene des Ausbildungsvollzugs, des Unterrichts und der praktischen Ausbildung gehen müssten wir ja andere Information und Daten erheben. Aber die Frage der Curriculumimplementierung und der curricularen Wirkung ist ja noch mal anders zu stellen; und da verfügen wir derzeit nicht über aussagekräftige empirische Studien, die tatsächlich belegen, dass passiert jetzt hier tatsächlich auf der Grundlage der schulinternen Curricula oder landesrechtlichen Vorgaben.

- **Welchen Regelungsbedarf sehen Sie hinsichtlich der praktischen Ausbildung?**

Ausbildungsrahmenpläne etc., die die Gestaltung der praktische Ausbildung regeln, fehlen teilweise, sind jedoch notwendig. Vor allem sind Vorgaben zur Lernortkooperation zu regeln.

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

Normativ gibt es keine Unterschiede. Bei der Umsetzung der Lernortkooperation tun sich in der Altenpflegeausbildung aber größere Defizite auf, die einer Regelung bedürfen.

7. **Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?**

[Siehe oben]

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

8. **Haben Sie einen Überblick inwieweit berufsbezogene Prävention in den Pflegeausbildungen bereits verankert ist? Wie sieht es bezüglich des Themas EPH aus?**

Die berufsbezogene Prävention ist gut verankert, ich habe aber keinen Überblick über das Thema EPH.

D. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform

9. **Sind Sie in die Diskussion um die Reform der Pflegeausbildungen involviert?**

Ich bin im Rahmen eines maßgeblichen Modellprojekts in mehreren Bundesländern zur generalisierten Pflegeausbildung im Auftrag des BFSJS an der Vorbereitung für die anstehende Reform beteiligt.

- **Wenn ja, welche Aufgaben haben Sie dabei und welche Funktion nehmen Sie ein?**

[Siehe oben]

- **Haben Sie Kenntnisse über Grundlagen und Strukturen beider Ausbildungsgänge?**

Ja.

10. **Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul (BFS) -Ebene etc. in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?**

Ja, aber der Anteil der primär akademischen Pflegeausbildung wird nach offizieller Planung auf 10-20% steigen.

11. **Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird?**

Die Richtlinienkompetenz wird bei den Bundesländern bleiben. Aber es wird so etwas wie einen einheitlichen Rahmenlehrplan oder ein Kerncurriculum geben, welcher die praktische Ausbildung einschließt. Dies ist auch bereits im Eckpunktepapier der Bund- Länderkommission verankert.

- **Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?**

[Siehe oben]

- **Wird der Fachqualifikationsrahmen (FQR) zukünftig eine Art Rahmenlehrplan für die BFS- Ausbildungsgänge auf Bundesebene darstellen und somit eine einheitliche Qualität und Vergleichbarkeit der Ausbildungen herstellen?**

Einen Fachqualifikationsrahmen wird es nur für die Pflegewissenschaft, also für das Hochschulstudium, geben. Für die Fachschulausbildung etc. hat der FQR direkt keine Bedeutung. Der DQR (Deutsche Qualifikationsrahmen) legt Bildungsstandards für das Feld der Gesundheitsberufe fest, aber nicht auf der Ebene einzelner Berufsgruppen. Er beschreibt gestufte Qualifikationsniveaus und kann auch Hilfestellung bei der Strukturierung von Ausbildungsniveaus geben, wenn z. B. für das Feld der Pflegeberufe einschließlich Assistenzberufen neue Berufsprofile angelegt werden.

- 12. Welche Rolle spielen der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und der FQR für die Gestaltung der Ausbildungsgrundlagen in der Pflege insgesamt?**

[Siehe oben]

- 13. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?**

Bereits beantwortet: Im Raum steht eine angestrebte Größenordnung von 10-20%.

- 14. Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?**

Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung werden viele unterschiedliche Berufsqualifikationen gebraucht, mit denen unterschiedliche Aufgaben übernommen werden. Angestrebt für Assistenzberufe wird eine Größenordnung von 20%.

- 15. Welche Konsequenzen hat diese "Mehrgleisigkeit" aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt?**

Keine, denn das Berufsgesetz regelt nur die Pflegeausbildungen. Die Ausbildung in den Assistenzberufen unterliegt nicht den Zulassungsbestimmungen. Die Ausbildung in den Assistenzberufen ist auf Länderebene – teilweise auch auf Trägerebene – geregelt und bisher sehr uneinheitlich. Dabei ist sie oft am betrieblichen Bedarf ausgerichtet.

- 16. Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pflegetätigkeit kommen?**

Nein, es wird eher nicht zu einer Aufgabenteilung in dieser Form kommen, denn Pflegefachpersonen müssen die Verantwortung für den Einsatz der Assistenzberufe übernehmen. Dort haben Sie eine Unterweisungs- bzw. Anleitungspflicht im Rahmen ihrer professionellen Aufgaben. Unabhängig davon sollte jedoch eine Qualifizierung zum Ergonomischen Patientenhandling auch in der Ausbildung der Assistenzberufe verankert werden.

- **Wenn ja, wird es für den Bereich Patientenhandling zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?**

[Siehe oben]

- **Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandling zukünftig durchführen?**

Beide Berufe – wie oben ausgeführt.

E. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EHP im Rahmen der Ausbildungsreform

- 17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?**

Ja, analog zu meinen Ausführungen zur Lehrkraftausbildung bzw. zur Umsetzung der Berufsgesetzen allgemein.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

Auf der Umsetzungsebene – also auf der Länderebene unter Einbindung der bereits genannten Ansprechpartner.

- 18. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?**

Sind mir inhaltlich nicht bekannt [nennt weitere Ansprechperson zur vertiefenden Nachfrage].

- **Wenn ja, welche bzw. wo verortet?**

[Entfällt]

19. Wurde nach Ihrer Kenntnis für den Bereich des Patientenhandlings bereits ein Kompetenzprofil erstellt?

Nein, ist mir nicht bekannt.

- **Wenn ja, durch wen und wo verortet?**

[Entfällt]

20. Ist zu erwarten, dass im Rahmen zukünftiger Ausbildungsprofile die Vermittlung praktischer Ausbildungsanteile für EPH in Skills Labs angestrebt wird?

Auf jeden Fall ist das Skills Lab ein wichtiger Lernort für Fertigkeiten und Kompetenzvermittlung. Im Grunde genommen wird hier die Einrichtung des praktischen Unterrichtes im Demonstrationsraum aufgegriffen und weitergeführt. Es gibt inzwischen auch etliche Schulen, etwa die mit Konzepten des problemorientierten Lernens arbeiten, die auch als einen ausdrücklichen Schwerpunkt die Arbeit in Skills Labs vorsehen. Hier können dann in einem sanktionsfreien Raum richtige, gesundheitsfördernde Körperhaltungen und Bewegungen entwickelt werden. Das ist in einem vor allem auch technisch gut ausgestatteten Skills Lab natürlich von unschätzbarem Vorteil.

(Auf spezielle Nachfrage nach einem bekannten konkreten Standort): Ja, die Fachhochschule Frankfurt, die, wenn ich mich recht erinnere, ein ausgesprochen gut ausgestattetes Skills Lab hat, wo auch insbesondere die Bewegungsabläufe mit einer Kamera aufgezeichnet werden, Belastungsfaktoren auf Wirbelsäule und Gelenke analysiert werden, also ein auch technisch und medial gut ausgestattetes Skills Lab.

(Auf spezielle Nachfrage nach der Umsetzungsperspektive für die Berufsfachschulebene): Ja das ist hier auch realistisch, z. T. existieren in den großen Berufsfachschulen und Pflegeschulen mit etwa 300-500 Ausbildungsplätzen solche Räume für den praktischen Unterricht als klassische Demonstrationsräume oder eben medial und technisch auch schon besser ausgestattet. Ob sie jetzt immer die Bedingungen des Skills Lab erfüllen, also mit den technischen Voraussetzungen, z. B. mit den Simulationsmöglichkeiten, kann ich im Einzelnen nicht beurteilen. Wir sind ja verpflichtet, praktischen Unterricht zu geben. Das ist eine eigene Kategorie, die nicht gleichzusetzen ist mit praktischer Ausbildung im betrieblichen Kontext. Und deswegen haben auch alle Schulen Demonstrationsräume im engeren Sinn oder auch Skills Labs. Zu den Skills Labs besteht natürlich die Frage, welche Voraussetzungen sind daran gebunden und welches Konzept steht dahinter? Insofern kann ich nicht sagen "es haben schon alle Skills Labs".

21. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas EPH zu entwickeln?

Ja, in gewisser Weise knüpft das ja an die Frage an, ob das verankert ist in der Lehrkraftausbildung, d. h. ich würde das genau wie dort sehr in Abhängigkeit sehen, wann die Lehrkräfte ausgebildet worden sind und ob das Thema bereits systematisch in der Ausbildung verortet war und da mache ich etwa den Schnitt 2003, also mit den neuen Berufsgesetzen. Natürlich ist es wenn sie für eine Lehrkraftstudienordnung einen Schwerpunkt ausrichten auch für diese von Bedeutung. Die Lehrenden studieren ja heute eine berufliche Fachrichtung. In die Pflegewissenschaft gehört es allemal und sie haben dann einen zweiten Studienschwerpunkt, der dann variabel sein kann.

- **In welcher Hinsicht bzw. bezogen auf welche Inhalte und Kompetenzen?**

[Siehe oben]

- **Könnten Sie sich die Entwicklung eines Qualifizierungsbausteins für die Lehrkraft Aus- und Fortbildung in Kooperation mit dem Arbeitsschutz vorstellen?**

Das kann ich mir durchaus vorstellen. In einer Zusammenarbeit bin ich bereits als ExpertIn angesprochen worden und das bin ich ja, bringen die curricularen Voraussetzungen mit und dann in Zusammenarbeit mit FachexpertInnen, die sich im Arbeits – und Gesundheitsschutz und insbesondere im EPH auskennen: das muss zusammenkommen. Die fachliche und die curriculare Expertise müssen sich da einfach zusammenschließen.

- **Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein?**

Die generelle Antwort lautet: wer unterrichten will, muss für das jeweilige Unterrichtsgebiet qualifiziert sein. Wer also EPH unterrichtet, muss dafür qualifiziert sein, d.h. er muss es in der eigenen Lehrkraftausbildung auch studiert haben.

22. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von PraxisanleiterInnen?

Im Unterschied zu den Lehrkräften für Pflegeberufe, zu deren originären Aufgaben es ja nicht gehört, unmittelbar am Patientenbett anzuleiten (auch wenn es dazu in einzelnen Bundesländern und Schulen auch noch unterschiedliche Routinen gibt), ist der/ die PraxisanleiterIn diejenige Person, der/ die auch von Gesetzes wegen unmittelbar für die Anleitungssituation im Patientenkontakt etc. zuständig ist. Also dahin gehört es auf jeden Fall, wenn es nicht in der Erstausbildung so fest verankert ist, dass es sozusagen "in Fleisch und Blut" übergegangen ist, dann muss es aber auf jeden Fall in die Weiterbildung (Vermittlung aus pädagogischer/ didaktischer Perspektive) hinein: wie vermittele ich denn, dass sich ein/e LernendeR in den Pflegeberufen auch gesundheitsfördernd verhält bzw. dass er/ sie keine gefährdenden oder in besonderer Weise belastenden Körperhaltungen einnimmt und Bewegungen vornimmt. Also das gehört in der Zukunftsperspektive in die Weiterbildung für PraxisanleiterInnen hinein, sogar noch viel grundlegender als für die Lehrkräfte.

(Auf spezielle Nachfrage zu den heterogenen Vorkenntnissen): Das sollte man erfassen, also ich würde keine generelle PA- Weiterbildung- dies hat ja derzeit 200 Stunden, das wird von Umfang den meisten Bundesländern auch nicht überschritten (weil damit ja auch die Frage der Finanzierung im Raum steht)- hier würde ich eher die Möglichkeiten, die wir im Rahmen modularer Konzepte haben, nämlich wer bereits nachweisen kann, dass er über bestimmte Kompetenzen aus anderen Zusammenhängen verfügt entweder aus formalen Bildungsprozessen, oder etwa in einer Arbeitsprobe seine Kompetenzen unter Beweis stellt, der braucht diese Anteile nicht noch mal in einem Bildungsgang zu belegen. Also hier würde ich mit Anrechnungssystemen und Anrechnungsverfahren arbeiten, die ja im Rahmen von modularisierten Konzepten durchaus zur Verfügung stehen. D.h. man bräuchte aber Verfahren mit denen man formal, vielleicht aber auch informell erworbene Kompetenzen einschätzen und anrechnen kann.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

[Siehe oben]

10.3.8 **ExpertIn 8: Hochschule: Pflegepädagogik (HochschullehrerIn)**

[Interview: SH]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Lehrkraftausbildung (Berufspädagogik/ Pflegepädagogik) – der Ist-Stand

1. **Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?**

(Nach Erklärung des Begriffs "Ergonomisches Patientenhandling): Ich denke in der Praxis einen relativ geringen Stellenwert; ich würde ich ihn bei 2 auf einer Skala 1-10 verorten. In der theoretischen Pflegeausbildung würde ich das – gerade mit Blick auf solche kinästhetischen Fortbildungen, die ja auch eine körperliche Komponente haben – etwas höher einschätzen.

2. **Gibt es aus Sicht der Pflege- bzw. Berufspädagogik einen Handlungsbedarf, sich dem Thema verstärkt zu widmen? Warum?**

...In Ihrem eingeschränkten Sinne von "Ergonomischem Patientenhandling" nicht; in einem umfassenderen Sinne, in dem es um Gesundheitsförderung geht; mit allem Drum und Dran auf jeden Fall.

(Auf Nachfrage "warum nicht in diesem engeren Sinn"?): Ich habe den Begriff bisher noch nie gehört und habe jetzt hier meine "grobe" Vorstellung ... mir kommt das sehr reduktionistisch vor, ... reduziert auf... Haltungen, Körperhaltungen... Ich sehe die Probleme sehr viel umfassender... es gibt z. B. auch Studien, die sagen, dass die Stärke und der Umfang von Rückenschmerzen, die Pflegenden haben, nicht nur auf körperliche Belastungen zurückzuführen sind – wohl auch, aber nicht nur – sondern noch mal deutlich andere Belastungsfaktoren eine Rolle spielen... Insofern würde ich...also ich bin jetzt nicht in Kinästhetik involviert, aber so eine Konzept sagt mir deutlich mehr zu, da es sehr umfassend ist ...als das, was ich mir unter "EPH" vorstelle.

3. **Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Lehrkraftausbildung allgemein bzw. in Ihrer (Fach-) Hochschule?**

An unserer Hochschule haben wir ein Leitmodul, das nennt sich auch "Gesundheitsförderung". Was da jetzt im Einzelnen gemacht wird, das weiß ich nicht...Ich denke aber, dass das theoretischer gehalten ist. Ich habe den Begriff EPH noch nie gehört ... aber Gesundheitsförderung gibt es als Ganzes. 5 Module im Masterstudiengang, und wir haben auch im Bachelor-Studiengang eine Anfängerveranstaltung zur Gesundheitsförderung. Also Salutogenese von Antonovsky und solche Sachen.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

Ich glaube, das hat einen ganz marginalen Stellenwert für uns – ist meine Vermutung. Auch Kinästhetik ist in die Lehrkraftausbildung nicht integriert.

(Auf Nachfrage zu diesbezüglichen Unterschieden zu anderen Hochschulen): Also ich glaube nicht, dass das an Hochschulen... das machen die meisten auch weiter auf Fortbildungsebene, mit hohen Kosten. Ich halte das für unwahrscheinlich, dass das an Hochschulen unterrichtet wird.

- **Welche Inhalte zum Themenfeld EPH sind bereits in die Lehrkraftausbildung integriert? In welcher Form? (Bestandteil des Studienplans?)**

[Entfällt]

- **Werden Inhalte zum Patientenhandling auch innerhalb der Fachdidaktik bearbeitet, um Grundsätze für eine fallbezogene Bearbeitung und vorliegende Zielkonflikte zu klären?**

Ist auch noch nicht ausgearbeitet.

B. Zukünftige Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung (Berufspädagogik/ Pflegepädagogik)

4. **Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung?**

In der Fachwissenschaft... also in der Pflegewissenschaft oder Gesundheitswissenschaft ist vielleicht treffender... also ehrlich gesagt in dieser Kleinteiligkeit erst mal nicht...eher zum Begriff Gesundheitsförderung, Stressprävention, Gefühlsarbeit... Das ist mir zu kleinteilig... nein, finde ich nicht.

(Auf Nachfrage, ob das insgesamt für den Bereich physischen Belastungen in der Pflege so zu sehen ist): Ja, natürlich. Ich kann mir nicht vorstellen, dass unser Curriculum irgendwo den Begriff "Ergonomisches Patientenhandling"... aber für die Begrifflichkeiten Gesundheitsförderung, Prävention – und da müssten diejenigen dann entscheiden ob sie das integrieren oder nicht... also das müsste man allgemeiner formulieren. Ich denke "Gesundheitsförderung" bezieht sich ja immer auf alle drei Ebenen... auch auf Verhalten und Verhältnisse ... und wie man das dann auslegt... ist dann die Entscheidung des/ der Lehrenden...

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

[Entfällt]

- **Welche Schwerpunkte sollten dafür in der Lehrkraftausbildung gesetzt werden?**

[Entfällt]

5. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in den Ausbildungen für Pflegelehrkräfte/-pädagogInnen, Berufsschullehrkräfte zu verankern?

Nach meiner Kenntnis weiß ich davon nichts.

- **Wenn ja, welche? Wo verortet? Wer ist Ansprechpartner?**

[Entfällt]

C. BFS – Pflegeausbildungsgänge – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite

6. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen aus berufs- bzw. pflegepädagogischer Perspektive?

Das ist ein ganz eigenes Thema. Wenn man einen Bezug zu diesem EPH herstellt, sehe ich auf berufsgesetzlicher Ebene keine Defizite, weil die sind sowieso allgemein...Bei den Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ist auch ein Satz zur Gesundheitsförderung drin, sowohl in der Altenpflege als auch in der GKP. Das finde ich schon mal gut... Ich kann mir auch nicht vorstellen, dass man auf so einer gesetzlichen Ebene (... Berufszulassungsgesetze)... das ist "jenseits von Gut und Böse", dass man Ausbildungsträger verpflichten kann, gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen herzustellen.

- **Welchen Regelungsbedarf sehen Sie hinsichtlich der praktischen Ausbildung?**

[Entfällt]

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

7. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?

...Das kann ich Ihnen ehrlich gesagt so nicht sagen. Ich kenne einige Richtlinien... Sie denken da wahrscheinlich an Rahmenrichtlinien... Ich meine, dass die alle in der theoretischen Ausbildung irgendetwas in Richtung Gesundheitsförderung reinnehmen. Jetzt kann man sich darüber streiten, ob es zu viel oder zu wenig Stunden sind... Ich sag mal keine (Defizite), also mit Blick auf Ihr Thema. Und jenseits des Themas .. auf Länderebene das ist eine Frage, die kann niemand beantworten... Also da müssten Sie im Prinzip mal anfangen ...16 Rahmenrichtlinien... und prüfen... Ich habe jetzt keinen Überblick, obwohl ich einiges kenne ...wie gesagt, Sie müssten die Rahmenrichtlinien darauf überprüfen... also ich kenne die nicht, dazu kann ich mich nicht äußern

(Auf Nachfrage zur Uneinheitlichkeit): Naja, also Sie müssten sich dann ja zwei Regelungen – die für die Altenpflege und für die GKP – anschauen, Sie haben ja dann 32 Ausbildungskataloge... und damit wissen Sie immer noch nicht, was in den Schulen los ist, weil Curricula- Rahmenrichtlinien eben auf einer mittleren Abstraktionsebene sind. Das kann man dann vielleicht auch über Befragungen rauskriegen...

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Entfällt]

8. Haben Sie einen Überblick inwieweit berufsbezogene Prävention in den Pflegeausbildungen bereits verankert ist? Wie sieht es bezüglich des Themas EPH aus?

Also das finde ich jetzt wieder anders..., weil da zielen Sie ja jetzt nicht auf Gesetze oder Landesverordnungen...

Zu "Überblick": Da würde ich mich eher an Lehrbüchern orientieren – davon gibt es nicht so viele – da würde ich schon sagen... da sind wir jetzt wieder bei Prävention gelandet... Das Thema Prävention taucht meines Wissens in allen einschlägigen Lehrbüchern auf.

D. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform

9. Sind Sie in die Diskussion um die Reform der Pflegeausbildungen involviert?

[...]

- **Haben Sie Kenntnisse über Grundlagen und Strukturen beider Ausbildungsgänge?**

Ja, siehe oben.

10. Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul (BFS) -Ebene in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?

Da muss ich Sie kurz korrigieren, oder differenzieren, ich weiß gar nicht, wo ich anfangen soll, also erst mal gibt es ja drei Berufsausbildungen... dann sprechen Sie von BFS, ich weiß nicht, ob Ihnen klar ist, dass 70% der Auszubildenden an Schulen des Gesundheitswesens sind und nicht an BFS... offiziell sind es eben keine öffentlichen Schulen, sondern Schulen, die der staatlichen Anerkennung bedürfen... sie haben schon einen ganz besonderen Status. Ich glaube, dass es Ihnen darum geht, ob auch zukünftige auf nicht Hochschulebene ausgebildet wird. Also ich denke, dass es zukünftig eine 2- oder 3jährige Ausbildung geben wird, sei es nun an Schulen des Gesundheitswesens oder an BFS oder an beiden. Ich gehe aber auch davon aus, dass sich der Anteil der HochschulabsolventInnen erhöhen wird. Es könnte sein, dass sich das so entwickelt wie z. B. in Holland, da sind 10% akademisch qualifiziert. Ich meine, dieser Prozentsatz wäre hier auch schon artikuliert worden, in anderen Papieren... also es gibt hier ein Signal vom Wissenschaftsrat... Davon gehe ich aus und der Rest wird entweder gar nicht qualifiziert sein. PflegehelferInnen ...oder dass es mehr Ausbildungen auf der Assistenzebene [*sinngemäß?*] geben wird und das ist in der Regel an den BFS ...Und man kann ja jetzt nicht alle Schulen des GW abschaffen, das wäre unnützlich und ja auch für die Länder viele zu teuer, weil die die dann bezahlen müssen... jetzt sind sie ja über die Krankenhäuser teilfinanziert ... also ich denke, dass es auch nachher die 3jährige Ausbildung an den Schulen des GW geben wird.. zu einem – vielleicht 40- 50 % – bin nicht so sicher...

11. Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird?

Auch da muss ich Sie bei den Begrifflichkeiten korrigieren ...Sie meinen vermutlich Ausbildungsrichtlinien... Ja, wird es geben.

(Auf Nachfrage hinsichtlich der Einschätzung der Unmöglichkeit für eine einheitliche Entwicklung): Auf jeden Fall (Länderregelungen). Also, das ist gar keine Frage, weil die Gesetzeslage ist die... das hat ja einen richtigen "Rattenschwanz"... Wir haben ja das Grundgesetz, das regelt, dass die Berufszulassung für die Heilberufe auf Bundesebene geregelt wird und insofern werden Sie immer mindestens ein Bundesgesetz haben und dieses Bundesgesetz ist so allgemein, dass es dann auf Länderebene runter gebrochen werden muss...also die Frage...

(Auf Nachfrage zur Möglichkeit der Entwicklung eines Rahmenlehrplans oder Kerncurriculums): Ja, das ist ja jetzt eine ganz andere Frage. Wenn Sie jetzt wieder von Curriculum .. also das ist jetzt ja noch mal was anderes...

- **Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?**

Aber auf Bundesebene wird es nie viel konkreter werden als es jetzt auch schon in den Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ist. Das kann sich der Bund gar nicht leisten und insofern führt das dazu, dass die Länder das in der Regel alle unterschiedlich machen...also ich denke, das ist auch in der allgemeinen Bildungsdiskussion – auch im allgemeinen Bildungsbereich so, also wir haben den Föderalismus und den wird man jetzt über die Pflegeausbildung nicht [...]

(Auf Nachfrage zu den Standards der dualen Berufsausbildung): ...da haben wir 16 Länderlehrpläne und die übernehmen teilweise die Kultusministerkonferenz (KMK)- Rahmenlehrpläne. Ich wollte da vorhin nicht weiter drauf eingehen- aber das ist... jedes Land kann selber sagen, was es macht... wie gesagt: es gibt den Be-

schluss der KMK und die übernehmen teilweise die Beschlüsse, aber müssen sie nicht und es gibt auch manche, die machen ihr Eigenes. Das ist in der dualen Ausbildung so – definitiv... Lesen Sie die KMK- Handreichungen oder Lehrpläne. Da steht eben: jedes Land soll sich daran grob orientieren, aber sie können natürlich auch eigene differenziertere machen...das ist immer noch Ländersache...

Was auf jeden Fall anders ist: das duale System hat ja eben 2 Säulen, einmal die Berufsschule – länderspezifisch geregelt – ...und dann haben wir da ja auch noch mal das Bundesgesetz, was für die praktische ... also das BIBB... die regeln die praktische Ausbildung... Dieses auf Bundesebene – das ist einheitlich – ...das ist für alle 16 Bundesländer einheitlich... und die sind deutlich, deutlich differenzierter als das, was in der Pflege vorliegt. Aber dazu wird es nicht kommen. Also die Diskussion die Pflegeausbildung ins duale System zu nehmen, die ist ja schon durch. Das kommt auf keinen Fall.

(Auf Nachfrage zur *Übernahme dualer Standards*): ...hat man ja schon, ja..., also z.B. in den Jahren 2003 in den Berufsgesetzen und in den jeweiligen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen hat man ja aufgenommen, dass die praktischen Ausbilder mit 200 Stunden qualifiziert sein sollen. Das ist eine Inspiration aus der Ausbil- dereignungsverordnung (AEVO), die aus dem dualen System übernommen wurde. Überhaupt ...seit 1985 ist es ja der Fall das das Ausbildungsverhältnis über das Alten- und Krankenpflegegesetz geregelt wird... Das war vorher überhaupt nicht der Fall... Das sind alles Inspirationen...aber eine Übernahme wird es nicht geben... Wir haben eben anders als im dualen System,... nur ein Gesetz, was auf Länderebene runter gebrochen wird und aus dieser Lage werden wir weiter mit diesen Mehrschichtigkeiten zu tun haben.

- **Wird der Fachqualifikationsrahmen (FQR) zukünftig eine Art Rahmenlehrplan für die BFS- Ausbildungsgänge auf Bundesebene darstellen und somit eine einheitliche Qualität und Vergleichbarkeit der Ausbildungen herstellen?**

[Frage falsch gestellt, daher ausgeklammert].

12. Welche Rolle spielen der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und der FQR für die Gestaltung der Ausbildungsgrundlagen in der Pflege insgesamt?

