

„Pflegefachassistenz“

**Handlungsempfehlungen für die
Anpassung von in Landeszuständigkeit
liegenden Ausbildungen in Assistenzberufen
in der Pflege als Folge des
Pflegerberufereformgesetzes**

Kurzfassung

**Anja Walter
Heidrun Herzberg
Peter Alheit**

unter Mitarbeit von Kathrin Bernateck,
Heike Jakobi-Wanke und Mandy Kley

BAND 6

der Schriftenreihe
des Instituts für Gesundheit

„Pflegefachassistenz“

**„Pflegefachassistenz“
Handlungsempfehlungen für die
Anpassung von in Landeszuständigkeit
liegenden Ausbildungen in Assistenzberufen
in der Pflege als Folge des
Pflegeberufereformgesetzes.**

Kurzfassung der qualitativen Studie zur Vorbereitung
eines innovativen curricularen Entwicklungsprozesses
für die reformierte Pflegeassistentenausbildung
im Kontext des ‚Neksa-Projekts‘

**Anja Walter
Heidrun Herzberg
Peter Alheit**

unter Mitarbeit von Kathrin Bernateck,
Heike Jacobi-Wanke und Mandy Kley

Institut für Gesundheit der BTU Cottbus-Senftenberg

NEKSA

 Brandenburgische
Technische Universität
Cottbus - Senftenberg

Impressum

Herausgeberin:
Brandenburgische Technische Universität (BTU) Cottbus-Senftenberg
Institut für Gesundheit
Prof. Dr. Heidrun Herzberg

(Schriftenreihe der BTU Cottbus-Senftenberg, Institut für Gesundheit, Band 6)

Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg
IKMZ – Universitätsbibliothek
2022
ISBN 978-3-940471-73-4

Einbandgestaltung: Melanie Seeber, BTU Cottbus-Senftenberg
Abbildungen: eigene Darstellung
Druck: copy.worXX, Stephan & Matscheroth GbR, Cottbus

Inhalt

1	Einleitung.....	7
1.1	Die Problemsituation	7
1.2	Berufsfeldanalysen im Bereich der Pflege	8
2	Pflegeassistenz: Nationaler und europäischer <i>Status quo</i>	10
2.1	Zur Situation der Pflegeassistenz im nationalen Kontext	10
2.2	Zur Situation der Pflegeassistenz im europäischen Kontext	18
3	Methodisches Design	21
4	Zentrale Ergebnisse der empirischen Analyse	25
4.1	Das Bild der Pflegeassistenz in den Berufsdomänen.....	25
4.2	Aspekte beruflichen Handelns. Ethnographische Profile.....	33
4.3	Merkmale zur Bestimmung der Kernkompetenz	38
4.4	Berufsbezeichnung	39
5	Das Kompetenzprofil von Pflegefachassistent*innen	42
5.1	Pflegefachassistent*in sein	42
5.2	Personen- und situationsbezogen kommunizieren.....	43
5.3	Menschen bei der Lebensgestaltung – auch in kritischen Lebenssituationen – lebensweltorientiert unterstützen.....	44
5.4	Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen	45
5.5	Bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitwirken	46
5.6	In Akutsituationen sicher handeln	47
5.7	Einhalten und Umsetzen von Hygiene und Sicherheit	47
5.8	Menschen in der letzten Lebensphase begleiten	48
5.9	Im Team zusammenarbeiten	48
5.10	Im Haushalt und im Wohnbereich unterstützen.....	49
5.11	Bei Logistik und Arbeitsorganisation mitwirken	49
	Literatur	50

1 Einleitung

1.1 Die Problemsituation

Das ab Januar 2020 in Kraft getretene Pflegeberufereformgesetz (PflBG) und die dazu gehörende Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) stellen die Institutionen der Pflegeausbildung im Land Brandenburg vor erhebliche Aufgaben. Nicht nur die auf breiter Ebene von den Schulen zu leistende Curriculumentwicklung, auch die grundsätzlich mit der Einführung einer „*generalistischen*“ Ausbildung verbundene Neukonzeption der Pflege müssen sorgfältig vorbereitet, mit den Akteur*innen im Feld entwickelt und von der Pflegepraxis verstanden und angenommen werden (vgl. Walter 2018). Die zur Verfügung stehende Zeit ist knapp, und die Belastung der Ausbildungseinrichtungen, insbesondere auch der Praxisanleitungen, ist beträchtlich.

Ein gewisser Forschungsvorlauf war notwendig, um die Bedarfslage vor dem Beginn der Curriculumentwicklung realistisch einzuschätzen und die Planung danach auszurichten. Nachdem eine ausführliche „qualitative Diskursanalyse“ zum Verständnis von Generalistik im Bereich der brandenburgischen Pflegeberufe – insbesondere der Pflegeausbildung – („*Generalistikstudie*“; Herzberg, Walter & Alheit 2019) und eine vom Sample her breiter angelegte „*Mixed-Methods-Studie*“ zum selben Thema (Alheit & Paul 2019) vorliegen, sind hier die relevanten Kontextinformationen verfügbar. Seit über einem Jahr liegt der Fokus des ‚Neksa‘-Projekts¹ vor allem auf der Unterstützung der Curriculumentwicklungsprozesse. Dazu haben sich schulübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, und in den Pflegeschulen selbst wird dezentral intensiv gearbeitet.