Frage falsch gestellt, daher ausgeklammert.

13. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?

[Siehe oben]

14. Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?

Das denke ich schon – diese Pflegeassistenten, die zweijährigen ... eben auch die BFS- Ebene ... das wird ausgebaut werden. (*Zusammenfassung*): Pflegehilfesausbildungen Altenpflege/ GKP sind in der Regel Landesgesetze – meistens einjährig. Es gibt aber auch Pflegehelferinnen, die sind gar nicht ausgebildet, das ist gesetzlich nicht geschützt. Die Assistentenausbildungen an BFS werden vermutlich erhöht.

15. Welche Konsequenzen hat diese "Mehrgleisigkeit" aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt?

...Was ganz spannend werden wird: ... Sie haben ja jetzt den Schutz der Berufsbezeichnung... diesen Schutz der Berufsbezeichnung, den haben Sie bei einem Hochschulstudium nicht... da muss dringend etwas geschehen... da ist man ja auch am Überlegen... ja wir haben jetzt das Faktum: ich kenne mehrere Hochschulabsolventen... die studieren Bachelor Pflege... können sich aber nicht als Krankenpflegerinnen bezeichnen... und die kriegen keine Anstellung...weil man gerade im Pflegebereich eine geschützte Berufsbezeichnung haben muss und insofern müssen diese Leute..., z. B. in Hessen ist das häufig der Fall, anschließend noch eine Pflegeausbildung machen, um den Titel führen zu können...

(Auf Nachfrage zu *Studiengängen mit praktischen Anteilen*): (*Zusammenfassung*): Das ist abhängig vom Studienmodell. Es gibt sehr verschiedene Studiengangmodelle. In einigen ist das verzahnt mit der Erstausbildung und dann haben die den Abschluss der Erstausbildung und den akademischen Abschluss. Mittlerweile sind die meisten aber diese Kombinationsmodelle. Ganz neu ist die Hochschule in Bochum, aber noch auf Modellversuchsebene, die machen Kooperation mit Kliniken, Altenpflegeeinrichtungen, die haben aber auch die 2 Abschlüsse...

16. Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pflgetätigkeit kommen?

Ich habe eine ganz klare Überzeugung, und zwar: dieses Qualifikationssplitting, das zunehmen wird, – a la USA – das kommt und dann wird es so sein, dass – je geringer die Qualifikation ist – diese Leute machen die körpernahen Tätigkeiten... und die, die einen höheren Abschluss haben managen, regeln, organisieren ... machen kaum noch patientennahe Arbeiten. Insofern ist der Kern der Befragung für mich: ich denke, dass Sie mit Ihrem Anliegen massiv auf diese Assistenzberufe Bezug nehmen müssen. Das werden diejenigen sein, die mit den Patienten in Zukunft arbeiten. Ich finde es auch richtig, dass natürlich im Studium Wissen darüber, was es gibt, weitergegeben wird (Sie müssen es nicht umsetzen in dem Fall... eher weniger) ... und insofern finde ich diesen ganzen Bereich "eigene Gesundheitsförderung" im umfassenden Sinn – nach meiner Über-

zeugung extrem wichtig für die Leute, die zukünftig die körpernahe Arbeit leisten sollen und das werden die geringer Qualifizierten sein. Alle die, die studieren, die machen das doch mitunter genau deshalb, weil sie nicht so einen Rahmen (Schmutz, Elend, Leid des Menschen) haben, sondern über den Abgründen des Lebens stehen wollen...

- **Wenn ja, wird es für den Bereich Patientenhandlung zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?**

[Siehe oben]

- **Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandlung zukünftig durchführen?**

[Siehe oben]

E. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform

- 17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?**

Damit schließt sich wieder für mich der Kreis. Ich würde die Frage mit nein beantworten, weil es mir zu kleinteilig ist. Ich bin aber für Verbindlichkeit – auch im Bundesgesetz – zur Frage, wie auch in den Ländervorgaben, Curricula und Lehrbüchern, dass die Themen Gesundheitsförderung und Prävention ausgeweitet werden. Weil ich befürchte, dass es bei den verkürzten Ausbildungen, also auf 2 Jahre, "hinten herunter" fällt, würde ich da nochmal ein besonderes Augenmerk drauflegen, aber Gesundheitsförderung und Prävention soll schon bei allen sein... also auf jeder Ebene.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

[Siehe oben]

- 18. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?**

[...]

- 19. Wurde nach Ihrer Kenntnis für den Bereich des Patientenhandlings bereits ein Kompetenzprofil erstellt?**

[...]

- 20. Ist zu erwarten, dass im Rahmen zukünftiger Ausbildungsprofile die Vermittlung praktischer Ausbildungsanteile für EPH in Skills Labs angestrebt wird?**

Naja, da müssen erst mal die Skills Labs gebaut werden. Die gibt es ja in Deutschland kaum – auch aus finanziellen Gründen. Ich denke, wenn ...dann ist das ja auch ein Querschnittthema bei allen Tätigkeiten... da gibt es auch größere finanzielle Herausforderungen, die wichtiger sind als Skills Labs.

(Auf Nachfrage zur Notwendigkeit, Erfahrungen mit Hilfsmitteln zu sammeln): Sie fragen was zu erwarten ist, ich sehe das erst mal nicht. In den Niederlanden und in der Schweiz ist das ausgeprägt. In der Schweiz, die haben immer viel Geld, die haben da richtig investiert, das muss ganz toll sein, aber meiner Kenntnis nach gibt es... so reich ausgestattete Lernlandschaften wie in der Schweiz und den Niederlanden in Deutschland wirklich kaum...

- 21. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas EPH zu entwickeln?**

Also ich denke schon... wieder im umfassenden Sinne ... im Wesentlichen auf Fortbildungsebene. Aber... Lehrkräfte sind eine schwierige Fortbildungszielgruppe. Ich glaube, das ist nicht so toll. Ich weiß wohl, Kinästhetik- Fortbildungen sind recht beliebt und wenn man da etwas zusätzlich machen würde (weiß ich nicht, ob die das machen würden) ... Oder so eine Fortbildung zum Thema Gesundheitsförderung, wenn man das da einbringen würde ... das kann ich mir schon vorstellen...aber ich glaube EPH... ich mag mich täuschen...vielleicht machen die das auch, einfach weil's billiger ist... ganz einfach.

- **In welcher Hinsicht bzw. bezogen auf welche Inhalte und Kompetenzen?**

Das kann ich Ihnen jetzt nicht sagen, weil ich Ihr Konzept nicht kenne. Da bin ich komplett überfragt...

- **Könnten Sie sich die Entwicklung eines Qualifizierungsbausteins für die Lehrkraftaus- und Fortbildung in Kooperation mit dem Arbeitsschutz vorstellen?**

Ja für die Fortbildung... mit dem Arbeitsschutz...auf jeden Fall. Das müsste größer gerahmt werden dann auch. Also den Begriff Arbeitsschutz habe ich selbst noch nicht verwendet, aber in der Kombination könnte ich

mir das auch vorstellen. Aber ich habe immer meine Zweifel: es sind jetzt nicht die Lieblingsthemen der Lehrenden.

- **Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein?**

Dass so eine Qualifizierung verbindlich ist, das kriegen Sie nicht hin. Das kann ich mir gar nicht vorstellen. Das finde ich auch unangemessen...also da bin ich auch dagegen. Da gibt es für mich auch noch andere sachwichtigere Themen, wo ich sagen würde: das muss verbindlich sein. Aber bisher ist es so, dass es zumindest keine Regelung gibt, die im Pflegebereich irgendeine Fortbildung als verbindlich betrachtet. Das ist ja bei den PhysiotherapeutInnen anders.

(Auf Nachfrage zu Qualifizierungsvoraussetzungen zu Unterrichtsthemen): .Laut Krankenpflegegesetz brauchen Sie eine akademische Qualifizierung an Schulen des Gesundheitswesens. Die Frage ist jetzt wieder hochkompliziert... je nachdem ob sie aus dem Alten- oder Krankenpflegebereich sind... nur mal so grob angedeutet...: im GKP-Bereich haben Sie eine akademische Qualifizierung und ...da unterrichten Sie prinzipiell alles...und wenn Sie meinen, Sie möchten gern Handling machen, dann machen Sie das...es fragt da keiner nach Spezialqualifikationen...

(Auf Nachfrage zum Komplex Unterrepräsentation von EPH in der Hochschulausbildung, inklusive Kinästhetik): Ja bei Kinästhetik ist das ja nun noch mal ganz anders. Das hängt ja an der Kinästhetik- TrainerInnen-ausbildung... das hängt ja nicht mit den Schulen zusammen, das reglementiert ja die Kinästhetik- Vereinigung, das ist ja eine ganz andere Ebene...und ansonsten kommen Sie, wie gesagt, wenn Sie als studierter Mensch...dann machen Sie das, was gemacht werden muss.

An BFS in der Altenpflege z. B. – aber das geht ja auch nicht auf die Ebene von EPH – also diese 30% ... da ist das anders, da müssen Sie für bestimmte Fächer eingestellt werden. Da müssen sie bestimmt Qualifikationen nachweisen... also da können Sie auch alles unterrichten – letztendlich... sie müssen das dann nur anders orientieren ... also Sie können das nicht regeln, dass man dafür eine Fortbildung haben muss – außer sie gehen in so eine Richtung wie die Kinästhetik, also dass sie ein geschütztes Konzept vorlegen.

22. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von PraxisanleiterInnen?

Verbindlich nicht. Da sehe ich nichts, auch wieder ...nicht auf Bundesebene... es gibt manche Bundesländer, die legen Richtlinien vor... für die Weiterbildung der PraxisanleiterInnen, andere nicht, das ist dann den einzelnen Institutionen überlassen...also auf dieser Ebene könnte ich mir durchaus vorstellen, dass im übergreifenden Sinn Gesundheitsförderung/ Prävention mit erscheint, aber nicht verbindlich der Teilaspekt EPH.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

Auf Länderebene.

10.3.9 ExpertIn 9: Hochschule (PflegewissenschaftlerIn)

[Interview: SH]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Lehrkraftausbildung (Berufspädagogik/ Pflegepädagogik) – der Ist-Stand

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

In meiner Wahrnehmung hat das Thema eine zunehmende Bedeutung und wird auch eine weiter wachsende Bedeutung haben, insbesondere im Zuge der Diskussion um den Verbleib von Pflegekräften im Beruf und Fachkräftemangel, die ja derzeit recht intensiv geführt, findet man eben, wie gesagt, zunehmend Initiativen zur Gesundheitsförderung in den Pflegebereichen selber, um die Leute zu halten. In diesem Kontext wird das sicherlich eine wachsende Bedeutung haben, und ich meine auch beobachten zu können, dass dieses Thema mehr diskutiert wird – auch im Selbstverständnis der Pflegenden selbst.

2. Gibt es aus Sicht der Pflege- bzw. Berufspädagogik einen Handlungsbedarf, sich dem Thema verstärkt zu widmen? Warum?

Ja, unbedingt. Also Sie haben da ja im Leitfaden auch jetzt noch zunehmend Fragen "wie weit sich das curricular oder in anderer Form quasi formal wiederfindet" und in meiner Wahrnehmung ist das noch relativ überschaubar, was man formal auf den Weg gebracht hat; da gibt es einen Handlungsbedarf – auch mit Blick auf berufspädagogische Perspektiven – entsprechend Konzepte zu entwickeln, unbedingt. Man wird sich fragen müssen – das tun Sie dann ja auch alles gleich noch – auf welcher Ebene das zu tun ist. Eine Perspektive hier ist, dass das – zumindest in weiten Teilen – auch eine Domäne im Bereich der Praxisanleitung sein sollte, also eine relativ praxisnahe Perspektive. ... und dann sind wir bei einer anderen Diskussion, nämlich bei der Frage der Ausbildung von PraxisanleiterInnen...

3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in der Lehrkraftausbildung allgemein bzw. in Ihrer (Fach-) Hochschule?

Allgemein würde ich auch da relativ breit beginnen wollen: wir haben in den Berufsgesetzen ja verankert, dass Gesundheitsförderung und Prävention ein Gegenstand der Pflegearbeit ist und sicherlich auch mit Blick auf die eigene Klientel. ...also ist auch die Klientel der Lehrkräfte aufgefordert, sich mit diesen Aspekten zu befassen. Inwieweit das dann jeweils curricular umgesetzt wird – über Rahmenrichtlinien... – das haben Sie ja an anderer Stelle auch recherchiert, überschaue ich im Einzelnen auch nicht...

Klar spielen auch in der Lehrkraftbildung diese Themen unter dem Aspekt Gesundheitsförderung und Prävention eine große Rolle – auch mit Blick auf die Pflegenden selbst. Aber die Umsetzung ist halt hier nicht klar... und für uns kann ich nur für die Uni sprechen, dass wir hier ein eigenes Modul haben, mit 10 Leistungspunkten etwa, das Gesundheitsförderung zum Thema hat und da eben auch Fragen des ...nennen wir es mal "Selbstmanagements", wenn man so will – behandelt wird. Allerdings auf einer nicht fachpraktischen Ebene. Es geht da eben nicht darum fachpraktische Übungen oder Handling in dem Sinne einzuüben oder... das ist eben eine quasi abstrakte Auseinandersetzung, die da stattfindet.

(Auf Nachfrage zum Stellenwert und zur Thematisierung der Verhältnisprävention): Hier konkret bei uns an der Uni ganz klar sind beide Perspektiven mit im Blick. Es ist ein Ausbildungsziel, gerade auch für Lehrkräfte, diese Differenzierung vornehmen zu können und auf beiden Ebenen auch ...differenziert argumentieren und analysieren zu können. Das ist gewissermaßen ein Kompetenzziel.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

Das Thema als solches ist, soweit ich das überschaue (ich muss da ein bisschen vorsichtig sein), im engeren Sinne – auch in der Theorie – nicht Gegenstand in diesem Modul, sondern es geht eher um abstrakte Fragen. Wenn es jetzt um Verhaltensprävention geht, z. B. um Selbstmanagement...

- **Welche Inhalte zum Themenfeld EPH sind bereits in die Lehrkraftausbildung integriert? In welcher Form? (Bestandteil des Studienplans?)**

Soweit ich das überschaue ist das so konkret nicht der Fall.

(Auf Nachfrage zum Vorhandensein von Bezugswissenschaften wie Arbeitsmedizin, Arbeitswissenschaften): ...Wir haben hier eine ganz ganz enge Zusammenarbeit mit ArbeitsmedizinerInnen im Bereich der Lehre und – soviel ich weiß – auch in diesem Modul fließt auch die ein. Die Kollegin, die die Lehre anbietet, ist quasi ganz eng mit Arbeitsmedizinern zusammen... Die arbeiten, nebenbei gesagt, auch ganz eng mit den Berufsgenossenschaften zusammen, die sich quasi genau unter Ihrer Fragestellung für diese Thematiken interessieren. Also diese Perspektiven fließen ganz stark ein – sowohl arbeitsmedizinische, arbeitsschutz- als auch sozio- und psychologische Perspektiven, wenn Sie nach Bezugswissenschaften fragen...

- **Werden Inhalte zum Patientenhandling auch innerhalb der Fachdidaktik bearbeitet, um Grundsätze für eine fallbezogene Bearbeitung und vorliegende Zielkonflikte zu klären?**

Die aktuell diskutierten Ansätze in der Pflegedidaktik nehmen pflegerelevante Fragen in verschiedenen Konstellationen in den Blick. Eine Konstellation, die unter didaktischen Gesichtspunkten diskutiert wird, ist immer auch die Perspektive auf den Pflegenden selber. Also wie ist ... die Wahrnehmung der Pflegenden in der Situation selbst, also auf einer sozialen Ebene, aber eben auch auf einer körperlichen Ebene ...mit Blick auf Ihre Fragestellung... d. h. Fallarbeit würde hier dazu führen, dass diese Thematik grundsätzlich systematisch zur Diskussion kommt, aber weil sie eben sehr stark exemplarisch ist... kommt diese Perspektive nicht zwingend zum Tragen. Ich hoffe, dass ich mich einigermaßen klar ausgedrückt habe...

(Auf Nachfrage, ob die Entwicklung von Assessmentkriterien anstrebenswert ist, die dann zu Standards führen): Grundsätzlich würde ich das immer bejahen. Das Entscheidende ist – Sie haben aber diese Einschränkung auch gemacht – dass es bei solchen Standards nicht bleibt, sondern dass sie situationsgerecht zur Anwendung kommen. Die eigentliche Kunst – wie überall bei solchen Instrumenten – besteht darin, sie situativ sinnvoll zu verwenden. Das ist dann vielleicht auch wieder unter Aspekten der Verhältnisprävention zu betrachten, die da eine Rolle spielen können usw. ... Grundsätzlich aber: ja, man braucht solche Instrumente. Nur man muss befähigt sein, die dann auch sinnvoll in der Situation anwenden zu können.

(Auf Nachfrage zur Bedeutung der Entwicklung der Fallarbeit in der Fachdidaktik in diesem Zusammenhang): Das steht im Mittelpunkt dieser Zugriffe, dass man über Fallarbeit eben einerseits standardisiert Instrumente und quasi externe Evidenzen kennenlernt, d.h. zu recherchieren lernt, also sich in die Lage versetzt die angemessenen Instrumente – auch standardisierte Instrumente – zu nutzen und dann eben am Einzelfall einübt, diese situativ zur Anwendung zu bringen.

B. Zukünftige Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung (Berufspädagogik/ Pflegepädagogik)

4. **Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Lehrkraftausbildung?**

Ich würde auch da wieder ein bisschen die Perspektive erweitern müssen... sehr viel im Zusammenhang mit der Pflegeausbildung – Sie haben sicherlich gehört: da gibt es diese Bestrebungen zu Akademisieren in grundständige Studiengänge... also wir werden zukünftig Pflegeausbildung in sehr verschiedenen Systemen finden: das Berufsschulsystem, Berufsfachschulsystem ist eine anderes – es funktioniert auch ganz anders – als ein hochschulisches System und Lehrkräfte müssen gegebenenfalls – und das ist eben noch gar nicht so richtig klar auf welchen Ebenen –in diesen verschiedenen Systemen leben können. Also es ist bspw. noch relativ unklar, wer denn eigentlich in der akademischen Pflegeausbildung dann hinterher Lehre übernehmen wird. Sind das da alles tatsächlich Professoren? Wie wird das mit der praxisnäheren Lehre sein? Gibt es da Theorie- und Praxislehrkräfte? ...und solche Dinge, die sind noch nicht wirklich entschieden. Es gibt verschiedene Modelle..., die erprobt und evaluiert werden müssen...also müsste an diese Frage sehr differenziert beantwortet werden.

Grundsätzlich bin ich der Ansicht, dass alle Lehrkräfte, die wirklich auf die Pflegepraxis, auf die klinische Versorgungsebene fokussieren, also Menschen ausbilden, die dann in der klinischen Versorgung tätig werden Ansätze haben sollten in Bezug auf Ergonomisches Patientenhandling, da sollte sicherlich etwas getan werden. Wir hatten eingangs schon mal die Einschränkung... man wird noch aushandeln müssen: welcher Anteil ist dann eigentlich eher im theoretischen Unterricht zu verorten und welcher ist in der Praxis, also über PA eher definieren?

(Auf Nachfrage zur Bedeutung der Sonderrolle der Pflegepädagogik und das Verhältnis zur Berufspädagogik für die Klärung von Fragen zur Lehrkraftausbildung): In meiner Wahrnehmung ist diese Frage einerseits sozusagen über die Frage des schulischen Systems zu betrachten. Pflegepädagogik hat sich ja als eine gewisse Besonderheit herausgebildet, weil die Pflegeausbildung eben nicht im dualen System ist. Das duale System, da ist sozusagen die Berufspädagogik klare Bezugswissenschaft. Die Pflegeausbildung in ihrer Sonderrolle hat historisch den Zugriff nicht gehabt. Da gibt es diesen Hintergrund, der ist sehr ernst zu nehmen und im Grunde müssten Sie den hier auch noch mit verhandeln. Es geht um die Frage welche Relevanz hat es, dass die Pflegeausbildung nicht im dualen System stattfindet? Das hat sehr weitreichende Folgen und mit Blick auf diese Frage ist das eben auch zu berücksichtigen. Na gut, Pflegepädagogik hat sich vor diesem Hintergrund als eine relativ eigenständige Disziplin ..., wobei dies meine Wahrnehmung ist, natürlich durchsetzt sich das. Pflegepädagoginnen sind häufig durchaus auch Berufspädagoginnen...im Sinne der Ausbildung...aber es gibt ein eigenes Selbstverständnis, eine eigene Identität, ja.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

Wenn Pflegelehrkräfte unmittelbar Verantwortung für die praktische Ausbildung übernehmen, wie das ja in der Pflegeausbildung in den BFS per Berufsgesetz im Grunde der Fall ist, dann müssen sie auch relativ konkrete Kenntnisse und Kompetenzen – insbesondere mit Patientenhandling – haben. Dann muss das entsprechend auch in der Pflegelehrkraftausbildung berücksichtigt werden. In unserer Hochschule beispielsweise gehen die AbsolventInnen in der Regel ins duale System, d.h. sie gehen dann in die öffentlichen Berufsschule und sie haben dann keine Verantwortung für die praktische Ausbildung, also da ist diese Verantwortung nicht in diesem Umfang gegeben und deswegen müssen sie auch nicht umfassend über fachpraktische Kompetenzen verfügen.

(Auf Nachfrage zu den Arbeitsfeldern der LehramtsabsolventInnen in Niedersachsen): Ja ...in Niedersachsen gibt es die Möglichkeit, Altenpflege über das duale System zu machen, es gibt Heilerziehungspflege und dann gibt es etliche Assistenzberufe in diesem Bereich, die über das duale System laufen... Die Verantwortung der Schulen für die praktische Ausbildung in der Altenpflegeausbildung besteht nicht, wenn die Ausbildung über das duale System läuft.

- **Welche Schwerpunkte sollten dafür in der Lehrkraftausbildung gesetzt werden?**

Ich würde diese Thematik immer einbetten in Fragen der Gesundheitsförderung, Prävention, Selbstmanagement, wenn man so will... Verhaltens- und Verhältnisprävention, das haben wir ja schon angesprochen.

5. **Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in den Ausbildungen für Pflegelehrkräfte/-pädagogInnen, Berufsschullehrkräfte zu verankern?**

Also nicht an EPH im engeren Sinne – das ist mir nicht bekannt. Es gibt natürlich – das haben Sie aber schon angesprochen in der Diskussion – Kinästhetik, das ist quasi ein eigener Diskurs, der da geführt wird, aber darüber hinaus ist mir das nicht bekannt.

- **Wenn ja, welche? Wo verortet? Wer ist Ansprechpartner?**

[Entfällt]

C. BFS- Pflegeausbildungsgänge – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite

6. **Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen aus berufs- bzw. pflegepädagogischer Perspektive?**

Wir hatten auch das schon angesprochen – für mich ist insbesondere ...eben diese Sonderrolle, die über die Fachschule läuft, höchst problematisch, die insbesondere zur Folge hat, dass die Schulen in spezifischen Trägerschaften laufen und in der Regel durchaus ein betriebliches Interesse auf schulische Ausbildung und Bildungsprozesse einwirkt und das kann zu Problemen führen bzw. unter historischen Gesichtspunkten leidet Pflege dadurch sehr und das ist die Problematik nach wie vor und das ist ein Kernproblem...also auch im aktuellen Entwurf der Bund- Länder- AG – Sie haben davon gehört, zur Novellierung der Berufsgesetze – wird ja dieses "Eisen" im Grund nicht angepackt – also von daher bleibt das offensichtlich höchst problematisch. Das finde ich das zentrale Defizit.

(Auf Nachfrage zu notwendigen und möglichen Konsequenzen): Meines Erachtens wird ja über verschiedene Wege versucht, an dieser Frage zu arbeiten. Die Akademisierung der Grundausbildung ist eine Reaktion darauf, dass man versucht, die Ausbildung in andere Systeme zu verorten – wie eben das hochschulische System, ...auf der anderen Seite auf einer auch normativen Ebene, gesetzlichen Ebene, wird ja an der Pflegelehrkraftausbildung wiederum auch gearbeitet... also eine Folge dieser engen Bindung an die Trägerschaft ist ja, dass jahrzehntelang eben die Pflegelehrkräfte eine berufliche Weiterbildung absolviert haben...d.h. im Vergleich zum Lehramtsstaatsexamen... durchaus auch schlechter ausgebildet... da ist Nachholbedarf, der wird derzeit eingelöst... auch da ist noch nicht alles wirklich gut geregelt... also man ist da auf dem Weg. Das sind alles Ansätze, um diese Defizite auch anzupacken.

(Auf Nachfrage zur Uneinheitlichkeit der Länderumsetzungsregelungen auch für die Regelung der Studiengänge und über Möglichkeiten über den Hochschulbereich zu vereinheitlichen): Ja, da treffen Sie genau auf die richtige Person... ich habe ja auch noch verschiedene Steckenpferde..., ich bin in einer Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft aktiv... und wir haben uns ...vor ein paar Jahren hingesetzt und gesagt: die hochschulische Pflege ... ist curricular sehr bunt. Das hat auch Gründe und vor allen Dingen gibt es durchaus auch Versuche, die hochschulische Pflegebildung ...auch durch nicht pflegerelevante Inhalte sozusagen auch zu füllen... da gibt es verschiedene Initiativen... Das war für uns Anlass zu sagen: wir müssen ein Kerncurriculum formulieren und das haben wir in Ansätzen auch getan und wir haben dann diese Arbeit im Anschluss an die aktuellen Diskussionen um den EQR und DQR fortgeführt, indem wir gesagt haben: jetzt setzen wir uns daran und basteln einen FQR. Dieses Kerncurriculum ...ist ja sehr abstrakt, da werden ein paar Themen, also inhaltliche Vorschläge für curriculare Arbeit in einigen zentralen Punkten – zentrale Kompetenzbereiche – benannt, aber auf einem sehr abstrakten Level. In einem FQR, den wir jetzt so gut wie fertig haben, wird das Das Ganze dann durch dekliniert... kompetenzorientiert, also es wird ein Kom-

petenzkatalog vorgelegt werden, der relativ differenziert versucht relevante Kompetenzen für die hochschulische Pflegebildung ausdiskutieren.

(Auf Nachfrage auf welche Studienbereiche sich dieser FQR beziehen wird): Also dieser FQR wird sich jetzt zunächst an alle pflegebezogenen hochschulischen Bildungsangebote wenden (primärqualifizierende hochschulische Pflegeausbildung, klinische Pflegeexpertise (ANP), Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft etc.) und wird – das ist dann in Folge notwendig – dann auch auf einigen Ebenen auch nicht umfassend ausdifferenziert sein können... Uns ist das wichtig, diese Dinge zunächst mal anzustoßen... Wenn dann da Alternativen entwickelt werden, die die einzelnen Ausrichtungen weiter ausdifferenzieren, umso besser...

Es geht darum, eine Grundlage zu legen, die Diskussion anzustoßen. Man wird aber sehen, dass viele Kompetenzen, die wir da formulieren, doch sehr klar auch relevant sind für die Erstausbildung, also für die akademische Grundausbildung.

- **Welchen Regelungsbedarf sehen Sie hinsichtlich der praktischen Ausbildung?**

[--]

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

Meine Wahrnehmung ist, dass man berücksichtigen muss, dass die Altenpflege eine sozialpflegerische und die Krankenpflege eine medizinisch orientierte Tradition hat. Das findet man z. T auch noch in den Ausbildungsvorgaben wieder. Sicherlich muss man das als informelles Element mitdenken. Wenn ich nach vorn schauen will, dann gehe ich davon aus, dass wir mittelfristig wirklich eine generalistische Ausbildung haben werden, dass die Dinge zusammenwachsen. Wie schnell sich das dann tatsächlich realisiert, weiß ich auch nicht.

(Auf Nachfrage zur Entwicklung des FQR und der Beteiligung von Pflegenden mit dem Schwerpunkt Altenpflege): Bei diesem FQR haben Lehrende aus dem Bereich der Hochschule mitgewirkt, und die gehen alle ... davon aus, dass wir generalistisch zu denken haben. Ich halte die Initiativen, die jetzt bspw. über einen FQR mit dem Fokus Altenpflege gestartet wurden, für wichtig, aber im Grunde genommen ist das nicht mehr zeitgemäß.

7. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?

Wir haben mitdiskutiert quasi für bundesweite Empfehlungen... da ist ja der FQR oder(?)...es ist da natürlich sicherlich so, dass in den Ländern diese Empfehlungen sehr unterschiedlich diskutiert und aufgenommen werden. Das ist aber ja eine lange Diskussion, ob das eher Innovationen ermöglicht oder ob das eher hinderlich ist... Ich bin der Meinung, das kann sehr hilfreich sein, wenn man verschiedene Ansätze in den Bundesländern findet.

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

8. Haben Sie einen Überblick inwieweit berufsbezogene Prävention in den Pflegeausbildungen bereits verankert ist? Wie sieht es bezüglich des Themas EPH aus?

Im Detail kann ich Ihnen das nicht sagen. Da gibt es sicherlich Menschen, die da einen besseren Einblick haben. Wir haben diese Frage ja vorhin schon diskutiert, das ist Thema über Gesundheitsförderung und Prävention. Diese Fragen sind in den Ausbildungsgängen über Lernfelder in irgendeiner Form eingebracht, aber wie das konkret aussieht, kann ich Ihnen nicht sagen.

D. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform

9. Sind Sie in die Diskussion um die Reform der Pflegeausbildungen involviert?

Direkt bin ich nicht involviert. Wir haben ja schon darüber gesprochen, ich bin aktiv im Bereich der hochschulischen Bildung – nicht mit Blick auf die fachschulische – und ich persönlich betone das auch immer, dass die Arbeit, die wir dort vornehmen, sich eben explizit auf die hochschulische Bildung bezieht...

Weil ...das sehr verschiedene Systeme sind und man viele Fragen einfach noch mal sehr unterschiedlich diskutieren muss. Auch wenn sie inhaltlich vielleicht ähnliche Herausforderungen haben, muss man das z. T doch sehr trennen. Wir versuchen über diese Arbeit in der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft Einfluss zu nehmen, d.h. wir sind nicht direkt involviert, sondern wir haben... jüngst eine Stellungnahme formuliert

zum Eckpunkte- Papier der Bund- Länder-Konferenz zur Pflegeausbildung in den Bundesgesetzen, also sozusagen Einflussnahme über Positionspapiere.

- **Wenn ja, welche Aufgaben haben Sie dabei und welche Funktion nehmen Sie ein?**

[Siehe oben]

- **Haben Sie Kenntnisse über Grundlagen und Strukturen beider Ausbildungsgänge?**

Ich denke die Pflegebildung immer als gemeinsame Ausbildung.

(Auf Nachfrage zur Berücksichtigung der Grundlagen der Altenpflegeausbildung): Die gerontologischen und sozialpflegerischen Anteile integriert man, insbesondere weil die demographischen Herausforderungen... der Zukunft insbesondere im Bereich der ambulanten Pflege ist und da mit Blick auf die Versorgung älterer Menschen, d.h. also auch die GKP wird diese Fragen integrieren müssen...

10. Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul (BFS) -Ebene in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?

Ich vermute, dass es bei der BFS- Ausbildung noch etliche Jahre bleiben wird. Man kann nicht erkennen, dass irgendwo ernsthaft diskutiert wird, dass eine Überführung ins duale System angedacht ist. Diese Frage "wie viel Prozent akademische Ausbildung?" wird sich meines Erachtens über ganz praktische Herausforderungen und Entwicklungen beantworten. Hochschulische Bildung ist auch ein Markt und die Hochschulen bringen Studiengänge auch eigenständig auf den Weg. Wenn es eine Nachfrage geben wird, dann werden Hochschulen diese bedienen, also das wird sich ausweiten. Natürlich wird das auch politisch gesteuert werden, das denke ich schon... und da spielen dann die Fragen der Finanzierung eine große Rolle. Es gibt ja Schätzungen, Hochrechnungen ... wie viele Studienplätze denn überhaupt noch eingerichtet werden müssten, um diese 10-20% zu erreichen. Da hat jetzt jüngst der Wissenschaftsrat ein Papier vorgelegt... also das sind etliche 1000 Studienplätze (2700-5400, vgl. WR 2012), die zusätzlich neu eingerichtet werden müssen, d.h. das wird dauern..., wenn das politisch so gewollt ist. Ich nehme an, dass sich die akademische Pflegebildung etablieren wird... mittel- bis langfristig, d. h. ... es braucht lange, dann aber, wenn diese 10-20% erreicht sind, diese Gebenenfalls noch erhöht werden...

11. Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird?

Ja, davon gehe ich aus.

(Auf Nachfrage zur Möglichkeit der Schaffung eines einheitlichen Kerncurriculums): Ich weiß nicht, ob sie da richtig liegen. Für meine Begriffe ist das eine Frage ...also Bildungspolitik ist bislang in Händen der Bundesländer... Was in dem Eckpunkte- Papier zur Diskussion gestellt wird, dass per Berufsgesetzen Einfluss genommen wird auf Regelungen in den Ländern – auch hochschulische Regelungen in den Ländern und in Bezug auf die hochschulische Ausbildung...das ist sehr problematisch, mich hat das sehr überrascht, dass das gedacht werden kann in der Bund- Länder- Konferenz .Ich kann mir das nur erklären, dass man wiederum die Sonderrolle der Pflegeberufe dafür verantwortlich macht. In anderen Bereichen ist das für meine Begriffe kaum denkbar...Ich würde Sie bitten: gucken Sie sich mal die Stellungnahme an... also, was da vorgeschlagen wird ist ein Eingriff in die Autonomie der Hochschulen und auch ein Eingriff in die Länderhoheit gewissermaßen...

(Auf Nachfrage zur Rolle von Rahmenlehrplänen im dualen System): ...Ich kann das noch nicht richtig einschätzen...ich habe noch keine konkreten Einblicke darin, wie es denn da richtig gedacht sein soll...Was in den Eckpunkten vorgeschlagen wird (darauf richtet sich diese Kritik – vielleicht ist das noch eine andere Ebene, als die, die Sie ansprechen) ist, dass sozusagen die Formulierungen der Berufsgesetze verbindlich für die hochschulische Bildung seien ... damit die Absolventen eben da eine Zulassung für die Berufsausübung bekommen und das ist ein ungewöhnlicher Vorgang.

- **Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?**

[Siehe oben]

- **Wird der Fachqualifikationsrahmen (FQR) zukünftig eine Art Rahmenlehrplan für die BFS- Ausbildungsgänge auf Bundesebene darstellen und somit eine einheitliche Qualität und Vergleichbarkeit der Ausbildungen herstellen?**

Es wird – soweit ich die Diskussion überschaue – sich einmal die Frage aus formaler Sicht um den DQR stellen und auch beantwortet werden und zum anderen aus der Sicht, wie wir sie bearbeitet haben. Wenn ich aus der Diskussion DQR/ EQR argumentiere, dann ist ein FQR lediglich ...ein deskriptives Instrument, das beschreibt entlang bereits bestehender normativer Vorgaben, Rahmenrichtlinien, Curricula etc., also das, was derzeit curriculare Praxis ist. Rein deskriptiv eine Abbildung dessen, was vorzufinden ist. So sind die DQR- Instrumente gedacht – explizit entwickelt.

Wir haben ein anderes Vorhaben, unsere Perspektive ist, dass wir sagen... die hochschulische Bildung in der Pflegelandschaft ist höchst diffus, höchst heterogen .gewachsen und wenn wir nun diese Heterogenität abbilden und das sozusagen als einen FQR ausstellen, dann präsentiert das einen höchst unbefriedigenden Stand, der dem Stand, der fachwissenschaftlichen Perspektive keineswegs gerecht wird. Also es ist fachwissenschaftlich nicht zu legitimieren das, was derzeit in den Curricula vorzufinden ist als Stand der Dinge, als "state of the art" irgendwie vorzustellen. Deswegen haben wir uns die Freiheit herausgenommen, zu sagen: wir würden dieses Instrument FQR, obwohl es so nicht gedacht ist, quasi auch als normatives Instrument denken. Also es ist schon mit Blick auf die Frage Vereinheitlichung angelegt. Dass das für viele KollegInnen ein Problem ist und zwar auch ... das kann man nicht machen, diese Diskussion erwarte ich und ich erwarte auch, dass sie vielleicht sehr heftig wird, aber so haben wir das angelegt.

12. Welche Rolle spielen der Deutsche Qualifikationsrahmen (DQR) und der FQR für die Gestaltung der Ausbildungsgrundlagen in der Pflege insgesamt?

Die Protagonisten des DQR betonen immer, dass das ein deskriptives Instrument ist. Meine Wahrnehmung ist, dass das Instrument DQR durchaus genutzt wird als ein Orientierungsinstrument. Also in der Entwicklung von Curricula etc. fragt man schon: was sagt der DQR? Also insofern ist das nicht ganz unwichtig das mitzudiskutieren, weil... das Gewicht des DQR von offizieller Seite eigentlich recht niedrig gehangen wird... faktisch denke ich, für die Konstruktion von Studiengängen ist das Gewicht höher als es da eigentlich zugestanden wird.

(Auf Nachfrage zur Rolle des DQR für die Diskussion um verschiedenen Ausbildungszuschnitte in der Pflege): Für die Konstruktion der Ausbildungslandschaft wird das absolut auch hier eine Rolle spielen und hat auch Gestaltungsfunktion. Genau.

13. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?

[Siehe oben]

14. Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?

Also ich ...würde die Frage auf zwei Ebenen beantworten, auf der anderen Seite würde ich inhaltlich argumentieren. Politisch ist erkennbar, dass Interesse daran besteht, die Assistenzberufe auszubauen, gewissermaßen wiederzubeleben. ... Das hat sicherlich einerseits mit dem schon angesprochenen Fachkräftemangel zu tun oder überhaupt mit Pflegekräftemangel und sagen wir mal, natürlich auch mit Finanzierungsfragen.

Auf der anderen Seite würde ich inhaltlich argumentieren, wenn wir von Professionalisierung der Pflege/ Ausbau der Akademisierung sprechen, wird damit sicherlich auch eine Ausdifferenzierung der Pflegearbeit einhergehen, also der Qualifizierung in der Pflege... aber eben gewissermaßen auch nach unten hin, d.h. die Pflege wird sich ausdifferenzieren. Auch in den Tätigkeitsprofilen und entsprechend auch in den Qualifikationsprofilen. Meines Erachtens ist das eine relativ natürliche Entwicklung.

Wir haben nur derzeit das Problem, dass einerseits historisch meines Erachtens die Pflege ein großes Problem damit hat, dass sie sich ausdifferenziert und es quasi Binnenhierarchien geben wird in dieser Profession. Damit tut sich Pflege sehr sehr schwer. Andererseits ist derzeit dummerweise noch wenig Arbeit darauf verwendet worden, diese Profile eigentlich zu beschreiben, d.h. was ist das Tätigkeitsprofil der Assistenzkräfte, was ist das Tätigkeitsprofil der 3jährig ausgebildeten in der Fachschule, was ist das Tätigkeitsprofil eines Bachelor und Masterabsolventen usw. ... Das sind sicherlich ganz dringliche nächste Schritte, diese Tätigkeitsprofile gut zu beschreiben und möglichst auch konsensuell zu verabschieden und das nach innen und nach außen kommunizieren zu können. Auf diesem Hintergrund würde ich diese Entwicklung einordnen.

Wenn diese Arbeit unter fachlichen und fachwissenschaftlichen Gesichtspunkten solide erledigt ist, können Assistenzkräfte diese sehr sinnvolle Funktion haben im Bereich der pflegerischen Versorgung. Wenn dieses aber nicht geleistet wird (das ...würde mich auch nicht wundern, weil es wenig Unterstützung für diese Arbeiten gibt... es gibt kaum oder keine Förderung, mir ist das nicht bekannt...das macht man alles so in ehrenamtlichen kleinen Arbeitsgruppchen)... dann kann das – das betrifft ihre nächste Frage der Konsequenzen – meines Erachtens zu einer ambivalenten Entwicklung führen, dass sich diese Pflege einerseits professionalisiert und andererseits gleichzeitig deprofessionalisiert...

Die akademisch Ausgebildeten, die professionalisierten Pflegenden werden sich zunehmend vom Bett entfernen, werden Beratungs-, Planungs- und Evaluationstätigkeiten übernehmen und die eigentliche Pflege im Kern wird zunehmend von Assistenzkräften übernommen werden und wird deprofessionalisiert Das eigentlich formulierte Ziel, das man eine Qualitätsverbesserung in der unmittelbaren Versorgung erreicht, wird sicher dann nicht erreicht werden.

15. Welche Konsequenzen hat diese "Mehrgleisigkeit" aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt? Wäre die Konsequenz aus Ihren Ausführungen, dass man auch die Helferberufe wieder durch die Berufsgesetze regeln sollte?

Wenn ich ganz ehrlich bin, habe ich mir darüber noch nicht viel Gedanken gemacht. Darf ich mal sagen, dass ich das sehr stark und sehr einäugig – aber auch ganz bewusst einäugig – unter dieser fachwissenschaftli-

chen Perspektive betrachte. Ich möchte mir an dieser Stelle gar nicht so viel Gedanken darum machen, wie ist dann sozusagen die politische Umsetzung? Wie hat die zu erfolgen? Weil ich das zunächst einmal für eine fachliche, fachwissenschaftliche Aufgabe halte, diese Tätigkeitsprofile zu entwickeln. Da ist ... ein sehr großes Defizit im Bereich der Pflegeberufe, dass sie... immer darauf warten, dass Politik Vorgaben entwickelt. Diese Arbeiten am Kerncurriculum, FQR usw. zielen genau darauf zu sagen: wir entwickeln aus fachwissenschaftlicher Perspektive Diskussionsvorlagen und gucken dann, ob die sich umsetzen lassen in irgendwelche normativen Regelungen. Aber dann hat man wenigstens aus einer fachwissenschaftlichen Sicht schon mal Argumente und Vorschläge auf den Tisch gelegt...

16. Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pfl egetätigkeit kommen?

[Siehe oben]

- **Wenn ja, wird es für den Bereich Patientenhandling zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen? Ist das im Grobkonzept schon absehbar?**

Ich betone noch mal, dass ich jetzt aus einer fachwissenschaftlichen Sicht argumentiere – ich befürchte, dass sich das vor Ort ganz anders entscheiden wird... aber aus fachwissenschaftlicher Sicht würde ich sagen: diese Frage ist immer ganz konkret am Einzelfall zu klären. Es gibt eine Komplexität... also wenn die Herausforderungen der pflegerischen Versorgung komplex sind, dann ist das durch Fachkräfte zu leisten, gegebenenfalls auch durch akademisierte Fachkräfte, das muss man dann klären. Wenn die Komplexität der Herausforderungen überschaubar ist, die Frage der Sicherheit/ Patientensicherheit etc. gegeben/ geklärt ist, dann können bestimmte Aspekte des Patientenhandlings durch Assistenzkräfte durchaus übernommen werden.

(Auf Nachfrage zu den dann erforderlichen Kompetenzen für alle Ausbildungsniveaus): Alle Ausbildungsniveaus sollten sich dann mit grundlegenden Aspekten (Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten) des Pflegehandelns auseinandergesetzt haben und über praktische Kompetenzen verfügen. In (ggf. interdisziplinären) Teams ist dann im konkreten Einzelfall zu prüfen (etwa in Pflegevisiten), welche Akteure mit welcher Qualifikation sinnvoll zum Einsatz gebracht werden.

- **Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandling zukünftig durchführen?**

[Siehe oben]

E. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform

17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?

Ich würde grundsätzlich sagen ja, es muss Gegenstand der Pflegeausbildung sein. Die entscheidende Frage ist für mich immer die Frage des Abstraktionsgrades, also auf welchem Abstraktionsgrad wird das formuliert? Ausbildungsziele müssen so formuliert werden, das junge Entwicklungen, komplett neue Konzepte, Konzeptweiterentwicklungen immer wieder auch mit aufgenommen werden können. Also muss man notwendig ein Stück weit abstrakter formulieren...

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

[Entfällt, da nicht im Fokus, wie erklärt]

18. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?

[Leider nicht ausdrücklich gefragt, dürfte aber nicht bekannt sein]

- **Wenn ja, welche bzw. wo verortet?**

[Siehe oben]

19. Wurde nach Ihrer Kenntnis für den Bereich des Patientenhandlings bereits ein Kompetenzprofil erstellt?

Nein das ist mir nicht bekannt.

- **Wenn ja, durch wen und wo verortet?**

[Entfällt]

20. Ist zu erwarten, dass im Rahmen zukünftiger Ausbildungsprofile die Vermittlung praktischer Ausbildungsanteile für EPH in Skills Labs angestrebt wird?

Ich würde das bejahen, also das ist zu erwarten, ja... Das wissen Sie, dass vorzugsweise in den fachwissenschaftlichen Kreisen (hier der Pflegepädagogik) das relativ breit diskutiert wird – das Konzept von Skills Labs – ...die werden sich sicherlich etablieren, ja.

(Auf Nachfrage zur Rolle der Hochschulen bei der Entwicklung von Skills-Lab und überbetriebliche Kooperationsmöglichkeiten mit z. B. der eigenen Universität): Also zunächst muss ich noch mal unsere Diskussion eingangs erinnern: ich würde immer unterscheiden mit Blick auf das Setting der Absolventen hier am Studiengang... also hier in der Hochschule, die werden ins duale System gehen, die haben keine Verantwortung für die praktische Ausbildung und müssen damit sozusagen auch diese praktische Expertise nur begrenzt einbringen. Das ist der Hintergrund dafür, dass wir hier kein Skills Lab haben und auch keins einrichten werden, das zunächst mal. Aber an vielen Fachhochschulen, die Pflegepädagogik anbieten, ist das mittlerweile im Prozess, oder auch schon realisiert und Ihre Frage, ob es dann sinnvoll, ist das in verschiedenen Lernstandorten gemeinsam zu betreiben, würde ich grundsätzlich bejahen, wenn das praktisch möglich ist...

21. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas EPH zu entwickeln?

Ich würde immer sagen, wenn wir neue Erkenntnisse haben, sei es Studien, sei es neue Konzepte etc., dann sind die natürlich auch in die Lehramtsausbildung einzubringen und dazu sind Qualifizierungsangebote vorzuhalten, ja.

- **In welcher Hinsicht bzw. bezogen auf welche Inhalte und Kompetenzen?**

[Siehe oben]

- **Könnten Sie sich die Entwicklung eines Qualifizierungsbausteins für die Lehrkraftaus- und Fortbildung in Kooperation mit dem Arbeitsschutz vorstellen?**

Ja, wenn der Arbeitsschutz eine breite Perspektive einnimmt. Also Arbeitsschutz kann dazu neigen, ganz fragmentarische Perspektiven einzunehmen und ... bspw. auf der Ebene der Verhaltensprävention zu verbleiben und Mikrostudien zu betreiben – bitte verstehen Sie das nicht falsch – ich glaube gerade in Fragen des Handlings muss in einer gewissen Breite analysieren... und das meine ich auch nicht nur mit Blick auf Verantwortung von Unternehmen usw. ... auch ganz praktisch...ich hatte ja vorhin schon mal erwähnt: weite Teile der Herausforderungen für die Pflege liegen im ambulanten Bereich ... da stellen sich Fragen des Patientehandlings noch mal ganz anders... da sind die Wohnverhältnisse, die materiellen, räumlichen Bedingungen gesetzt, also die sind ggf. äußerst schwierig für die Betroffenen, ... all diese Aspekte müssen berücksichtigt werden und sind in einer gewissen Breite zu denken...

- **Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein?**

Was da ... also ich bin der Meinung, dass auf einem gewissen Abstraktionsgrad das verbindlicher Gegenstand sein muss. Nicht immer muss es für Lehrende sozusagen fachpraktisch zwingend angeboten werden. Die fachpraktische Umsetzung ... halte ich eigentlich für einen zentralen Gegenstand auch von PraxisanleiterInnen, die dann sicherlich auch Pflegenden über Fortbildungsangebote auf den Stand bringen können. Da sehe ich viel eher die Funktion...

22. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von PraxisanleiterInnen?

Ich würde das in der grundlegenden Ausbildung zur PraxisanleiterIn verankern. Das sind ja jetzt 200 Ausbildungsstunden, da könnte man dann noch mal breit diskutieren, ob das eigentlich dem Stellenwert dieser Position gerecht wird. Da würde ich sagen, da muss noch mal ganz anders rangegangen werden...

Ja .. Sie sind jetzt schon dabei, sich umfangreicher Gedanken zu machen über diese 200 Stunden, die eben sehr unterschiedlich umgesetzt werden; 200 Stunden reichen da sicher nicht aus... Für die PraxisanleiterInnen würde ich eben immer sehr viel Wert darauf legen, dass die dann in der Lage sind, Konzepte und auch externe Evidenz (aus Studien etc.) wirklich mit den Akteuren vor Ort quasi in situative Kontexte zu überführen...Das ist eine zentrale Kompetenz, und wenn Sie fragen, wo ich das verankern würde, das kann ich nicht wirklich beantworten...

(Auf Nachfrage zum generellen Defizit verbindlicher Regelungen zur PA- Ausbildung und der Forderung nach der inhaltlichen Verankerung von ergonomischem Patientehandling): Naja, ich würde immer sagen: es ist durchaus sinnvoll, von verschiedenen Stellen heraus aufzuzeigen, dass diese Position PA... welche Expertisen diese Person einbringen muss (und dazu gehört eben auch die Expertise zum EPH) ... von daher ist eben schon zu sagen ja, das müssen sie können und dazu braucht man so und so viele Stunden, um das sinnvoll irgendwie in die Ausbildung integrieren zu können... ich weiß nicht, ob man sowas machen kann... sagen können, so und so viel Stunden sind dafür notwendig... wenn solche Hinweise von allen Ebenen kommen, die auf die PA schauen, dann würden ja unterm Strich stehen, aha 200 würden schon reichen... ich sage mal sehr vereinfacht...

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

Soweit ich das überschaue – wenn ich dafür "den Schlüssel in der Hand" hätte, wäre ich schon weiter – ich würde immer versuchen, einerseits in die politische Öffentlichkeit zu gehen, sprich auf Länderebene politische Akteure über Studienergebnisse zu informieren, diese in relevante Arbeitskreise hineinzutragen und in die Pflege hinein zu kommunizieren und an Verbände heranzutragen.

(Abschlussbemerkung): Mir hat das sehr gefallen, dass Sie hier eben offensichtlich eine sehr breite Perspektive einnehmen. Diese Fragestellung, die ja dazu einlädt, wirklich auch sehr verengt diskutiert zu werden, haben Sie über diesen Leitfaden sehr weit eröffnet und das fand ich sehr schön.

10.3.10 ExpertIn 10: Berufsbildungsforschung (BIBB)

[Interview: SH] - keine Autorisierung durch den/ die InterviewpartnerIn

10.3.11 ExpertIn 11: Verband (DBR/ DBFK Vorsitz)

[Interview: SH]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegeausbildungsgängen – der Ist- Stand

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

Innerhalb der Pflegeberufsgruppe sind die Gesundheitseinrichtungen verpflichtet, ihre MitarbeiterInnen im Sinne des Selbstschutzes zu schulen. Es gibt regelmäßige Termine, so kenne ich das aus der Praxis und wurde bei uns auch zumindest weitgehend schon in der Ausbildung für wichtig gehalten.

(Auf Nachfrage zum Stellenwert innerhalb der Pflegenden selbst): Da will ich mal eine Aussage wagen: das ist meines Erachtens noch nie untersucht worden. Kann ich also nicht beantworten...Aus meiner jetzigen Perspektive – ich kenne es z. T. aus meiner aktiven Schuldienstzeit, wie es praktiziert wurde und wie wir es implementiert hatten in der schulischen Ausbildung. Aber wie das jetzt von PflegeschülerInnen und -lehrerInnen angenommen wird, kann ich Ihnen nichts wirklich Genaues sagen.

(Auf Nachfrage zum persönlichen Stellenwert): Ich denke, das ist immer notwendig, wenn wir Gesundheitsförderung als Überschrift über dieses Thema nehmen, dann gilt die Gesundheitsförderung auch für den Arbeitsplatz eines jeden und deshalb sind Schulungen zum Selbstschutz wichtig, der Begriff "rückenschonende Arbeitsweise" ist von ganz ganz damals; Selbstschutz für pflegende Personen, das ist ja häufig sehr viel mehr.

2. Gibt es aus Sicht Ihres Verbandes/ Ihrer Einrichtung einen Handlungsbedarf sich dem Thema in der Ausbildung verstärkt zu widmen? Warum?

Ich denke ja. Das ist und bleibt eine Forderung, wie gesagt: ich sehe das unter der großen Überschrift Gesundheitsförderung; das ist unbedingt zu bekräftigen.

(Auf Nachfrage zu aktuellen Begründungen): ...im Augenblick sind wir dabei, ein neues Ausbildungsgesetz systemisch und strukturell zu begleiten. Dazu haben wir einen Bildungsplan und das Inhaltliche passiert ja dann, wenn ein Gesetz normativ verabschiedet ist, in Form einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, oder (das muss man ja jetzt auch für die Pflege verstärkt denken) im Sinne einer Approbationsordnung. Da sollte das aufgenommen werden. Die europäische Einflussnahme auf die Inhalte der Ausbildung verlangt eigentlich eine Gleichrangigkeit der unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen, und d.h. auch Gesundheitsförderung und präventive Strategien pflegerischen Handelns, und dazu gehört das. Das existiert im Krankenpflegegesetz im Moment auch – diese Prävention – die Frage ist nur bei der Krankenhauslastigkeit und Krankheitszentrierung der derzeitigen Ausbildung, wie das in den einzelnen Einrichtungen gelebt wird.

3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in den Ausbildungsgängen der Pflege?

Auf dem Papier ja, aber in Praxi nicht, sonst hätten wir andere Arbeitsbedingungen in den Einrichtungen und nicht die in der Tendenz steigenden Burnout- Situationen. Ich sehe ja das auch nicht nur rein körperlich in Form von Krankheit, sondern auch psychisch, diesen Arbeitsschutz. Wenn der greift, dann dürfte manche Arbeitsbedingung, unter denen Pflegende arbeiten und leiden... nicht stattfinden. Also ich nehme z. B. ein Beispiel: Personalbesetzung, es entstehen Pflegesituationen, wo Pflegende alleine körperlich eingesetzt sind. Das mag in der Einzelsituation gutgehen, die Missachtung des Selbstschutzes führt aber in der Kettung zu Erkrankungen.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

[Siehe oben]

- **Gibt es Unterschiede zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

Die Altenpflegeausbildung ist in großen Teilen eine Abschrift der Krankenpflegeausbildung von 1985. Das kann ich jetzt pädagogisch begründen, das ist entlang der Inhalte zu erkennen und lässt sich auch vom Ausbildungsziel ableiten. Es gibt ganz einfach qualitative Unterschiede zwischen beiden Ausbildungsgesetzen. Man könnte es damit begründen, dass die Krankenpflege 2 Jahre länger Zeit hatte, das Ausbildungsgesetz zu entwickeln. Ich persönlich würde – weil ich da aktiv eingebunden war – sagen, das die professionelle Begründung des Krankenpflegegesetzes, durch die Berufsverbände z. B., eine sehr viel intensivere war als in der Altenpflege. In der Altenpflege dominierten in der Gesetzesentstehung eher die Trägerinteressen.

(Auf Nachfrage zu inhaltlich/ qualitativen Unterschieden hinsichtlich Gesundheitsförderung, betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention): das ist jetzt eine eher allgemeine Bewertung, die ich vorgenommen habe... zu den angesprochenen Inhalten: das kann ich jetzt nicht beantworten.

(Auf Nachfrage: "... und gefühlt?"): Ich denke, dass der Gesundheitsschutz in der Altenpflege noch etwas weniger gewichtet ist als in den Krankenhäusern... das hängt zum Teil auch damit zusammen, weil in der Altenpflege das Potential angelernter Pflegekräfte größer ist, d. h. die sind im Regelfall ohne jegliche Schulung; das wäre vielleicht ein objektives Kriterium.

4. Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z. B. beim Patientenhandling?

Sicherlich unterschiedlich. Das gilt aber generell auch für die Personalführung der PDLs in den Einrichtungen... man muss sich ein Bild darüber machen, wie jemand ein Selbständigkeitspotential hat zu diesem Thema, also ein Selbstversorgungspotential besitzt. Ich kenne das von SchülerInnen, die haben ungeachtet ihrer körperlichen Kräfte ihre Arbeitskraft eingesetzt, weil sie für die Praxis funktionieren wollten. Also das ist sehr individuell zu analysieren und zu begleiten...

(Auf Nachfrage, welche Personen dafür zuständig sind? PraxisanleiterInnen? PDLs?): Ja beide.

- **Welche praktischen Kompetenzen sollten Auszubildende zum eigenen Schutz beim Patientenhandling erwerben?**

Da geht es um die eigene Sicherheit durch pflegerisches Handeln. Es gibt ja gewisse Selbstgefährdungspotentiale im Pflegeablauf und die muss man schon thematisieren und dann fragen, welche Möglichkeiten gibt es und wie kann man damit umgehen. Bezogen auf Patientenhandling (habe ich eben schon gesagt): es werden personalbedingt häufiger viele Pflegeinterventionen allein gemacht und wenn das z. B. mit Heben und Tragen usw. in Verbindung steht, muss man auch sich selber einschätzen können, was kann ich, sonst muss man womöglich nein sagen. Also: den eigenen Selbstschutz in Anspruch nehmen.

- **Welche Voraussetzungen sollten dafür in den Ausbildungsstätten vorhanden sein?**

Fortbildung in Kinästhetik, die ja nicht nur eine Bewegungserleichterung und Entlastung sind für den Patienten, sondern auch für die, die pflegen... und dann die Aufforderung zu Sport, d.h. also Ausgleichsbewegungen, genauso – wenn man viel sitzt, braucht man Bewegung – wenn man laufend Patienten lagern muss, muss man auch dementsprechend Übungen, Bewegung und Sport machen.

(Auf Nachfrage, ob dann Angebote in diesem Bereich vorgehalten werden sollen): Ja.

(Auf Nachfrage zur Bereitstellung von Hilfsmitteln vor Ort): Aber diese Hilfsmittel finden ja oft, weil sie auch technisch nicht einfach zu handeln sind, wenig Anwendung. Man geht von dem Irrglauben aus, man kann das anders schneller... aber ein Einsatz von Hilfsmitteln sollte selbstverständlich sein, auch in der häuslichen Pflege. Da gibt es keine ausreichende Ausstattung mit Hilfsmitteln.

B. Pflegeausbildungen – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite

5. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen und welcher Veränderungsbedarf folgt daraus? (Allgemein und um es ein bisschen einzugrenzen mit Blick auf den Selbstschutz und Prävention?)

Ja, es geht ja darum, dass es entsprechend curricular platziert wird. Wenn man das jetzige Ausbildungsgesetz in der Krankenpflege sieht, dann haben wir zum einen aus pädagogischer Sicht den Erwerb von Kompetenzen. Ja, das ist mehr – hier werden einzelne Personen befähigt, fachlich, methodisch, personal, sozial zu handeln. Das ist mehr als in der Vergangenheit, oder noch im Altenpflegegesetz stehend, Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten... hier steht das betriebliche Verwertungsinteresse im Vordergrund und beim Kompetenzerwerb geht es um die Persönlichkeitsbildung... dann geht es weiter im Ausbildungsziel um Strategien professionellen Handelns ...und zu Ihrem Thema passt eben die präventive Strategie professionellen Handelns und die gilt sowohl für die Pflegenden als für die zu Pflegenden. So werden diese Ausbildungsziele in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung operationalisiert und an dieser Stelle wäre auch das Gewicht darauf zu legen; das tatsächliche Handling ist dann Sache des Curriculums. Da müsste das dann platziert sein, also von Ebene zu Ebene, damit es Gegenstand des Lernens und Lehrens wird.

(Auf Nachfrage, "Sprechen Sie sich dafür aus, dass dieser curriculare Strang so operationalisiert und dezidiert platziert wird): Ja und wenn Sie das Krankenpflegegesetz lesen, finden Sie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bei den 12 Themenbereichen...auf jeden Fall einen Platz (ich weiß es jetzt nicht auswendig, von welchem Themenbereich die curriculare Umsetzung abzuleiten ist).

6. Welchen Regelungsbedarf sehen Sie hinsichtlich der praktischen Ausbildung?

Die Gesamtverantwortung für die theoretische Ausbildung liegt bei der Schule. Den Anteil praktische Ausbildung z.B. in einem Krankenhaus ist über die Verantwortung bei der Betriebsleitung für gesunde Arbeitsbedingungen sicherzustellen. Dann gibt es ja auch Unfallverhütungsvorschriften, dazu gibt es Einbindung von BetriebsärztInnen, dazu gibt es (ich denke die Erste Hilfe gehört auch dazu)... und das muss eben garantiert werden, dass das nicht nur gefüllt, sondern auch gelebt wird.

(Auf Nachfrage bezüglich des speziellen Zusammenhangs von Regelungen zur praktischen Ausbildung): Wenn Sie das jetzt in einen speziellen Zusammenhang zur Ausbildung stellen, dann ist es die Aufgabe der LehrerInnen, über die Praxisbegleitung auch das Umfeld der SchülerInnen dementsprechend auch im Auge zu haben.

(Auf Nachfrage zur Verantwortung des Arbeitgebers in diesem Bereich): Arbeitgeber übernehmen hier zu wenig Verantwortung, sie übernehmen generell zu wenig Verantwortung.

(Auf Nachfrage, ob es regelungsbedürftig ist, dass der AG mehr oder definierte Verantwortung für die Ausbildung übernimmt): Das gibt es nicht. Definierte Zuständigkeiten gibt es nicht. Das ist alles generalisiert. Das wird dann situativ, wenn etwas zu besprechen ist, definiert. Die Festschreibung in diesem Bereich ist ganz gering... Ich sehe mich jetzt als LehrerIn: ich komme in die Praxis und finde dann entsprechende Situationen vor, dann ist es meine Aufgabe im Interesse der SchülerInnen, das zu dokumentieren, einzubringen und auch zu verfolgen. Verantwortung für die Theorie und Praxis heißt, dass ich als LehrerIn befugt bin, wenn die Ausbildungssituation schädigend für eine/n SchülerIn ist, ihn/sie dort abziehen. Das ist mein organisatorisches Instrument. Diese Situation ist natürlich von Haus zu Haus unterschiedlich geregelt. Wenn ich als Schulleitung LehrerInnen in der Schule habe, die die Theorie- Praxis- Vernetzung über Praxisbegleitung ablehnen, dann habe ich natürlich auch keine Möglichkeit, zu agieren. Das hängt auch mit dem Selbstverständnis der Rolle der Lehrenden zusammen...

(Auf Nachfrage (erneute) zu Regelungsmöglichkeiten zur Verantwortung des Arbeitgebers von Gesetzes wegen): Über das Ausbildungsgesetz geht das sicherlich nicht. Das Ausbildungsgesetz ist ein Zulassungsgesetz und regelt die Zulassung für einen Heilberuf und müsste gebunden sein an die Genehmigung zur Ausbildungsberechtigung.

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

Da gibt es Unterschiede. Die Gesamtverantwortung in der Altenpflege scheint eher alibihaft. Es gibt Dreiecksverträge, die abgeschlossen werden: der/ die SchülerIn hat einen Arbeitsvertrag mit dem Träger der praktischen Ausbildung. Der/ die SchülerIn hat einen Ausbildungsvertrag mit der Schule und die Schule und der Arbeitgeber bewegen sich auf Kooperationsabsprachen. Da findet sich man sich ausbildungsbezogen nicht immer zu recht. Im Krankenhaus ist die Schule und die Praxis über einen Vertrag geregelt. So kann man auch differenzierter nachfassen, so kenne ich das.

(Auf Nachfrage hinsichtlich der Angleichungsmöglichkeiten im Rahmen der anstehenden Ausbildungsreform): Nur über Ausbildungsmodelle und deren Evaluationen scheint die generalistische Ausbildung praktisch geregelt. Sie macht allerdings im Augenblick politisch keine Fortschritte... Eine weiterentwickelte generalisierte Ausbildung wird gelenkt durch einen hohen Anteil von Theorie und mit steuernden Auswirkungen auf die praktische Ausbildung. Das heißt zugleich: Der Status der Lernenden als ArbeitnehmerInnen wird mehr und mehr abgebaut. Die krankenhauses- oder heimspezifische Bindung der Lernenden wird sich verändern (müssen). Was nicht klar ist, ist die Finanzierung... und der Weg zur Hochschule ist politisch nicht gewollt, aber nicht mehr aufzuhalten. Von daher ist für die Pflegebildung vieles in Bewegung, aber auch zugleich komplex blockiert. Ich weiß nicht, ob Sie sich vorstellen können, was damit gemeint ist: Es gibt eine Vorlage, es gibt Konzepte, es gibt auch eigentlich klare Beschlüsse, doch geht es einfach nicht weiter im Augenblick.

7. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?

Das unterschiedliche Ausbildungsergebnis – Outcomes als Ganzes der Ausbildung. Nehmen wir die LehrerInnen-Bildung am Beispiel von Bayern, Baden-Württemberg, NRW und Schleswig-Holstein: dort sind unterschiedlich qualifizierte LehrerInnen beauftragt, die Pflegeausbildung durchzuführen. Wenn wir eine Wissenschaftsbasierung als Ausbildungsziel haben und die Lernenden wissenschaftsbasiert Kompetenzen erwerben soll, eine Ausbildung erfahren von LehrerInnen, die selber nicht wissenschaftlich ausgebildet sind, können diese das lehren? Das heißt also: die Unterschiedlichkeit beginnt mit 16 Ländern, den unterschiedlich vorhandenen Rahmenrichtlinien, vorbei an nationalen Bildungsstandards – Schulen des Gesundheitswesens sind eigentlich keine Schulen, Lehrende sind keine LehrerInnen... weil die Pflegeeinstausbildung ein bildungssystemischer Sonderweg ist. Hinzu kommen die Krankenhäuser als Ausbildungsträger mit ihren Autonomiebestrebungen: Beispiel aus NRW: Der Pflichteinsatz in der ambulanten Pflege wird aus Sicht des Krankenhauses nachteilig bewertet. SchülerInnen sind praktisch zu Lasten ihres Arbeitgebers außerhalb "nicht vergütungspflichtig" eingesetzt. Der Versuch, diesen Einsatz als gleichwertig mit einem Einsatz in der Krankenhausambulanz zu setzen, wurde von der zuständigen Fachaufsicht des Landes nicht genehmigt. Ähnliche oder andere Versuche, gesetzliche Vorgaben der Ausbildung im Sinne des betrieblichen Verwertungsinteresses zu umgehen, sind nicht ungewohnt.

Nun ist aber bei den Eckpunkten vorgesehen mit Stand 1.3.2012, dass es eine Kommission geben sollte, die auf der Grundlage des neuen Gesetzes und der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung eine für alle Länder geltende Rahmenrichtlinie entwickeln soll.

(Auf Nachfrage, ob sie davon ausgeht, dass eine stärkere Vereinheitlichung kommt): Ja, das wird angestrebt. Das wird aber in dem Maße nicht zustande kommen, weil wir nach wie vor außerhalb des staatlichen Bil-

dungssysteme – an Schulen des Gesundheitswesens – ausgebildet sind und es gibt keine qualitätssicherungsgestützte Ausbildung.

(Auf Nachfrage zu dieser bundeseinheitlichen Rahmenrichtlinie "wird es zwei oder eine vereinheitlichte Richtlinie geben?"): Nein, es gibt dann ja nur noch ein Gesetz, eine Ausbildung und einen Berufsabschluss. Das haben die Evaluationen der Modellklausel zumindest ergeben und dann kann es auch nur eine Richtlinie geben.

(Auf Nachfrage, ob das angesichts der schwierigen Strukturen wirklich kommt): Ich bin im Augenblick auch nicht sicher. Aber wenn es dann zur weiterhin getrennten Ausbildung kommt, wird die Altenpflege sich mit 3 Jahren Ausbildung – mit diesem Bildungsstandard von heute – nicht mehr halten können. Dann wird sie stärker gelenkt vom Arbeitsmarkt als von der Bildung... Ich war z. B. gestern bei der Bundesagentur für Arbeit. Da geht es also darum, dass die Altenpflegeausbildung derzeit "missbraucht" wird – für die Bereinigung sonstiger politischer Probleme. U.a. werden Anrechnungen – Zugänge zu der Altenpflegeausbildung und Verkürzungstatbestände für die Ausbildung in der Altenpflege – geschaffen, die verstoßen gegen das Gesetz, ... und es werden nicht die Abschlüsse erreicht, die das Ausbildungsziel vorgibt.

(Auf Nachfrage zu einem möglichen Widerspruch hinsichtlich der Zusicherungen aus dem Eckpunktepapier): Die generalistische Pflegeausbildung unterliegt verpflichtenden Ausbildungsvorgaben der Europäischen Union, die zwingend in nationales Recht aufzunehmen sind. Sollte es künftig eine Ausbildung und einen Abschluss der Pflegeausbildung geben, sind die Eckpunkte so, wie sie vorliegen, nicht EU-konform. Dazu gehören ausgewiesene Anrechnungen informeller und non-formaler Kompetenzen sowie Verkürzungstatbestände aufgrund von Anlern- oder Helferzeiten in der Pflegepraxis auf die 3jährige Ausbildungszeit. Das kommt nur bei der Pflege auf, solche schrägen Ausbildungszeiten. Wir haben einen Arztmangel; keiner kommt auf die Idee, den Zugang zu reduzieren und das Studium zu verkürzen. Das habe ich auch deutlich und hörbar bei der Bundesagentur für Arbeit gesagt. Wir haben uns sehr verständigt: Umschulung muss sein, aber zu anderen Bedingungen... und jemand, der 4 Jahre in einem Pflegeheim angelernt gearbeitet hat, dem kann man nicht 1 Jahr Ausbildungsverkürzung anbieten – weil Pflege ist kein Handwerk und es geht um Kompetenzen, die zu erwerben sind und nicht, ob man irgendwelche Techniken beherrscht.

Ich begleite derzeit für den DBfK die Modernisierung der Berufsanerkennungsrichtlinie bei der EU-Kommission und dem EU-Parlament in Brüssel. Vorgeschrieben sind und bleiben unverändert 4600 Präsenzstunden...

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

8. Gehen Sie davon aus, dass sich diese Defizite auch auf die Vermittlung von Handlungskompetenzen zum EPH auswirken?

Die Unterschiedlichkeit, von der wir gesprochen haben, hat sicherlich Auswirkungen auf die komplette Breite der Ausbildung. Oft werden bei solchen Unterschiedlichkeiten die Bereiche bevorzugt, an die die Ausbildung sehr eng gebunden ist. Dementsprechend werden alle anderen Anteile der Ausbildung vernachlässigt.

(Auf Nachfrage zur Frage der Notwendigkeit von Prüfungsrelevanz für berufsbezogene Gesundheitsförderung und dieses Thema): Wenn man die Prüfung fallbezogen organisiert, ist es eigentlich schon ausreichend, die präventive Strategie professionellen Handelns ist mit einzubinden, ... aber diese Fallorganisation, Fallbezogenheit von Prüfungsthemen, die ist ja (noch) nicht selbstverständlich...

(Auf Nachfrage, warum sich diese neuere Form der Didaktik noch nicht überall durchgesetzt hat): Die fallbezogene Didaktik ist 10 Jahre alt und nicht mehr neu. Die Tatsache, dass das so ist, hat nicht mit den Defiziten zu tun, dass es keine "richtigen" LehrerInnen sind, das ist sekundär. Also ich muss ich für die traditionellen LehrerInnen einerseits eine Lanze brechen. Die mühen sich sehr – im Rahmen ihres Systems und im Rahmen ihrer Möglichkeiten gibt es enorme Anstrengungen, aber eben Unterschiedlichkeiten. Es gibt natürlich und das zum Stichwort Wissenschaftsbasierung fehlende Kompetenzen im Handeln der Lehrenden. Das möchte ich so relativieren.

C. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform

9. Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul(BFS)-Ebene in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?

Da steht zukünftig eine Parallelität an: die Ausbildung auf der Berufsfachschulebene und zunehmend auf der Hochschulebene. Die Ausbildung im tertiären Bereich ist jetzt bereits generalistisch ausgerichtet.

(Auf Nachfrage, in welchem Umfang): ... ich habe gerade ganz aktuelle Papiere von diesem Monat veröffentlicht: Es gibt 37 grundständige Studiengänge ... Das ist beachtlich, vor 2 Jahren waren es 22. Die Modellklausur

sel von 2004 hat das bundespolitisch nicht gewollt, aber länderpolitisch ist es entstanden. Wir haben eine zunehmende Tendenz und ich denke, das ist ein Zahlenspiel, was sich jeder ausrechnen kann und bis die Hochschulen so weit sind, dass sie ausschließlich Pflege ausbilden, das werden wir beide glaube ich nicht erleben.

10. Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird?

[Siehe oben]

- **Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?**

[Siehe oben]

11. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?

[Siehe oben]

12. Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?

Ja, hier ist anzustreben, dass es ein geöffnetes Assistentenprofil gibt, und zwar nach dem Motto bildungspolitisch kein Abschluss ohne Anschluss, d.h. aber – nicht wie es in der Pflege üblich ist – verbunden mit Verkürzungstatbeständen in der berufszulassenden Ausbildung. Wir (DBR) haben am Beispiel von Niedersachsen ein Modell der Assistentenqualifizierung entwickelt, da geht es um einen allgemeinbildenden Teil und um eine fachpraktische Orientierung, und das berechtigt dann nach 2 Jahren zum Zugang in die professionelle Pflegeausbildung. Es wäre erstrebenswert, dass mehrere Bundesländer diesem Beispiel folgen. Nach einer Studie der Robert Bosch Stiftung existieren derzeit haben über 90 verschiedene Assistenten- und Helferqualifikationen.

(Auf Nachfrage zur ordnungspolitischen Anbindung): Die wenigsten sind dabei ordnungspolitisch angebunden (also geregelt).

13. Welche Konsequenzen hat diese Mehrgleisigkeit aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt? Wären die Assistenzberufe mit Blick auf die Durchlässigkeit auch in den Berufsgesetzen zu regeln:

Nein, das geht nicht. Die Helferausbildung in der Krankenpflege war bis 2002 im Krankenpflegegesetz geregelt und dann gab es ja das Urteil vom Verfassungsgericht – ich war damals auch Sachverständige – da ging es um die Bundesrechtlichkeit der Altenpflegeausbildung und dann sollte nach dem Muster der Krankenpflege auch eine Altenpflegehilfeausbildung geschaffen werden. Karlsruhe hat jedoch entschieden, ausübt wird keine heilberufliche Tätigkeit und das Handeln bedarf der jeweiligen Delegation durch professionell Qualifizierte. Die Zuständigkeit für die Ausbildung von Assistenzberufen liege in der Länderkompetenz ...und seitdem haben wir eben damit Vielfalt auf dieser Qualifikationsebene.

(Auf Nachfrage zur Regelung der Mehrgleisigkeit im Berufsgesetz): Das ist jetzt schon geregelt, d. h. die Verortung in das BFS- System nach Landesrecht ist eine Länderentscheidung... und wir haben dort ungefähr 10 Bundesländer für die Altenpflege und ich glaube in 5 Ländern für die Krankenpflege. Schulen des Gesundheitswesens und BFS müssen nach Kranken- und Altenpflegegesetz – entscheidend ist die Sekundarstufe II-Verortung. Die hochschulische Ausbildung dagegen ist ausschließlich Bestandteil des staatlichen Bildungssystems, der findet auf der Tertiärstufe statt...

(Auf Nachfrage zu Konsequenzen dieses Unterschieds für die Berufszulassung): Nein beide – diese 37 Studiengänge, die ich eben erwähnt habe – bis auf 3 aus Hessen – schließen doppeltqualifizierend ab, berufszulassend und mit dem Bachelorgrad. (Literatur- Empfehlung: Die Schwester/ Der Pfleger Nov. mit der Übersicht).

14. Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pflgetätigkeit kommen?

Nein. Es sollte keine Hierarchisierung in der Berufszulassung zugelassen werden, d.h. beide Kohorten sind berechtigt, direkten Patientenzugang zu haben.

(Auf Nachfrage, ob das angestrebt wird): Das möchte man in Deutschland mit hochschulischen Studiengängen, die Ausbildung und die Weiterbildung alles in einen Studiengang zu packen. Aber das funktioniert nicht, Vertiefungen, Spezialisierungen und funktionsbezogene Qualifizierungen sind Gegenstand einer separaten Weiterbildung oder eines Masterstudiengangs. Nochmals: Es gibt keine Hierarchisierung in der Berufszulassung.

- **Wenn ja, wird es z.B. für den Bereich Patientenhandlung zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?**

Das sollte nicht so sein. Das ist die deutsche Kultur, die ist leider sehr lange irreführt worden. Das ist eine politische Fehlentscheidung, die wurde 1996 /97 initiiert, als man in Deutschland die Entscheidung traf, nur funktionsbezogene Studiengänge in Management, Pädagogik und Wissenschaft zuzulassen.

(Auf Nachfrage zur Arbeitsteiligkeit zwischen der Pflege und Assistenzberufen): ...es muss dazu kommen, ja, das Bundesverfassungsgericht hat 2002 den Ländern über sein Urteil ins "Pflichtenheft" geschrieben, nicht nur eine Assistentenausbildung zu entwickeln, sondern auch die rechtliche Arbeitszuteilung in abgrenzend zur professionellen Pflege vorzunehmen. Das ist bis heute nicht passiert... Das ist im Sinne gestufter Qualifikationen, zum einen für eine bildungssystemische vertikale Durchlässigkeit und zum Anderen für die Gestaltung der Arbeitsorganisation in Einrichtungen unabdingbar.

- **Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandlung zukünftig durchführen? Wären da eher Assistenzkräfte unsere Zielgruppe, wenn wir schulen wollten?**

Schulung muss sein für beide Gruppen. Ich weiß nicht, ob man im Bereich der allgemeinen Pflege Unterschiede machen sollte, aber vielleicht im Bereich der Spezialabteilungen, Neurologie z. B. oder auch Intensivpflegeeinheiten... Wir werden eine andere Personalstruktur bekommen und dann wird man den breiten allgemeinen Teil sehen müssen und Spezialabteilungen. Für Ihr Thema EPH unmittelbar denke ich, dass keine Unterschiede sein sollten in der praktischen Schulung. ..weil ja dann auch in der allgemeinen Pflegepraxis beide sehr eng miteinander zusammenarbeiten.

D. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform

- 15. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?**

Ich denke, wenn wir im Ausbildungsziel die präventive Strategie haben, gilt es diese zu operationalisieren in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung oder in der Approbationsordnung. Das wiederum ist dann die Grundlage über Richtlinien ja oder nein, aber nicht des Curriculums. Diese präventive Strategie wird damit auch zum Prüfungsgegenstand: Prävention geht die zu Pflegenden angeht und die Pflegenden.

- **17.1 Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?**

- 16. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?**

Da muss ich passen. Dafür bin ich zu lange aus der Ausbildung raus.

- **20.1 Wenn ja, welche bzw. wo verortet?**

- 17. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas Ergonomie im Patientenhandling zu entwickeln bzw. in die Lehrkraftausbildung einzubeziehen?**

Ich denke, in die Lehrkraftfortbildung – das wäre – ohne jetzt unhöflich sein zu wollen – das ist mir zu klein gedacht... In der Ausbildung von PflegelehrerInnen geht es mehr um die Lehrbefähigung eines Erst- und Zweitfaches sowie um den erziehungswissenschaftlichen Kompetenzerwerb.

- **Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein?**

Da bin ich mir nicht so sicher...es ist ja etwas Komplementäres ...zur Fachkompetenz und zur Methodenkompetenz... ich sage nein.

(Auf Nachfrage zur Notwendigkeit der Einbindung anderer Fachkompetenz): Ja, das habe ich gemacht. Also ich hatte den Arbeitsschutz, ich hatte die Physiotherapie und die BetriebsärztIn eingebunden ... Das ist notwendig.

- 18. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von PraxisanleiterInnen?**

Die PraxisanleiterInnen erfahren in Ergänzung zu ihren fachlichen Kompetenzen eine berufspädagogische Schulung. Fachliches Handeln ist voraus zu setzen.

(Auf Nachfrage – falls nicht, ob das dann über Fortbildung geregelt werden sollte): Ja, aber weniger; das eigene professionelle Handeln muss ergänzt werden.

(Auf Nachfrage, ob PraxisanleiterInnen über eine Qualifikation verfügen sollten, sollte man das erfassbar machen?): Die curriculare Steuerung für die PraxisanleiterInnen erfolgt durch die Schule – da wäre es zu thematisieren und zu erläutern. U.U. verfügen PA ja auch über Zusatzfunktionen.

(Auf Nachfrage "also eher im Rahmen der Lernortkooperation schauen, wer was abdecken kann?") Ich würde es als selbstverständliche Begleitung jeglichen praktischen Handelns sehen...

(Auf Nachfrage "...aber viele Pflegekräfte haben das in Ihrer Berufsausbildung noch nicht gehabt..."): Das ist richtig; aber dafür kann man die Praxisanleitung nicht funktionalisieren; dann wäre es Aufgabe der betrieblichen Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Schule... also ich weiß es nicht.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

[Entfällt]

10.3.12 **ExpertIn 12: Gewerkschaft Verd.i (Bereich Berufspolitik)**

[Interview: SH]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegeausbildungsgängen – der Ist- Stand

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

Ich glaube, das ist ein sehr ambivalentes Thema in der Berufsgruppe. Wenn man fragen würde, wird es als sehr wichtig anerkannt, dann sagen alle gefühlt ja, weil man einmal durch richtiges Patientenhandling sich natürlich selbst, aber auch die Patienten schützt, es also positive Effekte hat. Auf der anderen Seite ist es zwar ein wichtiges Thema, wird aber tatsächlich nicht umgesetzt. Es kommt nicht an und die Motivation ist nicht sehr hoch, tatsächlich in dem Bereich auch etwas zu machen. Wobei man trotzdem sagen muss, dass Fortbildungen in diesem Bereich auch gern belegt werden, vor allem Bobath, Kinästhetik, also Techniken, die dafür stehen, wie man Patienten richtig lagert und lernt, wie man das auch ergonomisch macht. Es scheint aber am Ende eher an der Praxis zu scheitern.

(Auf Nachfrage zu Fortbildungen zum Hilfsmittleinsatz): Ich glaube, es gibt es nicht viele Seminare zum Thema Hilfsmittleinsatz, die stark belegt werden. Die interessante Frage ist eher, wenn Einrichtungen Hilfsmittel haben, wie praktisch sind die Hilfsmittel, wie einfach wird es den Pflegenden gemacht, die auch tatsächlich zu verwenden? Es reicht eben nicht, in Arbeitsbereichen Gerätebeauftragte zu benennen, die dann wissen, wie es funktioniert und für die Einweisung aller verantwortlich sind. Es muss kein externes Seminar sein, aber wenn man so etwas im Haus hat, dann muss das einmal gelebt werden ...ganz bewusst, aber es muss dann im Haus auch Schulungen geben, in denen man lernt, die Geräte richtig zu bedienen.

(Auf Nachfrage, ob so etwas, wie beschrieben, noch nicht gelebt wird in der Praxis): Der einzige Ort, wo es gelehrt und auch gelernt wird ist in der Krankenpflegeschule. Da wird sich dann auch mit den verschiedenen Hilfsmitteln auseinandergesetzt und im Rahmen von fachpraktischen Unterricht wird z. B. bei der Ganzkörperwaschung geschaut, welche Hilfsmittel es dafür gibt, bei der Mobilisation ebenfalls.

Das gilt auch schon für einfache Standards, z.B., wie kann man verschiedene Betten einstellen, und es wird auch immer darauf geachtet, ob die verwendet werden. Auch in der Ausbildung in Praxisanleitungen usw. – das kann ich sogar aus eigener Erfahrung sagen – wird darauf geachtet, ob der/ die PflegeschülerIn alles richtig gemacht hat, Hilfsmittel, die er/ sie hätte verwenden können, nicht verwendet hat, um die Arbeit zu erleichtern, wenn nicht: bekommt er/ sie das beurteilungsrelevant als Kritik zurück. Ich kenne jetzt nicht alle Schulen, aber an den 2 Schulen, an denen ich war, hatte das einen relativ hohen Stellenwert. Aber in der Praxis – würde ich sagen – spielt es eigentlich überhaupt keine Rolle. Meistens gibt es die Geräte ja schon eine Weile, wo man hinkommt, sind die nicht neu. Das einzige Mal, dass ich erlebt habe, dass etwas ganz neu eingeführt wurde und dann es praktisch eine Pflichtfortbildung gab und jeder mal hin musste, um sich das irgendwie anzuschauen...

(Auf Nachfrage zum Bundesland, dem gültigen Lehrplan und Unterschieden zwischen den Ländern): Ich habe jetzt für Erfahrungen mit Schulen und die Landesrichtlinien in Rheinland- Pfalz gesprochen. Das ist wahrscheinlich noch kein bundesweiter Standard. Das ist aber sicher nicht das einzige Thema. Ich habe ja mit StudentInnen aus verschiedenen Bundesländern studiert; da hatte ich bei vielen Dingen schon den Eindruck, dass ich dann immer sagen konnte "das wird eigentlich gemacht in Rheinland-Pfalz oder das ist Standard", wenn andere noch gesagt haben "das klappt bei uns nicht oder nur auf dem Papier". Oder auch die 10%-Empfehlung für die Praxisanleitung, das klappt bei uns nicht wirklich. Dann wird der/ die SchülerIn verantwortlich gemacht, wenn er/ sie etwas nicht mitbekommen hat. Aber die Schule ist nicht dafür verantwortlich das einzuplanen. Also da sind noch sehr große Unterschiede zwischen den Bundesländern.

2. Gibt es aus Sicht Ihres Verbandes/ Ihrer Einrichtung einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Ausbildung verstärkt zu widmen? Warum?

Ich würde sagen, "verstärkt" würde ja heißen "mehr als jetzt" (also diejenigen, die es bisher nicht tun, die sollten es verstärkt machen). In Ländern wie Rheinland- Pfalz oder an Schulen, die ich jetzt kenne: wir haben das wirklich gemacht und haben da auch sowohl in der theoretischen Vermittlung als auch bei der praktischen Anleitung auf das Thema geachtet. Da kann man nicht mehr von "verstärkt" reden, das war auch schon selbstverständlich gelebt; woanders könnte das noch mehr relevant sein, in der Ausbildung wird ja ein Grundstein gelegt und da sollte man das eben auch lernen..

3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in den Ausbildungsgängen der Pflege?

Ich glaube, betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) oder Prävention wird als theoretisches Thema besprochen, BGF so nicht als Teil des Betriebs; es wird aber in der Regel nicht darauf eingegangen, dass die SchülerInnen auch ArbeitnehmerInnen sind. In der Regel ist es die Perspektive "was ist überhaupt Gesundheitsför-

derung" und die Definition von "primär", "sekundär" und was dahinter steckt. Das ist vorrangig und es gibt nur wenige Schulen, die tatsächlich vertieft mit der Frage arbeiten "was gibt es denn alles an Selbstschutz?" – vielleicht nicht nur im Bereich Patientenhandling.

Also Prävention für Pflegekräfte...das wird noch zu wenig gemacht, sich selbst als ArbeitnehmerIn und die eigenen Grenzen wahrnehmen.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

[Siehe oben]

- **Gibt es Unterschiede zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

Ich würde auf jeden Fall sagen, dass das Thema in der Krankenpflegeausbildung noch etwas präsenter ist. Es heißt ja auch Gesundheits- und Krankenpflege und für viele Schulen ist es auch wichtig, dass Prävention und Gesundheitsförderung auch ein Thema für die SchülerInnen selbst ist; viele Schulen machen dazu auch einen Projekttag. Eigentlich sollte das Thema quasi immer bei allen Themen mit einfließen; aber es ist ja schon besser als nichts, manche machen ja auch nichts. Also ich glaube, in der Altenpflege ist das Thema noch etwas weniger stark besetzt.

(Auf Nachfrage zur Rolle des Themas Gesundheitsförderung in der Altenpflegeausbildung): Obwohl auch in der Altenpflegeausbildung das Thema eine Bedeutung hat, steht hier eher der sozialpflegerische Aspekt im Mittelpunkt, d. h. der alte Mensch ist eigentlich nicht krank und muss gepflegt werden. Der wohnt hier, ein Mensch in seinem ganz normalen Umfeld und es geht immer sehr stark darum, eine Normalisierung zu finden und es geht um sozialpflegerische Betreuung. Viele der Aspekte, die da berücksichtigt werden sind natürlich Prävention; aber es wird, glaube ich, nicht unter diesem Aspekt gesehen, es wird anders bewertet als z. B. im Krankenpflegegesetz – hier sind auch die Themen auch im Pflegeplan klar besetzt: Gesundheitsförderung, Prävention, das ist immer viel stärker auf diesen Gesundheitsaspekt ausgerichtet, ...wobei die Inhalte dafür oft ähnlich sind.

(Auf Nachfrage bezüglich Unterschieden im Umgang mit Fragen des Patientenhandling): Bezogen auf den Bereich Patientenhandling kann ich das nicht so ganz genau beurteilen, ob ein gleicher Umgang mit dem Thema entwickelt wurde, aber ich glaube, dass beim fachpraktischen Unterricht in der Schule darauf schon stark Wert gelegt wird. Weil die Lehrkräfte ja auch wissen, dass es einen sehr großen Anteil ausmacht und gerade die Mobilisation und Grundpflege eine körperliche Belastung ist. Das machen die schon, weil das klassische Gesundheitsförderung ist. Ganz klassische Gesundheitsförderung, dass sie noch die Konzepte lernen... in der Krankenpflege lernen sie oft Salutogenese, also Gesundheitsförderung; in der Altenpflege lernen sie oft das Konzept der Resilienz. Mag sein, dass das einfach nur Zufall ist, aber wenn wir Seminare anbieten, in denen Gesundheitsschutz zur Diskussion kommt, dann sehen wir, dass sich das so ein bisschen unterscheidet.

4. Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z. B. beim Patientenhandling?

Doch, ich würde schon sagen, dass PflegeschülerInnen insofern besonders schutzbedürftig sind, weil sie eben noch nicht alle Abläufe verinnerlicht haben und quasi eigenständig können und auf Feedback von außen angewiesen sind. Es sollte deshalb einen geschützten Raum geben, in dem sie das erproben können und nicht nur im Verwertungsprozess mitarbeiten müssen. Natürlich sollten sie nicht stärker geschützt werden als andere, aber der Unterschied liegt darin, dass SchülerInnen eben noch lernen und wenn man Abläufe noch nicht verinnerlicht hat, dann braucht man vielleicht auch manchmal länger, um es richtig zu machen und zu erlernen. Diese Zeit muss einem auch gegeben werden, ansonsten übt man das falsch ein und mobilisiert jemanden immer so, dass es auf den Rücken geht und dann ist es viel schwieriger wenn etwas falsch erlernt wurde, etwas abzutrainieren und neu richtig zu trainieren, wie es einmal richtig zu lernen.

- **Welche praktischen Kompetenzen sollten Auszubildende zum eigenen Schutz beim Patientenhandling erwerben?**

Ich will jetzt nicht sagen, sie müssen auf jeden Fall Bobath und Kinästhetik lernen. Ich glaube, sie sollten vielleicht eine Auswahl von Techniken erlernen. Welche, denke ich, da kann man dann ja immer nach dem aktuellen "Stand der Technik" gehen, was eben wissenschaftlich nachgewiesen ist, was gut für die Patienten, aber auch für die Pflegenden ist. Das ist quasi das, was theoretisch erlernt werden kann. Da sollen dann aber auch die Möglichkeit gegeben sein, dies praktisch auszuüben – sowohl im fachpraktischen Unterricht als auch in der Praxisanleitung (vor allem auch, es irgendwie allein ausüben zu können). D.h. falls es irgendwelche Hilfsmittel gibt, dass verwendet werden können, aber auch dürfen. Weil sonst werden die einfach nicht verwendet ...also das den SchülerInnen das auch ermöglicht wird.

Ich glaube, was auch wenig gemacht wird: auf den eigenen Körper hören und achten. Also nicht nur beim Patientenhandling, sondern allgemein auf den eigenen Schutz zu achten. D.h., wenn es einem in einer Situation nicht gut geht, sich zu überlegen "was kann ich stattdessen machen, oder geht es vielleicht besser, wenn man das zu zweit macht?" Das zu hinterfragen, und auch um Lösungen entwickeln zu können und es überhaupt

ansprechen zu können, das ist auch eine Kompetenz. Zu sagen, man ist mit irgendetwas überfordert – auch wenn es nur eine körperliche Überforderung ist. Das trauen sich ja viele nicht.

- **Welche Voraussetzungen sollten dafür in den Ausbildungsstätten vorhanden sein?**

Da wäre z. B.: dass man tatsächlich überall 10% der praktischen Stunden in struktureller Anleitung gibt ...das ist eine Form, in der SchülerInnen Sachen besser lernen und dann auch entwickeln können, wie bestimmte Abläufe funktionieren. Das passiert leider zu wenig oder nur so nebenbei. Das wäre einmal ein Punkt, der ist sowieso für die Qualität der Ausbildung gut, aber auch für das Ihr Thema; weil man dann jemanden hat, der/ die darauf achtet, dass das eben auch immer mit gelebt wird. Das würde jemand anderes wahrscheinlich nicht machen. Die Ausbildungsstätten müssten natürlich auch das, was es an technischen Möglichkeiten gibt, auf den Stationen vorhalten, so dass es verwendet werden kann.

(Auf Nachfrage, worauf sich die 10% Anleitung genau beziehen): Die 10% beziehen sich auf die 2500 Stunden praktische Ausbildung, also 250 Stunden unter strukturierter Anleitung während den praktischen Einsätze. Die sollen natürlich in den 3 Ausbildungsjahren sinnvoll verteilt sein und immer zu bestimmten Lernfeldern.

Die Einrichtung muss natürlich dafür sorgen, dass es in allen Bereichen ausreichend PraxisanleiterInnen gibt, in denen auch PflegeschülerInnen eingesetzt werden. Aber es gibt auch Länder, die haben das geregelt: Rheinland-Pfalz, Baden- Württemberg etc. Das muss verbindlich umgesetzt werden.

(Auf Nachfrage, wie die Verantwortung für die Umsetzung geregelt sein sollte): Die Schulen sind ja für Koordination und Organisation der Ausbildung zuständig – eben auch der praktischen, also wann und wo die SchülerInnen eingesetzt werden. Darauf kann natürlich leider kein Einfluss genommen werden, sondern nur festgestellt werden, an bestimmten Lernorten gibt es z. B. keine/n PraxisanleiterIn und z. B. dann mehr oder weniger deutlich machen, dass dort dann auch keine SchülerInnen eingesetzt werden.

B. Pflegeausbildungen – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite

5. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen und welcher Veränderungsbedarf folgt daraus?

Wir haben ja auch den "Ausbildungsreport" gemacht; was ganz deutlich ist (es gibt natürlich auch ein paar Mängel im Theoriebereich): die großen Mängel liegen wirklich im Bereich der praktischen Ausbildung. Die SchülerInnen werden teilweise auf den Stationen stark "verwertet". Sie können dort eben nicht etwas lernen, sondern werden als MitarbeiterInnen eingesetzt. Da fallen natürlich Über-, aber auch Unterforderungen auf – dass bestimmte Dinge nicht erlernt werden. Ein großer Teil ist die Praxisanleitung – die SchülerInnen werden nicht praktisch angeleitet; das haben sehr viele Befragte bemängelt. Ein wichtiger Punkt ist das "Stationshopping", also die unplanmäßige Verwendung. Die SchülerInnen kommen dann eben nicht dahin, um etwas zu lernen, sondern um mitzuarbeiten, z.B. weil gerade jemand krank ist. Eigentlich ist das geregelt, wird aber in der Praxis anders gehandhabt. Eigentlich gibt es einen Ausbildungsplan, der über die ganzen 3 Jahre besteht; Abweichungen davon müssen auch mit dem betrieblichen Personalrat besprochen werden. Das ist mitbestimmungspflichtig, das wird leider oft nicht gelebt... da wird Druck auf die SchülerInnen, und die trauen sich dann nicht, sich beim Personalrat zu melden...

(Auf Nachfrage zum Vorhandensein von Ausbildungsrahmenplänen in den einzelnen Bundesländern und entsprechenden Regelungsbedarf): Das Problem ist eher, dass es nicht gelebt wird. In der GKP ist es ein bisschen anders zu sehen als in der Altenpflege. In der GKP ist der Träger der Ausbildung der Betrieb und ich schließe meinen Vertrag mit dem Betrieb ab und dann ist es so wie beschrieben; das funktioniert in der GKP meistens ganz gut. Das Problem ist, dass die Schule von dieser unplanmäßigen Versetzung oft gar nichts mitbekommt. Die kriegen das nur allgemein mit, wissen aber nicht genau, welche/r SchülerIn wann wie versetzt wurde. In der Altenpflege sieht es nochmal wieder anders aus, da hat die Schule noch weniger Einfluss. Meistens besteht ein Vertrag mit dem Betrieb und einer mit der Schule; dann hat die Schule relativ wenig Einfluss auf den Betrieb. Dann sagt der Betrieb eben "wenn uns nicht passt, was in der Schule gemacht wird (weil der Druck sehr oft größer ist in der Altenpflege), dann nehmen wir eben eine andere Altenpflegeschule, denn die SchülerInnen müssen ja nicht dorthin gehen".

(Auf Nachfrage zu den Ausbildungsrahmenplänen): Da weiß ich nicht genau, ob die Arbeitgeber da mitgearbeitet haben, also z. B. in Rheinland-Pfalz waren das eher die SchulleiterInnen, die in so eine Arbeitsgruppe gekommen sind.

- **Welchen Regelungsbedarf sehen Sie hinsichtlich der praktischen Ausbildung? Bzw. wie sehen Sie das mit der alleinigen Verantwortung der Schule für die praktische Ausbildung und muss man fordern, dass die Verantwortung stärker auf den Ausbildungsbetrieb mit bezogen wird?**

Wir sind absolut für die Stärkung des Betriebs, weil nur der Betrieb auch die praktische Ausbildung entsprechend vermitteln kann. Die Schule ist einmal tätig für die Organisation, sie sollte für bestimmte Punkte die Hoheit haben, weil sie besser einschätzen kann, wann welches Thema in der Theorie unterrichtet wird. Das muss dann dementsprechend mit der Praxis verknüpft werden. Da ist es in Ordnung, wenn die Schule bei der

Organisation ein gewisses Mitspracherecht hat. Aber die tatsächliche Verantwortung, die muss wirklich beim Betrieb liegen, weil sich die Betriebe ansonsten aus der Verantwortung ziehen. Und wir brauchen auch tatsächlich einen Rechtsanspruch, d.h. "je genauer je besser".

Anleitung in angemessenem Maß – es werden ja 10% der Ausbildung empfohlen. Das ist jetzt in einigen Ländern fest als Mindeststandard definiert. Die Güte der praktischen Ausbildung hat ja Folgen für die tatsächlichen Kenntnisse und Fertigkeiten in dem Bereich. Wenn das in verschiedenen Bundesländern unterschiedlich erfolgt, hat man bundesweit ja schon gar nicht mehr den gleichen Standard nach der Ausbildung. Deswegen gehört das ins Gesetz und auch nur wenn es im Gesetz steht, gibt es einen Rechtsanspruch.

(Auf Nachfrage zu den speziellen rechtlichen Regelungsmöglichkeiten und -grenzen in der Pflegeausbildung bezüglich der Verankerung dieses Rechtsanspruchs, z. B. über Bestimmungen zur Lernortkooperation): Ich denke, alles was jetzt ja spannend ist im Hinblick auf das Gesetz, was da beschlossen wird – das muss mit Zahlen unterlegt werden, d.h. das SchülerInnen- Lehrkraftverhältnis, auch maximale Zahlen zur Klassengröße, also eben als Minimalanforderungen. Die Länder können das ja dann, wenn sie darüber hinaus immer noch bessere Bedingungen schaffen wollen, immer noch besser machen.

Mindeststandards wirklich auf gesetzlicher Ebene zu schaffen – man könnte mehr regeln zu den berufspädagogischen Fortbildungen für PraxisanleiterInnen, da würde ich einmal die inhaltliche Qualifikation sehen. Weiter, welchen Zeitumfang Praxisanleitung einnehmen sollen (siehe 10%-Regelung) und dass in allen Bereichen auch eine Praxisanleitung zur Verfügung stehen muss. Ansonsten kann sich das auch während der Ausbildung sehr ungleich verteilen. Eigentlich müssten alles, was nicht klappt, geregelt werden, damit die SchülerInnen ihre Erfordernisse nicht mehr begründen müssen, sondern sagen können: "das steht im Gesetz".

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

6. Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene?

Ich glaube schon, dass in gewissem Maße die Länder..., wie das bei anderen Rahmenlehrplänen ja auch ist, da gibt es ja auch einen Rahmenlehrplan pro Land und dann müssen die ausgestaltet werden. Es sollte nicht alles theoretisch bis ins Letzte ausdefiniert werden. Bedarfsorientierte Ausgestaltungsmöglichkeiten sind wichtig, aber es ist gut, wenn es Mindeststunden gibt, wenn die Inhalte klar ist, was ist auch im Bundesgesetz geregelt und wenn die Länder auf jeden Fall ein Curriculum erarbeiten – ich würde da auch noch einen Teil der Kompetenz bei den Ländern lassen. Vielleicht muss man schon im Bundesgesetz dann Punkte, die wichtig sind (die haben sich verändert, das kann man nicht den Ländern überlassen, ob sie das mit reinnehmen oder nicht) noch stärker auf Bundesebene ausformulieren, also im Berufsgesetz und in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Dann, so glaube ich, sollte es einen gewissen Spielraum geben, dass die Länder und auch die Schulen dazu etwas ausarbeiten können.

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung? Z. B. bezogen auf die Finanzierung der Ausbildung?**

Wir gehen davon aus, dass es erstens sehr viel mehr Plätze im Bereich der Altenpflege gäbe, wenn es eine Umlagefinanzierung gäbe, und zwar für alle Länder verpflichtend. Derzeit müssen sie nachweisen, dass ein Mangel besteht. Da das nicht alle Länder können, ist zurzeit keine Umlagefinanzierung möglich. Dafür müsste diese jetzt eben verpflichtend eingeführt werden. Es ist ein großer Vorteil, dass alle sich an der Ausbildung beteiligen, erst mal vor allem quantitativ, da hatten wir jetzt noch keinen Qualitätsschub. Auf qualitativer Ebene muss man überlegen, ob die Struktur mit den zwei Verträgen in der Altenpflege ein wegweisendes Modell ist. Es bringt sehr viele Probleme mit sich für die, die dann in diesen Strukturen arbeiten: sowohl den Schulen, die unter Druck sind, weil sie für Sachen verantwortlich sind, für die sie gar nicht Sorge tragen können, weil sie nicht weisungsbefugt sind; und auch den SchülerInnen, sie wissen gar nicht, an wen sie sich eigentlich wenden sollen.

(Auf Nachfrage zur Alternative): Die Alternative wäre dann dementsprechend, wie auch im dualen System, ein Vertrag, und zwar mit den Ausbildungsbetrieb. Der muss dann ermöglichen, die staatliche Berufsschule zu besuchen. Aber es wird sich nicht an der Schule beworben, sondern in einem Betrieb, der dann den Schulplatz zuweist.

7. Gehen Sie davon aus, dass sich diese Defizite auch auf die Vermittlung von Handlungskompetenzen zum EPH auswirken?

[Siehe oben]

C. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform

8. Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul(BFS)-Ebene in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird? Gehen Sie davon aus, dass die Ausbildungen getrennt bleiben werden oder zusammengehen?

Ich gehe davon aus, dass die Ausbildungen in jeden Fall ein Stück zusammengelegt werden. Es ist ja auch sinnvoll – und insofern, glaube ich, braucht man auch beide und sollte von beiden Teilen etwas bekommen. Es gibt ja jetzt schon einen Teil, der sich überschneidet (Anatomie usw.). Da könnte man wahrscheinlich jetzt schon ein Jahr "gemeinsam" machen. Dann wäre aber noch mal die Frage zu den Inhalten des jeweils anderen Bereichs, die dann die Altenpflege oder die GKP braucht. Da glaube ich aber, dass das nicht komplett vereinheitlicht werden sollte. Es macht auch keinen Sinn, weil dann Pflegenden sehr, sehr breit ausgebildet sind, dafür aber für keinen Bereich mehr speziell. Deswegen präferieren wir auch das Konzept der integrierten Ausbildung: 2 Jahre gemeinsam, aber 1 Jahr immer noch zur Verfügung hat, um die Spezialkenntnisse für den jeweiligen Bereich zu erhalten.

(Auf Nachfrage zur Frage eines einheitliches Berufsgesetzes): Grundlage wäre ein einheitliches Berufsgesetz. Das kann ja trotzdem in 3 unterschiedlichen Berufsabschlüssen enden. Aber das Berufsgesetz sollte schon ein einheitliches sein.

9. Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird? Oder wie im Eckpunktepapier bereits erwähnt, dass es mindestens ein Kerncurriculum bzw. einen bundeseinheitlichen Rahmenlehrplan geben wird? Und auch für die gemeinsamen Grundlagen Altenpflege und GKP?

Ja, ich geh davon aus – wenn es eine Veränderung gibt, dass eben doch zusammengeführt wird, (wie weit, kann man dann noch diskutieren), dass es – um sicher zu gehen, dass die Ausbildung nicht weiterhin einfach in getrennten Ausbildungsstätten erfolgt, sowie bisher, und irgendwie versucht wird das passend zu machen, stärkere Restriktionen seitens der Bundesebene gibt. Man muss sich vorher überlegen, welche Punkte müssen jetzt von beiden Ausbildungen tatsächlich gelöst werden – was gehört in die Ausbildung mit hinein? Wenn das entschieden ist, kann man das in einem Kernrahmenplan auf Bundesebene auch konkreter festzurren.

(Auf Nachfrage, ob tatsächlich angestrebt wird, einen solchen Kernrahmenlehrplan als einheitliche Ausbildungsgrundlage zu schaffen): Ja, mal schauen. Wenn man tatsächlich logisch vorgeht und sich zuerst überlegt, was wirklich gebraucht wird, hätte man ja die Kernkompetenz schon. Dann wäre es auch sinnvoll, das in diesem Kernrahmenplan dann nochmal zu fixieren. Da bin ich mir aber nicht so sicher, weil ja das Gesetz – die Länder mögen das ja immer nicht so gern und die müssten dann schon (zumindest die großen Länder) überzeugt davon sein, dass sie das machen wollen – weil das Gesetz ist ja ein Berufszulassungsgesetz und zustimmungspflichtig durch den Rat ist. D.h. der Bund möchte gern novellieren und wenn er dies auch ohne Kernrahmenplan kann, dann wird er es ohne die Länder probieren, wenn diese nicht mitziehen. Also ich glaube, dass das die Länder entscheiden werden, ob sie das haben wollen oder nicht, weil sich der Bund da nicht durchsetzen kann.

- **Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?**

[Siehe oben]

10. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?

Wir begrüßen das nicht, aber wir gehen davon aus, dass das in jeden Fall weiter ausgebaut wird – es gibt ja auch schon jede Menge Hochschulen; z.B. NRW hat an dieser Stelle ja schon stark ausgebaut. Natürlich wollen die Länder auf keinen Fall "das Rad mehr zurückdrehen". Das ist aus unserer Sicht kein Problem, wenn klar ist, was die machen. Das ist jetzt ein bisschen schwierig, dass man eigentlich gar nicht weiß, was die akademischen PflegeabsolventInnen eigentlich tun sollen. Bisher können ja die Hochschulen dazu noch keinen so großen Beitrag leisten (obwohl sie eigentlich sagen müssen, was sie können; denn Ausbildungsstätten müssen ja die zu vermittelnden Kompetenzen festlegen; SchülerInnen zu sagen "wenn ihr fertig seid, schaut doch mal, in welcher Nische ihr irgendwo was findet", ist meiner Meinung nach nicht sehr verantwortungsvoll).

Für bestimmte Funktionen, sowieso für die Bereiche Management und Lehramt für Pflege wird auf jeden Fall ein Studium gebraucht und auch für bestimmte Spezialbereiche (z.B. Qualitätsmanagement) – da kann man ja drüber diskutieren. Ob man für die allgemeine Pflege ein Studium braucht, ist insofern das Schwierige, weil wir ja auch noch die berufliche Ausbildung haben, dann müsste man wirklich den Mehrwert wissen. Das wäre dann die spannende Frage; wenn es etwas Sinnvolles gibt, was auch in unseren Arbeitsalltag passt, dann sehe ich das auch sinnvoll an, dann begrüßen wir das auch. Aber bisher gehen wir davon aus, dass ein geringer Anteil von akademisch Qualifizierten ausgebildet wird, dann soll es einen geringeren mittleren Teil geben, die eine Berufsausbildung haben, und darüber hinaus einen stärkeren Assistenzbereich und das begrüßen wir nicht.

11. Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?

Da ist die Tendenz leider steigend. Die letzten Jahre war das immer rückläufig; jetzt steigen die Zahlen seit 3 – 4 Jahren wieder massiv an... Die Qualifikation ist natürlich wieder sehr, sehr heterogen; was tatsächlich gelernt wird, ist ja auf Länderebene geregelt – und wir haben in den Ländern 34 verschiedene Wege für Hilfs- oder Assistenzbildungen: einjährig, zweijährig, Altenpflege- und Krankenpflege- Sozialassistent, oder eben zusammengeführt... Das ist natürlich schwierig, denn da wird so getan, als wären die Ausgebildeten spezialisiert. Aber eigentlich ist es bei einer Hilfstätigkeit ja egal, ob sie in der GKP oder in der Altenpflege erfolgt, da wird quasi eher nur eine Lebensweltorientierung, aber jetzt nicht unbedingt Spezialkenntnisse gebraucht.

Ich glaube, es ist schwierig mit dem Ausbau von Assistenzberufen, weil einerseits die Meisten prekär beschäftigt werden, andererseits – und das ist der wichtige Teil – diese Personen meist noch häufiger die schädigenden Tätigkeiten wie Heben und Tragen übernehmen müssen als die examinierten Kräfte.

(Auf Nachfrage zu der bisherigen Qualifizierung zu diesem Bereich innerhalb der Helferberufe, z. B. zum Patientenhandling): In der Regel findet in diesem Bereich keine Qualifizierung statt; wenn nicht viel Zeit für die Vermittlung von Inhalten bleibt, wird sich auf das Wesentliche beschränkt – und das ist ja meistens das für Arbeitgeber Verwertbare.

12. Welche Konsequenzen hat diese Mehrgleisigkeit aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt?

Das Berufsgesetz hätte dann vermutlich einen Teil I, das wäre dann die normale berufliche Ausbildung und einen Teil II, die akademische Ausbildung. So ist es auf jeden Fall in den Vorschlägen vorgesehen und so wird das vermutlich auch umgesetzt werden können.

13. Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pflegetätigkeit kommen?

Ja, das ist teilweise jetzt schon so, teilweise auch nur auf dem Papier, also das ist nicht wirklich geplant, sondern der eine arbeitet und der nächste trägt das quasi ein. Ich glaube, dass ein weiterer Ausbau versucht wird; wir versuchen, da etwas dagegen zu stellen, weil es immer für die Ausführenden unter den derzeitigen Bedingungen für Assistenzberufe kein sehr attraktiver Beruf ist. Aber: wir brauchen dort eben nicht nur Häuptlinge, sondern auch Indianer, und da ist natürlich die Frage, wenn sich das nochmal verschärft: wer will denn das noch machen?.

- **Wenn ja, wird es z.B. für den Bereich Patientenhandling zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?**

Es ist denkbar, dass es hier zu einer Arbeitsteilung kommt. Das wird aber Konsequenzen haben, vor allem Richtung Unzufriedenheit für die, die eine viel stärkere körperliche Belastung haben. Das ist auch schon aus Belastungssicht sehr nachteilig.

(Auf Nachfrage zur Notwendigkeit zur Qualifizierungsnotwendigkeit für Assistenzpersonal im Bereich Patientenhandling): Die müssten in diesem Bereich genauso gut geschult werden, aber dann wären sie im Grunde genommen ja schon fast keine Assistenzkräfte mehr. Das gilt ja nicht nur für den Bereich Patientenhandling, sondern für andere Bereiche auch. Es reicht halt ein Jahr nicht; aber gehen wir mal davon aus, dass es anders wäre: dann müssen sie natürlich geschult werden – gerade in Bereichen, wo sie sich selber schädigen oder auch den Patienten... Natürlich *richtig* geschult werden, das ist ja auch ein sehr großer Bereich, der in ihren Tätigkeitsbereich fällt...ich glaube aber auch schon, dass diejenigen die sowas umsetzen, ja sehr nah am Patienten sind, es gut einschätzen können, was man mit einem Patienten machen kann und was nicht und wer es plant, kann das gar nicht mehr.

In der Regel gilt das für den gesamten Pflegeprozess – also Planung, Durchführung, Erhebung der Ressourcen. Deswegen glaube ich, dass es sehr schwierig ist, den Pflegeprozess zu zerreißen und nach Qualifikationsniveaus dementsprechend aufzuteilen.

- **Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandling zukünftig durchführen?**

[Siehe oben]

D. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform

14. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?

Also ich glaube, dass es einmal in der theoretischen Ausbildung noch stärker mit hineingenommen werden und vereinheitlicht werden muss. Aber vor allen Dingen im Bereich der Praxis und dass hier in einem Praxiscurriculum bestimmte wichtige Grundsätze verbindlich geregelt werden. Es muss deutlich werden, dass man

sich sein Verhalten nicht aussuchen kann – um auch stärker in die Wahrnehmung der SchülerInnen zu rücken, dass Prävention wichtig ist ... da sie das in der Praxis auch nicht vorgelebt bekommen.

- **Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden? Verankerung auf Länderebene oder auf Bundesebene?**

Wahrscheinlich ist etwas Übergeordnetes sinnvoller und wahrscheinlich auch nicht eine Verankerung in einzelne Systeme, sondern als (Querschnitt-) Thema nach dem Motto "Ergonomisches Patientenhandling ist bei allen praktischen Tätigkeiten mit einzubringen oder so". Es sollte dann bekannt sein, dass es bestimmte Standards aus der Theorie gibt und wie man das mit der Praxis verknüpft. Das wäre also ein übergeordnetes Thema – ähnlich wie "Kommunikation".

15. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze, EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen?

Ich kenne 1-2 Personen, von denen ich weiß, dass die da einen Schwerpunkt drauflegen. Die eine Person, weil sie außerdem noch Physiotherapeutin ist, die andere weil sie den Schwerpunkt im Studium auf Gesundheitsförderung legt und darauf sehr viel Wert legt. Ich glaube, dass das sehr personenabhängig oder auch schulabhängig ist...

16. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas Ergonomie im Patientenhandling zu entwickeln bzw. in die Lehrkraftausbildung einzubeziehen?

Ja, ich denke schon, wenn ich eine Ausbildung als Lehrkraft mache, muss ich davon etwas gehört haben. Weil ich das ansonsten nicht unterrichten und als großes Hauptthema einbringen und auch nicht vorleben kann – vor allen bezogen auf die Bereiche, wo man das als Querschnittsthema mit reinbringen sollte, muss jede davon gehört haben.

- **Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein?**

Ich würde das eher in die normale Lehrkraftausbildung verbindlich mit reinnehmen. Das es jeder erlernt. Ob man jetzt eine verbindliche Qualifizierung macht für alle, die das vorher erworben haben – das ist natürlich wieder die Frage der Finanzierung; auch die Freistellung ist immer kritisch. Ich glaube, es ist besser, wenn es ein Angebot an die Lehrkräfte ist. Und ich glaube auch, es ist besser, die Motivation über das Interesse der Lehrkräfte zu suchen, als eine Verbindlichkeit herzustellen; Lehrkräfte sind ja immer auch an Fortbildung interessiert.

Wenn dies gelingen soll, ist es wichtig, dass sich die Schulen nicht weiter darum kümmern müssen, sondern Inhouse- Schulungen (z. B. durch die BGW), angeboten bekommen und die Lehrkräfte nur freistellen müssen. Dann ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass das auch passiert... Bei Arbeitgebern ist das auch immer eine Frage, wie das "Angebot verkauft wird".

17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von PraxisanleiterInnen?

Wie vorher ausgeführt, sollte das Thema verbindlich in die Weiterbildung der PA integriert werden.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

Das ist ein etwas schwierig. Für die Lehrkraftbildung müsste man mit den Hochschulen sprechen bzw. mit den Ländern, damit sie den Schulen eine "Wink mit dem Zaunpfahl" geben. Wenn die Studiengänge akkreditiert sind, wird nicht mehr genau darauf geachtet, ob ein solcher Punkt wie EPH in der Ausbildung verankert ist.

Deswegen sind Vorgaben wichtig, das gilt auch für die PA- Ausbildung, für die es derzeit nur sehr grobe Vorgaben gibt, die jede Weiterbildungseinrichtung in den 200 Stunden nach eigenem Ermessen ausfüllen kann.

(Auf Nachfrage zu Regelungen bezüglich PA- Ausbildung allgemein): Es kann sein, dass für die Altenpflege in Bayern eigene Durchführungsbestimmungen zur PA- Ausbildung bestehen. Die Regelung zur PA- Ausbildung (200 Stunden) wurde inzwischen im Altenpflegegesetz angepasst.

10.3.13 **ExpertIn 13: Wohlfahrtsverband "Arbeiter-Samariterbund (ASB)"**

[Interview: SH]

A. Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in den Pflegeausbildungsgängen – der Ist- Stand

1. Welchen Stellenwert hat nach Ihrer Einschätzung das Thema Selbstschutz im Patientenhandling innerhalb der Pflegeberufsgruppen?

Ich nehme wahr, dass viele Tätigkeiten auf nicht ausgebildetes Personal übertragen werden und die pflegfachliche Anweisung schwierig genug ist, so dass das Thema Selbstschutz vernachlässigt werden kann.

(Auf Nachfrage, wie wichtig ist es den MitarbeiterInnen selbst): Ich würde schon sagen, der Bedarf ist theoretisch groß, es werden aber Angebote von Seiten der Arbeitgeber oft nicht angenommen.

(Auf Nachfrage, woran das liegt): Stress und wenig Motivation, sich noch länger am Arbeitsplatz aufzuhalten, Überforderung etc. Für uns ist die Frage: wie schaffen wir es, so gute Angebote zu machen oder die Angebote so zu verkaufen, dass die Mitarbeiterinnen das auch wirklich wahrnehmen? Es gibt ja verschiedene Musterbeispiele im Gesundheitsschutz, in den Betrieben, in denen das gut gelebt wird...

(Auf Nachfrage, ob das bei anderen Gesundheitsangeboten genauso ist oder am Thema liegt): Ja, für solche Themen ist das vergleichbar. Ich nehme eher wahr, dass die MitarbeiterInnen eher pflegfachliche Fortbildungen bevorzugen, bevor sie solche neuen Felder aufmachen. Ich glaube, dass die KollegInnen mit Themen einfach "voll" sind.

(Auf Nachfrage zur Situation für die Auszubildenden bzw. in der Ausbildung): Gerade in der Ausbildung wird auf körperschonendes/ rückschonendes Arbeiten geachtet... Darin sind die MentorInnen geschult, um es den SchülerInnen nahzubringen und Praxisanleitung ist der Rahmen dafür, in dem dieser Bereich wirklich nachhaltig verankern kann.

2. Gibt es aus Sicht Ihres Verbandes/ Ihrer Einrichtung einen Handlungsbedarf, sich dem Thema in der Ausbildung verstärkt zu widmen? Warum? (Oder ist das Thema bei Ihnen bereits gut verankert?)

Ich würde sagen, das Thema ist gut verankert.

3. Wie präsent ist aus Ihrer Sicht betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zum Selbstschutz der Pflegekräfte in den Ausbildungsgängen der Pflege? (Ist das Thema in den Schulen gut repräsentiert?)

Das kann ich nicht sagen. Die Erfahrungen sind da auch sehr unterschiedlich.

- **Gilt Ihre Einschätzung auch für den Selbstschutz beim Patientenhandling?**

[Siehe oben]

- **Gibt es Unterschiede zwischen Altenpflege und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

4. Haben Auszubildende eine besondere Schutzbedürftigkeit hinsichtlich körperlicher Belastungen, z. B. beim Patientenhandling?

Ja.

- **Welche praktischen Kompetenzen sollten Auszubildende zum eigenen Schutz beim Patientenhandling erwerben?**

Sie sollten für die Wichtigkeit von EPH sensibilisiert sein, entsprechende Kompetenzen (z.B. eine/n Kollegin dazu holen) und mögliche Techniken (Hilfsmittel) kennen/ anwenden sowie lösungsorientiert arbeiten können.

(Auf Nachfrage zum Hilfsmiteleinsetz): ...Das ist toll, wenn das zur Verfügung steht. Aber natürlich ist in der ambulanten Pflege oftmals Kreativität gefragt. Welche Hilfsmittel zur Verfügung stehen, ist ja auch immer eine finanzielle Frage. Oft kann die Pflegesituation da an Grenzen kommen. Es gehört auch dazu, wie Angehörige geschult werden und befähigt werden, die Pflegekraft und sich selber bzw. andere Angehörige zu unterstützen.

(Auf Nachfrage zur Notwendigkeit einer Auseinandersetzung und Realisierung der eigenen Grenzen und klare Aussagen dazu in der schulischen Ausbildung): Die SchülerInnen werden zu selbstständigen Entscheidungen bezüglich ihrer Grenzen befähigt.

- **Welche Voraussetzungen sollten dafür in den Ausbildungsstätten vorhanden sein? Sind Auszubildenden auch allein eingesetzt, dann ist das ja ein Problem mit der KollegInnenhilfe?**

Das ist ja länderspezifisch geregelt. In manchen Bundesländern sind sie die ganzen 3 Jahre nur zu zweit einzusetzen, in anderen im 2. Jahr bereits in der Grundpflege allein und im 3. Jahr in der Behandlungspflege eingesetzt. Aber ich denke, in der ambulanten Pflege hat man eine gute 1:1- Anleitung und lernt auch wirklich, wie sich die PraxisanleiterInnen verhalten in schwierigen Situationen. *(Auf Nachfrage zu den "Tücken" bezüglich der Schädigungsmöglichkeiten und fehlenden Einschätzungsmöglichkeiten und ob die Schutzbedürftigkeit in der Praxis auch gesehen wird):* In der PraxisanleiterInnenausbildung des ASB spielt das auf jeden Fall eine Rolle.

B. Pflegeausbildungen – bisherige Ausbildungsgrundlagen und Defizite

5. **Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bestehenden Berufsgesetzen und welcher Veränderungsbedarf folgt daraus?**

Vor dem Hintergrund unzähliger Imagekampagnen für die Pflege und dem "Starkmachen" der Politik: An dem Punkt, an dem sich die Politik wirklich stark machen können, also die Qualität nachhaltig zu verbessern durch ein neues Kranken- und Altenpflegegesetz: Es fehlt meiner Meinung nach der politische Wille, wirklich etwas umzusetzen und an der Qualität zu arbeiten, und zwar nachhaltig. Ich fände es auch gut, wenn die Richtung von Seminaren hin zu ganz normalen Berufsschulen geht. In der Altenpflege gibt es ja auch ganz spezielle Kompetenzen, die durch eine generalisierte Ausbildung verloren gehen könnten. Auch wenn ich sehe, welche Anteile in der Ausbildung jetzt gemeinsam vorgesehen sind, dass jetzt Kinderkrankenpflege, Krankenpflege und Altenpflege – alles integriert ist, glaube ich eher, dass die Ausbildung allgemein schwächer wird.

(Auf Nachfrage zu den bestehenden Berufsgesetzen und dem geäußerten Veränderungsbedarf einer Ausbildung an der Berufsschule – in welcher Form dies wünschenswert wäre): Ideal finde ich schon die klassische duale Ausbildung... mit berufspraktischem Teil und theoretischem Teil.

- **(Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?)**

(Auf Nachfrage wie viele Auszubildende beim Wohlfahrtsverband ausgebildet werden, um ein Gefühl dafür zu bekommen, wie hoch der Anteil der Auszubildenden in der ambulanten Pflege ist): Ich habe 2009 eine Umfrage im ASB dazu gemacht: von einem Viertel der Pflegedienste (n=64) hatte wiederum ein Viertel eigene Auszubildende, d.h. insgesamt 40 PflegeschülerInnen (0,62 pro Pflegedienst).

Wenn man Rheinland- Pfalz (in dem es eine Umlage gibt) betrachtet, in dem praktisch 80% der Kosten (also der Gehälter der Auszubildenden) erstattet werden: dort sind die SchülerInnenzahlen um einiges höher als in anderen Bundesländern, das kann man deutlich sehen

6. **Welche grundlegenden Defizite sehen Sie bei den bisherigen Regelungen zur Umsetzung der schulischen und praktischen Ausbildung auf Länderebene? Wird sich in diesem Bereich etwas vereinheitlichen lassen?**

Es gibt sehr große Unterschiede und kaum gemeinsame Standards im Sinne einer einheitlichen Ausbildung. So ist es halt mit bundeseinheitlichen Regelungen, die dann landesspezifisch umgesetzt werden. Klar, man könnte engere Vorgaben machen – aber das ist ja vor allem auch eine Angelegenheit der Kompetenz der Lehrenden. Ich finde den Rahmen des Curriculums sollte man nicht zu eng spannen – sonst sind die Lehrkräfte ja nur noch Erfüllungsgehilfen und keine PädagogInnen mehr...

- **Wie sehen Sie denn die Notwendigkeit der Schaffung eines gemeinsamen Mindeststandards im Sinne eines Kerncurriculums/ Rahmencurriculums?**

So ein Kerncurriculum sollte es geben.

- **Sollte man in so einem Rahmencurriculum festhalten, dass zu EPH Kompetenzen entwickelt werden müssen?**

Ja, ich denke schon.

- **Gibt es Unterschiede hinsichtlich bestimmter Defizite zwischen Altenpflege- und Krankenpflegeausbildung?**

[Siehe oben]

7. **Gehen Sie davon aus, dass sich diese Defizite auch auf die Vermittlung von Handlungskompetenzen zum EPH auswirken?**

[Frage versehentlich nicht gestellt]

C. Zukünftige Entwicklung der Pflegeausbildungen im Kontext der angekündigten Ausbildungsreform

8. Gehen Sie davon aus, dass auch zukünftig vorrangig auf Berufsfachschul(BFS)-Ebene in beiden Berufsausbildungen der Pflege ausgebildet wird?

So "entscheidungsfreudig", wie der Gesetzgeber ist, glaube ich, dass es erst mal so bleibt. Weil die Diskussion doch zu weit ist – da traut sich keiner, klare Entscheidungen zu treffen für die generalisierte Berufsausbildung. Die Diskussion ist jetzt schon so alt – ich glaube nicht, dass im nächsten Jahr auf dem Tisch landet "wir machen das so oder so".

9. Gehen Sie davon aus, dass es auch zukünftig Rahmenlehrpläne und Regelungen zur praktischen Ausbildung für beide Berufsausbildungen auf Länderebene geben wird? Bzw. wird es ein einheitliches Kerncurriculum geben?

Ja, ich glaube schon, dass es ein Kerncurriculum geben wird.

(Auf Nachfrage hinsichtlich der Tatsache, dass es nach Meinung der Expertin weiterhin zwei Berufsgesetze geben wird: Wird es auch eine Annäherung der beiden Berufsgruppen über ein gemeinsames Kerncurriculum geben, oder bleibt jede Berufsgruppe für sich): Eher bleibt jede Berufsgruppe für sich, also 2 Kerncurricula.

- Wenn nein, ist zu erwarten, dass es zu einer Vereinheitlichung von Umsetzungsregelungen zu den Berufsgesetzen auf Bundesebene kommen könnte?

[Siehe oben]

10. Gehen Sie davon aus, dass die primär akademische Pflegeausbildung als generalisierte Pflegeausbildung weiter ausgebaut wird?

Ja, ich frage mich, was diese akademisch ausgebildeten für einen Stellenwert haben in der Pflegelandschaft? Sind die genau gleich wie Krankeschwestern oder Altenpfleger oder steigen die nach den 3 Jahren sozusagen höher ein? Das finde ich ist überhaupt nicht geklärt – und wenn sie das wären... dann würde ich fragen: "warum, was haben die sozusagen mehr gelernt oder weniger?" Wenn sie gleich eingestuft sind, würde ich fragen: "warum macht man das?" Aber es wird natürlich weiter akademisch ausgebildet.

11. Gehen Sie davon aus, dass Assistenzberufe und Einsteigermodule weiter ausgebaut werden?

[Frage nicht gestellt]

12. Welche Konsequenzen hat diese Mehrgleisigkeit aus Ihrer Sicht für die Berufsgesetze bzw. Ausbildungsgrundlagen insgesamt?

[Siehe oben]

13. Wird es damit nach Ihrer Einschätzung zur definierten Differenzierung von Aufgabenprofilen in der Pflege Tätigkeit kommen?

- Das ist ja auch jetzt schon so. Wenn ja, wird es z.B. für den Bereich Patientenhandling zu einer Arbeitsteilung zwischen Planung und Umsetzung kommen?

Genau. Die Patientenhandling umsetzen sollen, werden dann angeleitet und je nachdem, wie viel Zeit und Energie da rein investiert wird ...und dann werden die dann mit dem Problem zurückgelassen...

- Wenn ja, wer wird die praktische Umsetzung von Patientenhandling zukünftig durchführen?

[Entfällt]

D. Perspektiven zur zukünftigen Verankerung von EPH im Rahmen der Ausbildungsreform

14. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in den Ausbildungsgrundlagen der Pflege? Was ist zu tun?

Ja, auf jeden Fall; und auch in den anderen Berufsgruppen mit den Inhalten und Zielen, die eigenen Grenzen gut einschätzen zu lernen.

- Wenn ja, wo sollten Inhalte und Ziele festgelegt werden?

Kann ich im Einzelnen nicht so genau sagen, aber sollte man klar verorten.

15. Gibt es nach Ihrer Kenntnis bereits Ansätze EPH in die Grundlagen der Pflegeausbildungen einzubeziehen? (Gibt es zu diesem Thema auch einen Austausch unter den Verbänden, z. B. innerhalb des Paritätischen Wohlfahrtsverbands)?

Kann ich im Einzelnen nicht so genau sagen, aber sollte man klar verorten.

- **Wenn ja, welche bzw. wo verortet?**

[Entfällt]

16. Sehen Sie einen Bedarf, Qualifizierungsangebote für Lehrkräfte bezüglich des Themas Ergonomie im Patientenhandling zu entwickeln bzw. in die Lehrkraftausbildung einzubeziehen?

Ja, klar.

- **Sollte eine Qualifizierung in diesem Bereich verbindlich für die Unterrichtsübernahme in diesem Bereich sein?**

Ja, wenn das nicht in der Lehrkraftausbildung drin ist.

17. Sehen Sie einen Handlungsbedarf bezüglich der verbindlichen Verankerung von EPH in der Ausbildung von PraxisanleiterInnen?

Ja, wir machen das im ASB und das sollte auch generell als Thema in die PA- Ausbildung integriert werden.

- **Wenn ja, wo muss das Anliegen aus Ihrer Sicht platziert werden, um damit erfolgreich zu sein, und wer sollte mitdiskutieren?**

Wichtig wäre eine wissenschaftliche Grundlage.

10.3.14 ExpertIn 14: Wohlfahrtsverband "Der Paritätische"

[Interview: SH] - keine Autorisierung durch den/ die InterviewpartnerIn

11 Anhang TP3: Empirische Befragung in Pflegeschulen (Kapitel 4)

11.1 Fragebogen „Patientenhandling in der Pflegeausbildung“



Fragebogen für ExpertInnen in Pflegeschulen

Patientenhandling in der Pflegeausbildung

Sehr geehrte Adressatin, sehr geehrter Adressat,

mit diesem Fragebogen wenden wir uns an PflegelehrerInnen bzw. PflegepädagogInnen, die sich als **ExpertInnen für das Thema *Patientenhandling in der Pflegeausbildung*** in ihrer Schule verstehen und auch die Situation am Praxislernort der SchülerInnen beurteilen können.

Wenn Sie sich selbst nicht als „ExpertIn“ zum Thema Patientenhandling sehen....

dann bitten wir Sie um Weitergabe des Fragebogens an den/die entsprechende/ Fachkolle-gIn.

Wir bitten um Unterstützung bei einem Forschungsprojekt, das sich mit dem Ist-Stand und den Bedarfen im Bereich Patientenhandling beschäftigt. Der Zeitaufwand beträgt ungefähr 30 Minuten.

Warum wird diese Befragung durchgeführt? Wer ist beteiligt?

Pflegende sind starken körperlichen Belastungen ausgesetzt. Prävention ist von hoher Bedeutung, die u. a. wegen des demografischen Wandels noch intensiviert werden muss – und das schon in der Ausbildung. Mit dieser Befragung aller Pflegeschulen in Deutschland verfolgen wir das Ziel, einen Überblick zu gewinnen über

- die im schulischen Unterricht vermittelten methodischen Ansätze für Patientenhandling insgesamt und für „ergonomische“ Handlungsstrategien, sowie
- die konkreten Voraussetzungen für den Transfer des Vermittelten in die Praxis der SchülerInnen, sowie
- daraus ableitbare Vorschläge hinsichtlich Maßnahmen im Kontext von Berufsbildungspolitik und relevanten Aspekten für die anstehende Reform der Pflegeausbildung sowie
- Anknüpfungspunkte für die Gestaltung von Angeboten z.B. seitens der Berufsgenossenschaft.

Das Projekt wird im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Hamburg und in Zusammenarbeit mit dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Leitung Prof. Dr. Stefan Görres) durchgeführt.

Was verstehen wir unter „ergonomischem“ Patientenhandling?

„Patientenhandling“ beinhaltet alle Tätigkeiten, die eine Pflegekraft durchführt, um einen Patienten zu bewegen und einige Tätigkeiten der Patientenversorgung und -betreuung.⁵¹

Unter Ergonomie im Patientenhandling verstehen wir, diese Arbeitssituationen ergonomisch zu gestalten, dabei körperliche Risikofaktoren auf einer theoretisch begründeten Mindestgrundlage zu minimieren, dabei Hilfsmittel einzusetzen sowie organisatorische und räumliche

⁵¹ also Bewegungsunterstützung und Arbeiten, die mit Körpereinsatz direkt am Patienten verbunden sind, z. B. Heben, Tragen, Ziehen, Schieben, Halten von Körperteilen oder ganzem Körper, sowie das Einnehmen ungünstiger Körperhaltungen dabei. Dies betrifft damit auch den Körpereinsatz bei Lagerungen und bei Unterstützung der Selbstpflege von Patienten, z. B. beim Waschen.

Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz zu optimieren. Hierzu gibt es bis heute noch keine einheitliche Orientierungsgrundlage, aber unterschiedliche Ansätze, die sich diesem Ziel in der Praxis zu nähern versuchen. In welcher Form sich diese auch in der Ausbildung niederschlagen, wollen wir mit dieser Befragung ermitteln.

Bitte denken Sie bei der Beantwortung der Fragen daran...

...dass wir mit dieser Befragung nur die Situation in der (mindestens) *dreijährigen* Pflegeausbildung erfassen wollen;
...dass wir – wenn Ihre Schule für mehrere Ausbildungsbetriebe verantwortlich ist – Sie bitten, die weiteren Fragen exemplarisch nur für die größte Ausbildungsstätte zu beantworten;
...dass wir in jedem Fall an einer Antwort aus Ihrer Schule interessiert sind – auch wenn das Thema nicht sehr stark in den Ausbildungsinhalten verankert ist!

Welche Inhalte hat der Fragebogen und wie wird er ausgefüllt?

Der Fragebogen ist unterteilt in acht Kapitel (A. zu Ihrer Person, B. zu Ihrer Schule, C. zum Patientenhandling-Ausbildungskonzept, D. zum theoretischem Unterricht des Patientenhandlings, E. zum praktischen Unterricht in der Schule, F. zur praktischen Ausbildung im Ausbildungsbetrieb und G. zur Schnittstelle „Theorie-Praxis“).

Bitte beantworten Sie jede Frage – es sei denn, Sie haben eine Frage mit „nein“ beantwortet und können die nachfolgende Frage(n) („wenn ja“) überspringen. Fragen, die mehrere Antworten zulassen, sind entsprechend gekennzeichnet („Mehrfachantwort“).

Der Platz für handschriftliche Angaben reicht nicht aus? Bitte legen Sie einfach ein weiteres Blatt bei und kennzeichnen Sie ggf., zu welcher Frage Sie Anmerkungen haben.

Was tun mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Senden Sie ihn direkt an die Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin (FFAS). Sie finden dazu einen bereits adressierten Rückumschlag. Das Porto übernehmen wir.

Wir bitten Sie um eine **Rücksendung** spätestens **14 Tage** nach Erhalt des Fragebogens – sollte dies in Ihre Urlaubszeit fallen, ist die Beantwortung auch im Anschluss noch willkommen!

Was geschieht mit Ihren Daten?

Grundsätzlich werden keine Namen von Schulen oder ausfüllenden Personen erhoben. Alle datenschutzrechtlich wichtigen Anforderungen werden erfüllt. Die Angaben kann *nur* die FFAS einsehen. Somit können von Anderen keine Rückschlüsse auf einzelne gezogen werden. Die Antworten aller Befragten werden ausschließlich als Statistik veröffentlicht.

Sind Sie an Ergebnissen interessiert? Möchten Sie uns weiter unterstützen?

Möchten Sie per E-Mail informiert werden, wenn wir die Ergebnisse unserer Studie veröffentlichen? Dazu haben wir einen farbigen Rückmeldebogen vorbereitet. Auch freuen wir uns, wenn Sie uns dort signalisieren, dass Sie ggf. für vertiefende „ExpertInnen“-Interviews zur Verfügung stehen. Sie können den Rückmeldebogen mit den Fragebogen oder separat zurückschicken – er wird in jedem Fall mit den Daten nicht verknüpft.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Unterstützung!

Das Projektteam

Dr. Martina Michaelis
FFAS, Freiburg

Stella Hermann
Fa. Präventiv, Hamburg

A. Zu Ihrer Person

1. Ihr Geschlecht und Ihr Alter?

Geschlecht ₁ weiblich ₂ männlich Alter: _____

2. Wie sind Sie an Ihrer Schule beschäftigt?

₁ feste Anstellung ₂ Honorar-DozentIn

sonstiges: _____

3. Welche Stellung haben Sie an Ihrer Schule? (Mehrfachantworten möglich)

₁ Lehrkraft (Pflege) ₁ PraxisanleiterIn mit Unterrichtsaufgaben ₁ Schulleitung

sonstiges: _____

4. Welche Qualifikation haben Sie? (Mehrfachantworten möglich)

a) Berufsausbildung

₁ Gesundheits- und Krankenpflege ₁ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege ₁ Altenpflege

sonstiges: _____

b) Päd. Weiterbildung zum/zur

₁ PflegelehrerIn ₁ PraxisanleiterIn ₁ trifft nicht zu

c) Studium

₁ Berufspäd. ₁ Pflegepäd. ₁ Medizinpäd. ₁ trifft nicht zu

5. Sind Sie zum Thema Patientenhandling speziell fortgebildet?

₁ ja ₂ nein



a) Wenn ja: welche Fortbildung(en)? (Mehrfachantworten möglich)

(bitte die letzten drei Möglichkeiten ggf. konkret benennen)

₁ Kinästhetik ₁ Bobath ₁ Aktivitas ₁ Basale Stimulation

₁ Fortbildung zu

Ergonomischem Arbeiten: _____

₁ Fortbildung(en) eines Unfallversicherungsträgers

(BGW/Unfallkasse): _____

₁ Schulung „technische

Hilfsmittel“ (Hersteller): _____

sonstiges: _____

b) Wenn ja: Haben Sie im Rahmen einer Fortbildung eine Qualifikation als TrainerIn (ggf. „InstruktorIn“, „Coach“ etc.) erworben?

₁ ja ₂ nein

6. Seit wann sind Sie im Bereich „Pflegeausbildung“ tätig?

Jahr _____

B. Zu Ihrer Schule

7. Welche Berufsabschlüsse können an Ihrer Schule erworben werden? (Mehrfachantworten möglich)

₁ Gesundheits- und Krankenpflege

₁ Altenpflege

₁ Gesundheits- und Kinderkrankenpflege

₁ Altenpflegehilfe

₁ Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

sonstiges: _____

8. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Schule?

9. In welcher Trägerschaft befindet sich Ihre Schule?

₁ frei-gemeinnützig

₂ privat/gewerblich

₃ konfessionell

₄ öffentlich/kommunal

sonstiges: _____

10. Welche(s) Pflegeausbildungsmodell(e) wird in Ihrer Schule verfolgt? (Mehrfachantworten möglich)

₁ „klassische“ Berufsausbildung

₁ Schulversuch (integrative/ generalistische Ausbildung)

₁ Schulversuch (duale Hochschulausbildung)

sonstiges: _____

11. Für wie viele Ausbildungsbetriebe übernimmt Ihre Schule laut Kranken-/bzw. Altenpflegegesetz derzeit insgesamt die Verantwortung für die praktische Ausbildung? Wie viele PraxisanleiterInnen/MentorInnen sind dort insgesamt beschäftigt?

(„0“, wenn nicht vorhanden)

	Ausbildungsbetriebe	PraxisanleiterInnen/MentorInnen ***
stationäre Kranken-/ Kinderkrankenpflege	Anzahl:	Anzahl:
stationäre Altenpflege	Anzahl:	Anzahl:
ambulante Pflege	Anzahl:	Anzahl:

*** PraxisanleiterInnen: bitte ggf. Schätzung und „ca.“ vermerken, wenn genaue Anzahl nicht bekannt

a) Wenn mehr als ein Ausbildungsbetrieb: welche Struktur hat der größte Ausbildungsbetrieb, mit dem Ihre Schule (mit Gesamtverantwortung für die Ausbildung) zusammenarbeitet?

a) PraxisanleiterInnen _____ (Anzahl)

b) Bettenzahl dieses Ausbildungsbetriebs

- ₁ 20-50 ₃ 101-150 ₅ 201-300 ₇ 401-500 ₉ 601-800 ₁₁ 1001-2000
₂ 51-100 ₄ 151-200 ₆ 301-400 ₈ 501-600 ₁₀ 801-1000 ₁₂ 2001-3000

c) Versorgungsart dieses Ausbildungsbetriebs

- ₁ stationäre Kranken-/Kinderkrankenpflege ₂ stationäre Altenpflege ₃ ambulante Pflege
 sonstiges: _____

12. Wie viele PflegeschülerInnen absolvieren derzeit (Kalenderjahr) eine (mindestens) dreijährige Pflegeausbildung an Ihrer Schule?

- ₁ ≤20 ₃ 51-100 ₅ 151-200 ₇ 301-400 ₉ 501-600 ₁₁ >800
₂ 20-50 ₄ 101-150 ₆ 201-300 ₈ 401-500 ₁₀ 601-800

Ausfüllanleitung: Bitte denken Sie bei den folgenden Fragen nur an die (mind.) dreijährige Pflegeausbildung!

13. Wie viele Lehrkräfte sind derzeit in der mindestens dreijährigen Pflegeausbildung tätig?

a) Voll- und Teilzeitkräfte (angestellt)

- ₁ ≤ 5 ₂ 6 - 10 ₃ 11 - 20 ₄ 21 - 50 ₅ 51-100 ₆ > 100

b) DozentInnen auf Honorarbasis

- ₁ ≤ 5 ₂ 6 - 10 ₃ 11 - 20 ₄ 21 - 50 ₅ 51-100 ₆ > 100

sonstiges: _____

14. Welchen beruflichen Hintergrund haben die Lehrkräfte, die an der Vermittlung von Themen des Patientenhandlings an Ihrer Schule beteiligt sind? (Mehrfachantworten möglich)

(d.h. Lehrkräfte, die entsprechendes Hintergrundwissen und praktische Kompetenzen vermitteln)

- ₁ PflegelehrerIn bzw. Pflegepädagoge ₁ Betriebsarzt/-ärztin
₁ PraxisanleiterIn ₁ anderes ärztliches Personal
₁ PhysiotherapeutIn ₁ Fachkraft für Arbeitssicherheit
₁ ErgotherapeutIn ₁ Hilfsmittel-ExpertIn
₁ VertreterIn Berufsgenossenschaft/ Unfallkasse

sonstiges: _____

15. Bitte denken Sie an die Pflegelehrkräfte, die an der Vermittlung von Themen des Patientenhandlings beteiligt sind: Welche „Spezialisierung“ haben sie? (Mehrfachantworten möglich)

(bitte die letzten drei Möglichkeiten ggf. konkret benennen)

₁ Kinästhetik

₁ Bobath

₁ Aktivitas

₁ Basale Stimulation

₁ Fortbildung zu

ergonomischem Arbeiten: _____

₁ Fortbildung(en) eines Unfallversicherungsträgers

(BGW/Unfallkasse): _____

₁ Schulung „technische

Hilfsmittel“ (Hersteller): _____

sonstiges: _____

₁ nichts davon

₁ kann ich nicht ausreichend beurteilen

C. Zum Patientenhandling – Ausbildungskonzept

16. Zur fachlichen Vorbereitung von Lernsituationen zum Patientenhandling: Welche Quellen nutzen Sie? (Mehrfachantworten möglich; bitte geben Sie die entsprechenden Titel an)

(bitte verwenden Sie ggf. ein Zusatzblatt)

₁ Rahmen(lehr)plan /Richtlinien (eigenes Bundesland): ***

*** = Handreichungen/Bildungsplan

₁ Rahmen(lehr)plan /Richtlinien (anderes Bundesland):

₁ schuleigenes Curriculum:

₁ anderes Curriculum:

₁ Artikel in Fachzeitschriften:

₁ Arbeitsmaterialien aus Fortbildungen:

₁ Standard- Pflege-Lehrbuch:

₁ anderes Fachbuch: ***

*** z.B. aus Physiotherapie oder Pflege, zu Methoden rückengerechten Arbeitens in der Pflege bzw. Hilfsmitelein-satz, zu speziellen „Bewegungskonzepten“ (z.B. Bobath), etc.

₁ Arbeitshilfen aus dem Arbeitsschutz ***

*** Broschüren, CD-ROMs, DVDs, Arbeitsordner etc. von z.B. Berufsgenossenschaft/Unfallkasse, INQA/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) etc.

sonstiges: _____

Bitte nochmal (siehe Frage Nr. 7): Werden in Ihrer Schule sowohl auch Kranken-/ Kinderkranken- als auch AltenpflegerInnen in getrennten Ausbildungsgängen ((dreijährig) ausgebildet? Dann ist es im Folgenden für unsere Auswertung wichtig, sich auf nur einen festzulegen (bitte ankreuzen):

- ₁ Gesundheits- und Kranken-/Kinderkrankenpflege ₂ Altenpflege
₃ trifft nicht zu, integrativer/generalistischer Ausbildungsgang

17. Filterfrage: Gibt es an Ihrer Schule ein schuleigenes Ausbildungs-Curriculum?

- ₁ ja ₂ nein

↓ (bitte beantworten Sie auch die Folgefragen a-a4)

a) wenn ja: Sind darin auch „Bausteine“ zum Patientenhandling integriert?

- ₁ nein, und derzeit nicht geplant ₂ nein, aber derzeit geplant
₂ ja

↓ (bitte beantworten Sie auch die Folgefragen a1-a4)

a1) wenn ja: in welchem Rahmen werden sie genutzt? (ggf. Mehrfachantworten möglich)

- ₁ Grundlage für gemeinsames Ausbildungskonzept aller „Patientenhandling-Lehrkräfte“
₁ Grundlage für Zusammenarbeit mit PraxisanleiterInnen
₁ ausschließlich individuelle Nutzung durch die einzelnen Lehrkräfte
 sonstiges: _____

a2) wenn ja: wie ist Ihr persönlicher Bezug zum Curriculum? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ an der erstmaligen Entwicklung der „Bausteine“ beteiligt
₁ an der Weiterentwicklung der „Bausteine“ beteiligt
 sonstiges: _____

a3) wenn ja: sind konkrete Lernziele (Handlungskompetenzen der SchülerInnen) formuliert?

- ₁ nein ₂ ja

a4) wenn ja: ist eine Überarbeitung des Curriculums geplant oder bereits im Gange?

- ₁ nein ₂ ja, geplant ₃ ja, bereits im Gange

18. Mit wie vielen Stunden wird der theoretische und praktische Unterricht zum Patientenhandling in Ihrer Schule durchgeführt?

(Damit meinen wir Schwerpunktunterricht zu Grundwissen, Entwicklung von situations- und problemlösungsbezogenen Handlungskompetenzen zu allen Bereichen des Patientenhandlings einschließlich Prävention und Selbstschutz sowie praktische Unterweisung/Praxissimulation einschließlich komplexer Fallbearbeitung)

a) im 1. Ausbildungsjahr: _____ Stunden

b) im 2. Ausbildungsjahr: _____ Stunden

c) im 3. Ausbildungsjahr: _____ Stunden

a) Wie wird dabei der theoretische und praktische Unterricht durchgeführt?

- ₁ integriert ₂ getrennt ₃ „sowohl als auch“

b) Wie werden Inhalte vermittelt?

- ₁ konzeptbezogen ** ₂ konzept-übergreifend *** ₂ sowohl als auch

** z.B. Bobath-Konzept, Kinästhetik etc.; *** „Methodenmix“, unter Einbeziehung ergonomischer Inhalte

19. Welche Prinzipien zur ergonomischen und körperlastenden Arbeitsweise beim Patientehandling werden im Unterricht theoretisch und praktisch vermittelt? (Mehrfachantworten möglich)

Ausfüllanleitung: Bitte vermerken Sie bei den folgenden Fragen – wo vermerkt – ob diese nur für Sie selbst beantwortbar sind, oder ob Sie auch für (einen Teil/für alle) KollegInnen mit antworten können, die Themen des Patientehandlings unterrichten.

- ₁ geeignete Arbeitsplatzausstattung sicherstellen (z.B. geeignetes Bett, geeignete Hilfsmittel)
- ₁ Arbeitsumgebung günstig gestalten (Bewegungsfreiraum, Abstellmöglichkeit, Lehne/Fußraste entfernen etc.)
- ₁ ggf. zu zweit/mit mehreren arbeiten
- ₁ ggf. Hilfsmittel einsetzen (Lifter, Gleitmatten, Antirutschmatte etc.)
- ₁ Reibungswiderstand reduzieren (z.B. Gleitmatte einsetzen)
- ₁ Reibungswiderstand erhöhen (z.B. Antirutschmatte einsetzen)
- ₁ Höhengefälle nutzen
- ₁ Wirbelsäule relativ aufrecht halten (Verdrehen/Vorbeugen/Seitneigen vermeiden)
- ₁ günstige Arbeitshöhe herstellen (in Abhängigkeit von der Arbeitsaufgabe)
- ₁ günstige Ausgangsposition in Bewegungsrichtung einnehmen (z. B. durch Schrittstellung)
- ₁ körpernah arbeiten, um ungünstige Hebelwirkungen zu vermeiden
- ₁ Armverlängerung, um möglichst aufrecht zu arbeiten
- ₁ Rumpfmuskulatur zur aktiven Stabilisation der Wirbelsäule anspannen
- ₁ Bewegungsablauf ruhig und fließend gestalten (Ruck und Schwung vermeiden)
- ₁ Bewegung durch Gewichtsverlagerung auslösen
- ₁ Bewegungsablauf in mehrere Schritte unterteilen
- ₁ Arbeiten am Bett in Standwaage durchführen
- ₁ Patientenressourcen nutzen
- ₁ am physiologischen Bewegungsmuster des Patienten orientieren
- ₁ Patient *bewegen* (z.B. Schieben, Ziehen, Rollen) statt heben
- ₁ Patientengewicht auf eine Unterstützungsfläche *verlagern* (statt heben)
- ₁ Greifen in die Gelenke des Patienten vermeiden
- ₁ Körperhebel des Patienten nutzen
- sonstiges: _____

Antwort gilt... ₁ nur für mich ₂ auch für einen Teil meiner Kollegen ₃ auch für alle Kollegen
 ₄ kann ich nicht beurteilen

D. Zum theoretischem Unterricht des Patientenhandlings

20. Wird im theoretischen Unterricht konkret über das Berufsrisiko für Muskel- und Skeletterkrankungen (Ursachen, Belastungsgrenzen etc.) in der Pflege gesprochen?

₁ ja ₂ nein



a) wenn ja: werden dabei auch Aspekte des Patientenhandlings angesprochen?

₁ ja ₂ nein

Antwort gilt... ₁ nur für mich ₂ auch für einen Teil meiner Kollegen ₃ auch für alle Kollegen
₄ kann ich nicht beurteilen

21. Die folgenden Kriterien sollen Pflegenden helfen, sich in unterschiedlichen Ausgangssituationen beim Patientenhandling für ein konkretes Vorgehen zu entscheiden.

Welche davon werden den SchülerInnen im theoretischen Unterricht vermittelt? (Mehrfachantworten möglich)

₁ Empfehlungen aus standardisierten Patienten-Assessments zu Rate ziehen, und zwar aus:

-
- ₁ das eigene Belastungsgefühl berücksichtigen
₁ Sicherheit für Pflegekraft und Patient hat Vorrang
₁ nichts umsetzen, was noch nicht gelernt/geübt wurde
₁ keine

Antwort gilt... ₁ nur für mich ₂ auch für einen Teil meiner Kollegen ₃ auch für alle Kollegen
₄ kann ich nicht beurteilen

22. Finden Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings Eingang in den theoretischen Unterricht?

₁ ja ₂ nein



a1) wenn ja, wie schätzen Sie die folgende Behauptung ein?

„Die SchülerInnen lernen, sich beim Patientenhandling zuerst selbst vor zu hoher Belastung zu

₁ stimmt genau ₂ stimmt eher ₃ stimmt eher nicht ₄ stimmt gar nicht

a2) wenn ja, werden diese Fälle auch im praktischen Schulunterricht weiterbearbeitet?

₁ ja ₂ nein

Antwort gilt... ₁ nur für mich ₂ auch für einen Teil meiner Kollegen ₃ auch für alle Kollegen
₄ kann ich nicht beurteilen

23. Werden Handlungskompetenzen zu Aspekten des Patientenhandlings direkt abgeprüft?

a) in theoretischen Prüfungen ₁ ja ₂ nein

b) in praktischen Prüfungen ₁ ja ₂ nein

Wenn theoretisch oder praktisch „ja“: werden dazu ausreichend berücksichtigt...

↓ (bitte auch die Folgefragen c1, c2 und d)

c1) ergonomische und körperentlastende Prinzipien ? (siehe Frage Nr. 20)

₁ stimmt genau ₂ stimmt eher ₃ stimmt eher nicht ₄ stimmt gar nicht

c2) angemessener Hilfsmiteleinsetz?

₁ stimmt genau ₂ stimmt eher ₃ stimmt eher nicht ₄ stimmt gar nicht

d) nach welchen Bewertungskriterien wird geprüft ? (Mehrfachantworten möglich)

₁ wird die „Methoden“-Wahl für die entsprechende Situation begründet?
(„passt sie zum Patienten/zur Diagnose?“)

₁ ist das kommunikative Vorgehen angemessen?
(„wird das Vorgehen dem Patienten erklärt, wird er einbezogen etc.?“)

₁ ist die praktische Umsetzung der „Methode“ angemessen?
(„wird sie richtig angewendet?“)

₁ ist der Selbstschutz angemessen berücksichtigt?
(„wird zu hohe Belastung vermieden?“)

E. Zum praktischen Unterricht in der Schule

24. Wo findet praktischer Unterricht zum Patientenhandling statt? (Mehrfachantworten möglich)

- ₁ in den Räumen der eigenen Schule: _____ (Anzahl der Räume; 0= keine)
- ₁ in den Räumen einer anderen Schule
- ₁ in den Räumen eines Ausbildungsbetriebs
- ₁ in gewerblichen Räumen (Produktanbieter/Hilfsmittelhersteller/Sanitätshaus etc.)
- _____ sonstiges:

25. Denken Sie an die Übungsräume für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling: Wie beurteilen Sie ihre Qualität hinsichtlich Größe und Ausstattung?

(Wir meinen damit alle Übungsräume, die Ihrer Schule hierfür zur Verfügung stehen – auch wenn sie sich „außerhalb“ der Schule befinden!)

		mehrerheitlich				
Qualität hinsichtlich...	nicht vorhanden	sehr schlecht	eher schlecht	mittel	eher gut	sehr gut
Größe der Übungsräume		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Platz für Demonstrationen		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Menge von Übungsbetten insgesamt		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
nur elektrische Betten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Verfügbarkeit Patientenlifter/ Aufstehhilfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Stand der Technik (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Verfügbarkeit andere techn. Hilfsmittel **	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Stand der Technik (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Verfügbarkeit „kleiner Hilfsmittel“ ***	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Vielfalt (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kommentar: _____

** z.B. Therapiestuhl, Duschstuhl, Duschliege, höhenverstellbare Badewanne etc.

*** z.B. Anti-Rutsch-Matte, Gleitmatte, Rollboard, Drehscheibe, Gleitbrett, Gehgürtel, Transfergurt etc.

26. Findet für die Ausstattung eine regelmäßige/einmal jährliche Wartung statt?

(nach Medizinproduktegesetz/Unfallverhütungsvorschriften)

- Betten ₁ ja ₂ nein ₂ weiß nicht
- Hilfsmittel ₁ ja ₂ nein ₂ weiß nicht

27. Mit Ihren eigenen Worten: welche Veränderungen würden Sie sich wünschen hinsichtlich ...

(bitte ggf. Zusatzblatt verwenden)

a) Räume? _____

b) Ausstattung? _____

28. Bitte stellen Sie sich das Konzept einer „überbetrieblichen Lehrwerkstatt“ (skill lab) für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling vor. Wie schätzen Sie das Interesse für eine Beteiligung Ihrer Schule ein?

Interesse.... ₁ sehr groß ₂ groß ₃ niedrig ₄ sehr niedrig
Begründung: _____

₅ trifft nicht zu, Beteiligung bereits vorhanden

F. Zur praktischen Ausbildung im Ausbildungsbetrieb

Ausfüllanleitung: Wenn Ihre Schule für mehrere Ausbildungsbetriebe zuständig ist: Konzentrieren Sie sich bitte bei allen weiteren Fragen zu den Praxislernorten nur auf den größten Betrieb, (siehe Frage Nr. 11)!

29. Werden PflegeschülerInnen von den Lehrkräften in der praktischen Ausbildung begleitet?

₁ ja ₂ nein

↓ (bitte beantworten Sie auch die Folgefragen a-c)

a) Wenn ja: wie häufig und wie lange jeweils?

b) Wenn ja: Ist dies formal geregelt?

₀ nein, Begleitung erfolgt nach persönlichem Ermessen der zuständigen Lehrkraft

₁ ja

c) Wie beurteilen Sie diesbezüglich die personellen Ressourcen Ihrer Schule?

mehrheitlich... ₁ sehr schlecht ₂ schlecht ₃ mittel ₄ gut ₅ sehr gut

Kommentar: _____

30. Wie viele PraxisanleiterInnen/MentorInnen gibt es im Ausbildungsbetrieb?

_____ insgesamt (ggf. Schätzung) → davon _____ mit 200 Stunden-Weiterbildung

_____ davon vollständig freigestellt

_____ davon teilweise freigestellt

weiß nicht

Kommentar: _____

a) Wie viel Zeit steht pro SchülerIn und Woche für Praxisbegleitung zur Verfügung?

b) Wie beurteilen Sie den zeitlichen Umfang für Praxisanleitung?

mehrheitlich... ₁ sehr schlecht ₂ schlecht ₃ mittel ₄ gut ₅ sehr gut

Kommentar: _____

31. Wie beurteilen Sie die PraxisanleiterInnen ...

	nicht beurteilbar	mehrheitlich				
		sehr schlecht	schlecht	mittel	gut	sehr gut
hinsichtlich ihrer Qualifikation zu ...						
pädagogischen Inhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
pflege-fachlichen Inhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Patientenhandling- Inhalten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kommentar:

32. Kennen Sie den Fortbildungsstand der PraxisanleiterInnen für Lerninhalte zum Patientenhandling?

₁ ja, zum Teil ₂ ja, vollständig ₃ nein, gar nicht

↓

↓

Wenn ja: welche Fortbildungen sind dies? (Mehrfachantworten möglich)

(bitte die letzten drei Möglichkeiten ggf. konkret benennen)

₁ Kinästhetik ₁ Bobath ₁ Aktivitas ₁ Basale Stimulation

₁ Fortbildung zu

ergonomischem Arbeiten: _____

₁ Fortbildung(en) eines Unfallversicherungsträgers

(BGW/Unfallkasse): _____

₁ Schulung „technische

Hilfsmittel“ (Hersteller): _____

sonstiges: _____

₁ nichts davon

₁ kann ich nicht ausreichend beurteilen

33. Bitte denken Sie an die Ausstattung zum Patientenhandling im Ausbildungsbetrieb: Wie beurteilen Sie die Situation – gemessen am Bedarf (!) – zu den folgenden Aspekten *insgesamt*?

hinsichtlich...	nicht vorhanden	mehrheitlich				
		sehr schlecht	eher schlecht	mittel	eher gut	sehr gut
Verfügbarkeit <i>elektrischer (!)</i> Betten	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wartungszustand (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Verfügbarkeit Patientenlifter/ Aufstehhilfen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Nutzungsgrad (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wartungszustand(wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Verfügbarkeit weiterer techn. Hilfsmittel **	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Nutzungsgrad (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Wartungszustand (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Verfügbarkeit von „kleinen Hilfsmitteln“ ***	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Nutzungsgrad (wenn vorhanden)		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kommentar:

** z.B. Duschstühle/-liegen, Therapiestühle etc.

*** z.B. Anti-Rutsch-Matte, Gleitmatte, Rollboard, Drehscheibe, Gleitbrett, Gehgürtel, Transfergurt etc.

34. Welche Konzept(e) zum Patientenhandling werden für examinierte Pflegekräfte im Ausbildungsbetrieb systematisch geschult und eingesetzt? (bitte konkret benennen, Mehrfachantworten möglich)

₁ gar keine Schulungen

a) Schulung zu einer manuellen Methode** (bitte genau) _____

(** Bewegungskonzept/ergonomisches Konzept)

a1) regelmäßige Auffrischung ₁ ja ₂ nein

a2) Praxisbegleitung ₁ ja ₂ nein

b) Schulung zu einer weiteren manuellen Methode (bitte genau): _____

b1) regelmäßige Auffrischung ₁ ja ₂ nein

b2) Praxisbegleitung ₁ ja ₂ nein

c) Schulung für die Anwendung von Hilfsmitteln: _____

c1) regelmäßige Auffrischung ₁ ja ₂ nein

c2) Praxisbegleitung ₁ ja ₂ nein

Kommentar: _____

Wenn mindestens ein Schulungskonzept genannt:

d) Wird dieses/werden diese im Rahmen einer betrieblichen Gesamtstrategie umgesetzt?

₁ ja ₂ nein

35. Wie beurteilen Sie die Situation im Ausbildungsbetrieb hinsichtlich der folgenden Aspekte?

hinsichtlich...	nicht beurteilbar	mehrheitlich				
		sehr schlecht	eher schlecht	mittel	eher gut	sehr gut
Schulungsstand der examinierten Pflegekräfte zum Patientenhandling	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
der Möglichkeit für die PflegeschülerInnen, ihre Kenntnisse zum Patientenhandling in die Praxis umzusetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kommentar: _____

G. Zur Schnittstelle „Theorie-Praxis“

36. Wie findet die Zusammenarbeit Ihrer Schule mit den Praxisanleitern des Ausbildungsbetriebs statt? (Mehrfachantworten möglich)

a) Arbeitstreffen mit verschiedenen Themeninhalten

₁ nein ₂ ja → a1) wenn ja: _____ mal/Jahr

→ a2) wenn ja: sind dabei auch Aspekte des Patientenhandlings Thema?

₁ immer ₂ meistens ₃ manchmal ₄ nie

b) Arbeitsgruppentreffen von „SpezialistInnen“ des Patientenhandlings

nein ja → b1) wenn ja: _____ mal/Jahr

c) Kooperationstreffen zwischen VertreterInnen der Schule und Pflegedienstleitung-/direktoriums des Ausbildungsbetriebs

₁ nein ₂ ja → c1) wenn ja: sind dabei auch Aspekte des Patientenhandlings Thema?

₁ immer ₂ meistens ₃ manchmal ₄ nie

sonstiges: _____

₁ nichts davon

37. Bitte zusammengefasst: Wie beurteilen *grundsätzlich* Sie die Zusammenarbeit ...

zwischen...	nicht vorhanden	mehrheitlich				
		sehr schlecht	eher schlecht	mittel	eher gut	sehr gut
PraxisanleiterInnen und Pflegelehrkräften	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
PraxisanleiterInnen untereinander	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Schulleitung und Pflegedirektion	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Stationsleitungen und Lehrkräften	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kommentar:

H. Zur Einschätzung des Themas Patientenhandling

Danke, dass Sie sich bis hierher Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten! Zum Schluss bitten wir Sie noch, den derzeitigen Stellenwert des Handlungsfelds „Patientenhandling“ in Theorie und Praxis „global“ einzuschätzen.

38. Wie schätzen Sie den derzeitigen Stellenwert in der Ausbildung für das Handlungsfeld „Patientenhandling“ im Allgemeinen ein? Was denken Sie, welchen Stellenwert ein „ergonomisches“ Patientenhandling ** hat?

** mit „ergonomischem“ Patientenhandling“ meinen wir zusammengefasst: Sicheres situationsorientiertes Vorgehen beim Patientenhandling, das auch den Gesundheitsschutz der Pflegekräfte berücksichtigt)

Stellenwert ...		insgesamt	sehr niedrig	niedrig	mittel	hoch	sehr hoch
a) in der Pflegeausbildung Ihrer Schule	Patientenhandling allgemein		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	„ergonomisches“ Patientenhandling		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) am Praxislernort	Patientenhandling allgemein		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	„ergonomisches“ Patientenhandling		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) in den von Ihnen verwendeten Pflegelehrbüchern	Patientenhandling allgemein		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	„ergonomisches“ Patientenhandling		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) in dem von Ihnen verwendeten Rahmenlehrplan	Patientenhandling allgemein		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	„ergonomisches“ Patientenhandling		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Kommentar:

39. Bitte denken Sie an die bevorstehende **Reform der Pflegeausbildung**: Welche Wünsche/ Vorschläge haben Sie persönlich für zukünftige Curricula in Bezug auf den Stellenwert von **Patientenhandling**? (Nicht genug Platz? Bitte verwenden ein separates Blatt)

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte beachten Sie auch den beigefügten farbigen Rückmeldebogen

11.2 Validität der Antworten – fehlende Werte über 10%

Tab. 10.45: Aufstellung des Anteils fehlender Angaben in Fragen über 10% an den Gesamtdaten

Tab. Nr.	FB Nr.	Inhalte	% (gerundet)
4.5	V15	Spezialisierung der PatHand- Lehrkräfte in der Schule	11
4.14	V23	Verallgemeinerbarkeit der Antworten für das Lehrpersonal der Schule: Fallbesprechungen mit Inhalten des Patientenhandlings im theoretischen Unterricht	40
4.15	V24a	Direktes Abprüfen von Handlungskompetenzen zu Aspekten des Patientenhandlings in theoretischen Prüfungen	14
4.17	V26b1	Bewertung Verfügbarkeit Übungsbetten für den praktischen Unterricht zum Patientenhandling	12
4.19	v26c2	Stand der Technik technischer Hilfsmittel – Bewertung Lifter/ Aufstehhilfen	15
4.19	v26d2	Stand der Technik technischer Hilfsmittel – Bewertung anderer technischer Hilfsmittel	21
4.19	v26e2	Vielfalt(!) vorhandener kleiner Hilfsmittel	16
4.25	Beurteilung der Qualifikation der PraxisanleiterInnen im Ausbildungsbetrieb hinsichtlich:		
	v32a	pädagogische Inhalte	10
	v32b	pflege-fachliche Inhalte	9
	v32c	Patientenhandling-Inhalte	12
4.27	Ausstattung zum Patientenhandling im größten Ausbildungsbetrieb		
	v34a2	Elektrische Betten: Wartungszustand	18
	v34b1	Patientenlifter: Verfügbarkeit	15
	v34b2	Patientenlifter: Nutzungsgrad	10
	v34b3	Patientenlifter: Wartungszustand	20
4.28	v34c1	"Weitere" technische Hilfsmittel: Verfügbarkeit	10
4.28	v34c2	"Weitere" technische Hilfsmittel: Nutzungsgrad ⁽¹⁾	10
4.28	v34c3	"Weitere" technische Hilfsmittel: Wartungszustand ⁽¹⁾	10
4.28	v34d2	Kleine Hilfsmittel: Nutzungsgrad ⁽¹⁾	12
4.29	V35d	Umsetzung der Konzepte zum Patientenhandling im Rahmen einer betrieblichen Gesamtstrategie	11
4.32	Patientenhandling- Kultur im größten Ausbildungsbetrieb – Gesamteinschätzung		
	v36a	Schulungsstand von examinierten Pflegekräften zum Patientenhandling	9
	v36b	Möglichkeit der Umsetzung von Patientenhandling- Inhalten für PflegeschülerInnen in die Praxis	15
4.35	V37c1	Häufigkeit von Aspekten des Patientenhandlings in Kooperationstreffen Pflegelehrkräfte - PraxisanleiterInnen: Aspekte des PatHand angesprochen?	17

Legende: ⁽¹⁾ wenn Verfügbarkeit angegeben

11.3 Details zu statistischen Kennwerten für kategorisierte Variablen

Im Folgenden werden die statistischen Kennwerte der *unkategorisierten* Rohwerte ordinal skaliertter Items aufgeführt (die Kurzergebnisse befinden sich im Text unter den Tabellen, deren Nummerierung hier wiederholt wird um den Bezug herzustellen).

Tab. 10.46: (Details zu Tab. 4.15, Kap. 4: Fallbesprechungen...)

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n	
V23a1	Stellenwert Selbstschutz beim PatientHand (Datenbasis: n= 177 -> V23=ja)	GKP	3,17	0,66	2	4	96	5	0,805	-0,246	-0,02	237
		AP	3,13	0,69	1	4	62	1				
		IGA	3,23	0,73	2	4	13	0				
		Gesamt	3,16	0,67	1	4	171	6				

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (stimmt gar nicht) bis 5 (stimmt genau)

Tab. 10.47: (Details zu Tab. 4.18, Kap. 4: Direktes Abprüfen von Handlungskompetenzen...)

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n	
V24c1	wenn ja, ergon. U. körperentlastende Prinzipien	GKP	3,55	0,51	2	4	139	4	0,181	1,34	0,10	194
		AP	3,57	0,55	2	4	81	0				
		IGA	3,64	0,50	3	4	14	0				
		Gesamt	3,56	0,52	2	4	234	4				
V24a2	Platz für Demonstrationen in den Räumen	GKP	3,32	0,66	1	4	139	4	0,643	0,46	0,03	222
		AP	3,55	0,55	2	4	80	1				
		IGA	3,29	0,61	2	4	14	0				
		Gesamt	3,40	0,63	1	4	233	5				

Legende: Mögliche Spanne von 1 (stimmt gar nicht) bis 4 (stimmt genau)

Tab. 10.48: (Details zu Tab. 4.20, Kap. 4: Übungsräume und -betten – Bewertung)

Datenbasis: n= 255

FB-Nr.	Räume	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
			MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n
Bewertung: Übungsräume												
V26a1	Größe der Übungsräume	GKP	3,43	1,02	1	5	151	1	0,026	2,23	0,14	237
		AP	3,72	1,11	1	5	86	1				
		IGA	3,47	0,74	2	4	15	1				
		Gesamt	3,53	1,04	1	5	252	3				
V26a2	Platz f. Demonstrationen in den Räumen	GKP	3,48	1,00	1	5	146	9	0,081	1,75	0,12	228
		AP	3,71	1,09	1	5	82	9				
		IGA	3,47	0,92	2	5	15	0				
		Gesamt	3,56	1,03	1	5	243	18				
Bewertung: Übungsbetten												
V26b1	Menge Übungsbetten insgesamt	GKP	3,34	1,09	1	5	143	9	0,08	1,75	0,11	229
		AP	3,36	1,14	1	5	78	9				
		IGA	3,88	1,02	1	5	16	0				
		Gesamt	3,38	1,10	1	5	237	18				
v26b2	nur elektrische Betten	GKP	2,96	1,18	1	5	89	0	0,009	2,62	0,21	155
		AP	3,48	1,29	1	5	66	0				
		IGA	3,33	0,87	2	4	9	0				
		Gesamt	3,19	1,23	1	5	164	0				

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Tab. 10.49: (Details zu Tab. 4.22, Kap. 4: Stand der Technik... – Bewertung)

Datenbasis: siehe Items

FB-Nr.	Bewertung (sofern vorhanden)	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
			MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n
v26c2	Stand der Technik Lifter/ Aufstehhilfen (n=143)	GKP	2,69	1,19	1	5	71	12	0,139	1,48	0,14	116
		AP	3,04	1,22	1	5	45	23				
		IGA	3,20	0,84	2	4	5	3				
		Gesamt	2,84	1,20	1	5	121	22				
v26d2	Stand der Technik anderer techn. Hilfsmittel (n=177)	GKP	2,85	1,03	1	5	87	22	0,099	1,65	0,14	133
		AP	3,20	1,09	1	5	46	9				
		IGA	2,67	1,21	1	4	6	7				
		Gesamt	2,96	1,06	1	5	139	38				
v26e2	Vielfalt(!) kleiner Hilfsmittel (n=218)	GKP	3,05	1,11	1	5	103	25	0,010	2,56	0,20	168
		AP	3,52	1,17	1	5	65	10				
		IGA	3,00	1,04	1	4	12	3				
		Gesamt	3,22	1,15	1	5	180	38				

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Tab. 10.50: (Details zu Tab. 4.25, Kap. 4: Interesse an Skills Lab)

Datenbasis: n= 255

Itemmittelwerte *								Teststatistik GKP vs. AP				
FB-Nr.	Aspekt		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n
V29	Interesse an überbetrieblicher Lehrwerkstatt	GKP	2,95	0,76	1	4	146	6	0,081	-1,75	-0,11	229
		AP	2,86	0,89	1	4	83	3				
		IGA	3,13	0,74	2	4	15	1				
		Gesamt	2,93	0,80	1	4	244	10				

Legende: * Mögliche Spanne des Interesses von 1 (sehr gering) bis 4 (sehr groß)

Tab. 10.51: (Details zu Tab. 4.26, Kap. 4: Praxisbegleitung durch Lehrkräfte...)

Datenbasis: n=267

Itemmittelwerte *								Teststatistik GKP vs. AP				
FB-Nr.	Aspekt		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n
V30c	Beurteilung personellen Ressourcen der Schule für Praxisbegleitung	GKP	3,02	0,95	1	5	165	18	0,019	2,352	0,15	245
		AP	3,33	0,90	1	5	80	4				
		Gesamt	3,12	0,94	1	5	245	22				

Legende: * Mögliche Spanne von 1 (sehr schlecht) bis 4 (sehr gut)

Tab. 10.52: (Details zu Tab. 4.27, Kap. 4: Beurteilung zeitlicher Umfang für Praxisanleitung...)

Datenbasis: n=267

Itemmittelwerte *								Teststatistik GKP vs. AP				
FB-Nr.	Beurteilung		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n
v31b	zeitlicher Umfang für Praxisanleitung	GKP	2,87	0,97	1	5	174	9	0,000	-4,31	-0,27	253
		AP	2,32	0,93	1	5	79	5				
		Gesamt	3,38	0,83	1	5	239	14				

Tab. 10.53: (Details zu Tab. 4.28, Kap. 4: Beurteilung der Qualifikation der PraxisanleiterInnen...)

Datenbasis: n=267

FB-Nr.	Qualifikation zu...		Itemmittelwerte *					N	fehlend	Teststatistik GKP vs. AP			
			MW	SD	MIN	MAX	p _(M-W)			z	w	n	
v32a	pädagogischen Inhalte	GKP	3,55	0,77	1	5	172	11	0,000	-5,21	-0,34	239	
		AP	2,96	0,81	1	5	67	17					
		Gesamt	3,38	0,83	1	5	239	28					
v32b	pflegefachliche Inhalte	GKP	3,78	0,71	1	5	172	11	0,001	-3,31	-0,21	242	
		AP	3,37	0,87	1	5	70	14					
		Gesamt	3,66	0,78	1	5	242	25					
v32c	Patientenhandling-Inhalte	GKP	3,31	0,87	1	5	169	14	0,003	-2,93	-0,19	234	
		AP	2,94	0,88	1	5	65	19					
		Gesamt	3,21	0,89	1	5	234	33					
GESAMT													
v32ME AN	Gesamtbeurteilung a-c	GKP	3,55	0,65	1,67	5,00	175	8	0,000	-4,31	-0,19	245	
		AP	3,11	0,77	1,00	5,00	70	14					
		Gesamt	3,42	0,71	1,00	5,00	245	22					

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Tab. 10.54: (Details zu Tab. 4.30, Kap. 4: Ausstattung... Elektrische Betten und Patientenhilfen)

Datenbasis: n=267

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n	
Elektrische Betten												
v34a1	Verfügbarkeit	GKP	3,68	1,11	1	5	167	6	0,000	3,71	0,24	242
		AP	4,25	0,74	2	5	75	9				
		Gesamt	3,86	1,05	1	5	242	15				
v34a2	Wartungszu- stand	GKP	4,06	0,87	1	5	142	25	0,827	0,22	0,02	199
		AP	4,07	0,92	1	5	57	18				
		Gesamt	4,06	0,88	1	5	199	43				
Patientenhilfen												
v34b1	Verfügbarkeit	GKP	2,91	1,03	1	5	149	34	0,000	6,06	0,40	225
		AP	3,82	0,87	2	5	76	7				
		Gesamt	3,22	1,07	1	5	225	41				
v34b2	Nutzungsgrad, wenn Verfüg- barkeit ange- geben	GKP	2,45	1,03	1	5	134	15	0,000	6,09	0,43	203
		AP	3,45	0,95	1	5	69	7				
		Gesamt	2,79	1,11	1	5	203	22				
v34b3	Wartungszu- stand, wenn Verfügbarkeit angegeben	GKP	3,60	1,13	1	5	119	30	0,035	2,10	0,16	179
		AP	4,00	0,82	1	5	60	16				
		Gesamt	3,73	1,05	1	5	179	46				

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Tab. 10.55: (Details zu Tab. 4.31, Kap. 4: Ausstattung... Weitere ... Hilfsmittel)

Datenbasis: n=267

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *							Teststatistik GKP vs. AP			
		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n	
Weitere technische Hilfsmittel												
v34c1	Verfügbarkeit	GKP	3,19	0,97	1	5	165	18	0,017	2,38	0,15	241
		AP	3,53	0,97	2	5	76	8				
		Gesamt	3,29	0,98	1	5	241	26				
v34c2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben	GKP	3,12	0,97	1	5	149	16	0,046	2,00	0,12	260
		AP	3,42	1,09	1	5	67	9				
		Gesamt	3,21	1,01	1	5	216	25				
v34c3	Wartungszustand, wenn Verfügbarkeit angegeben	GKP	3,67	0,97	1	5	134	31	0,336	0,96	0,07	192
		AP	3,83	0,92	1	5	58	18				
		Gesamt	3,72	0,96	1	5	192	49				
Kleine Hilfsmittel												
v34d1	Verfügbarkeit	GKP	3,18	0,99	1	5	168	15	0,583	0,55	0,04	244
		AP	3,25	1,13	1	5	76	7				
		Gesamt	3,20	1,04	1	5	244	22				
v34d2	Nutzungsgrad, wenn Verfügbarkeit angegeben	GKP	3,01	1,01	1	5	149	19	0,345	0,94	0,06	214
		AP	3,14	1,18	1	5	65	11				
		Gesamt	3,05	1,06	1	5	214	30				

Tab. 10.56: (Details zu Tab. Tab. 4.35, Kap. 4: Patientenhandling-Kultur – Gesamtbewertung)

Datenbasis: n=267

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *							Teststatistik GKP vs. AP			
		MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n	
v36a	Schulungsstand zum Patientenhandling	GKP	2,77	0,76	1	4	164	19	0,971	0,04	0,00	227
		AP	2,78	0,81	1	5	63	21				
		Gesamt	2,77	0,77	1	5	227	40				
v36b	Umsetzungsmöglichkeiten für PflegeschülerInnen	GKP	2,83	0,87	1	5	172	11	0,569	-0,57	-0,04	244
		AP	2,76	0,88	1	5	72	12				
		Gesamt	2,81	0,87	1	5	244	23				
Mittelwert-Score der Bewertungen V36a und V36b												
v36ME AN	Gesamtbeurteilung V36a/-b	GKP	2,81	0,72	1,00	4,50	164	19	0,641	-0,47	-0,03	226
		AP	2,77	0,79	1,00	5,00	62	22				
		Gesamt	2,80	0,74	1,00	5,00	226	41				

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Tab. 10.57: (Details zu Tab. 4.38, Kap. 4: Details der Zusammenarbeit: ... Arbeitsgruppentreffen)

Datenbasis: n= 248 wenn V37a="ja" bzw. n= 262 wenn V37c="ja"

FB-Nr.	Aspekt	Itemmittelwerte *						Teststatistik GKP vs. AP				
			MW	SD	MIN	MAX	N	fehlend	p _(M-W)	z	w	n
Wenn Arbeitsgruppentreffen mit verschiedenen Themeninhalten erfolgen:												
V37a2	Häufigkeit Aspekte PatHand	GKP	1,89	0,58	1	4	168	5	0,128	-1,52	-0,10	243
		AP	1,77	0,64	1	4	75	0				
		Gesamt	1,85	0,60	1	4	243	5				
Wenn Kooperationstreffen Schule- Ausbildungsbetrieb erfolgen:												
V37c1	Häufigkeit Aspekte PatHand	GKP	1,61	0,57	1	4	156	24	0,010	-2,50	-0,17	217
		AP	1,39	0,52	1	3	62	21				
		Gesamt	1,54	0,57	1	4	217	45				

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (nie) bis 4 (immer)

Tab. 10.58: (Details zu Tab. 4.39, Kap. 4: Bewertung Zusammenarbeit ... an den Schnittstellen)

Datenbasis: n=267

FB-Nr.	Zusammenarbeit zwischen...		Itemmittelwerte *					n	fehlend	Teststatistik KP vs. AP			
			MW	SD	MIN	MAX	p _(M-W)			z	w	n	
V38a	PraxisleiterInnen und Pflegelehrkräfte	KP	3,88	0,75	1	5	182	1	0,005	-2,83	-0,17	264	
		AP	3,57	0,84	1	5	82	2					
		Gesamt	3,79	0,79	1	5	264	3					
V38b	PraxisleiterInnen untereinander	KP	3,59	0,85	1	5	176	7	0,000	-4,63	-0,30	246	
		AP	3,00	0,86	1	5	70	14					
		Gesamt	3,42	0,89	1	5	246	21					
V38c	Schulleitung und Pflegedirektion	KP	3,62	0,89	1	5	182	1	0,328	-0,98	-0,06	256	
		AP	3,70	0,85	1	5	74	10					
		Gesamt	3,64	0,88	1	5	256	11					
V38d	Stationsleitungen und Lehrkräfte	KP	3,47	0,83	1	5	179	4	0,876	-0,16	-0,01	254	
		AP	3,41	0,91	1	5	75	9					
		Gesamt	3,45	0,86	1	5	254	13					

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut)

Tab. 10.59: (Details zu Tab. 4.40, Kap. 4: Stellenwert für das Handlungsfeld „Patientenhandling)

Datenbasis: n=267

FB-Nr.	Stellenwert...		Itemmittelwerte *					N	fehlend	Teststatistik GKP vs. AP			
			MW	SD	MIN	MAX	p(M-W)			z	w	n	
a. in der Pflegeausbildung													
V39a1	PatHand allgemein	GKP	3,73	0,78	1	5	178	2	0,024	2,26	0,15	233	
		AP	3,96	0,86	1	5	83	4					
		Gesamt	3,80	0,82	1	5	261	6					
V39a2	ergonom. PatHand	GKP	3,64	0,81	1	5	176	4	0,052	1,95	0,13	232	
		AP	3,86	0,91	2	5	84	3					
		Gesamt	3,71	0,85	1	5	260	7					
b. am Praxislernort													
V39b1	PatHand allgemein	GKP	3,08	0,85	1	5	177	3	0,773	0,29	0,02	230	
		AP	3,17	1,01	1	5	81	6					
		Gesamt	3,11	0,90	1	5	258	9					
V39b2	ergonom. PatHand	GKP	2,89	0,87	1	5	178	2	0,845	0,20	0,01	231	
		AP	2,96	1,10	1	5	81	6					
		Gesamt	2,91	0,95	1	5	259	8					
c. in den verwendeten Pflegelehrbüchern													
V39c1	PatHand allgemein	GKP	3,22	0,70	2	5	176	4	0,336	0,96	0,06	232	
		AP	3,32	0,80	1	5	82	5					
		Gesamt	3,25	0,73	1	5	258	9					
V39c2	ergonom. PatHand	GKP	3,15	0,75	1	5	175	5	0,729	0,35	0,02	232	
		AP	3,19	0,83	1	5	83	4					
		Gesamt	3,16	0,78	1	5	258	9					
d. in dem verwendeten Rahmenlehrplan													
V39d1	PatHand allgemein	GKP	3,29	0,74	1	5	177	3	0,863	0,17	0,01	232	
		AP	3,30	0,88	1	5	82	5					
		Gesamt	3,29	0,79	1	5	259	8					
V39d2	ergonom. PatHand	GKP	3,19	0,81	1	5	174	6	0,576	0,56	0,04	228	
		AP	3,26	0,91	1	5	81	6					
		Gesamt	3,21	0,84	1	5	255	12					

Legende: * Mögliche Spanne der Bewertung von 1 (sehr niedrig) bis 5 (sehr hoch)