Eine Forschungslücke besteht allerdings für die künftigen Ausbildungsperspektiven der „*Pflegehelfer*innen*“ bzw. „*Pflegeassistent*innen*“. In diesem Feld existieren national und international weder tatsächlich vergleichbare Vorstellungen über Ausbildungslänge und Ausbildungsinhalte noch vollends

¹ ‚Neksa‘ ist das Acronym für das von der Brandenburgischen Landesregierung geförderte Curriculumentwicklungsprojekt für die generalistische Pflegeausbildung mit dem wegweisenden Titel „*Neu kreieren statt addieren*“.

überzeugende Ideen über ein denkbares „*generalistisches* Format“ der revisionsbedürftigen Ausbildungspraxis. Der vorliegende Forschungsbericht zu der geplanten qualitativen Ergänzungsstudie „*Zur Situation der ‚Pflegeassistenz‘ im Land Brandenburg*“ begründet die Strategie einer wünschenswerten Schließung dieser Forschungslücke. Dazu erscheint zunächst ein berufsfeldanalytischer Überblick über die Situation der Pflegeassistenz im nationalen, besonders jedoch im europäischen Kontext, sinnvoll (s. Kap. 2).

1.2 Berufsfeldanalysen im Bereich der Pflege

Berufsfeldanalysen dienen der Eruiierung aktueller und zukünftiger Tätigkeitsfelder und sind Instrumente zur Identifikation beruflichen Könnens/beruflicher Kompetenzen. Sie orientieren sich am beruflichen Handeln von Pflegenden. Das berufspraktische Wissen in konkreten Situationen (vgl. Walter 2013, 2015) wird zur Basis der beruflichen Bildung und der Ableitung eines berufsbezogenen Curriculums. Berufsfeldanalysen sind deshalb u.a. inspiriert durch die arbeitsprozessorientierte Didaktik (vgl. Altmeyen 2017; Walter 2013; Schneider et al. 2019).

Berufsfeldanalysen werden in der Regel anhand von Fallstudien – bevorzugt durch teilnehmende Beobachtungen der Arbeitssituationen sowie durch Expert*inneninterviews – methodisch gesichert (s.u.). Bei den teilnehmenden Beobachtungen fokussiert man das berufliche Handlungsfeld und schließt von der performativen Ebene auf die dahinter liegenden bzw. erwünschten Kompetenzen. In den Expert*inneninterviews sollen auch nicht beobachtbare handlungsleitende Orientierungen und subjektive Sinnsetzungen im beruflichen Handeln sowie berufsbiographisch relevante Interessen identifiziert werden (vgl. Altmeyen 2017; Walter 2013).

Nach der empirischen Fallanalyse erfolgt die Kontrastierung mit dem gewachsenen professionellen Pflegeverständnis durch neue gesellschaftliche Anforderungen und veränderte professionelle Wissensbestände, um auf dieser Basis eine Übertragung neuer empirischer Befunde auf die Curricula vorzunehmen (vgl. Friesacher 2008; Pflegeberufereformgesetz 2017; Ausbil-

dungs- und Prüfungsordnung 2018; Ertl-Schmuck 2010; Greb 2010; Darmann-Finck 2010a, 2010b; Fichtmüller und Walter 2007; Altmeyen 2017; Schneider et al. 2019; Walter 2013).

2 Pflegeassistent: Nationaler und europäischer *Status quo*

2.1 Zur Situation der Pflegeassistent im nationalen Kontext

Das Krankenpflegegesetz der Bundesrepublik Deutschland regelte die einjährige Krankenpflegehilfe von 1965 bis 2003 bundesweit einheitlich. Seit der Gesetzesreform für die Krankenpflege (2004) und dem Bundesgesetz über die Berufe in der Altenpflege 2003 können die Helfer- und Assistenzberufe nur noch landesrechtlich geregelt werden. Das 2017 beschlossene Pflegeberufegesetz (PflBG) lässt weiterhin Länderregelungen für Pflegehelfer*innen-Ausbildungen zu. Es ermöglicht zudem die Anerkennung erfolgreich abgeschlossener Ausbildungen bzw. Ausbildungsteile, mit denen die dreijährige Ausbildung verkürzt werden kann (vgl. Jürgensen 2019, 7).

Im Rahmen der Novellierung der Pflegeberufe haben sich die Länder auf Eckpunkte hinsichtlich der Aufgaben/Kompetenzen und Rahmenbedingungen für die länderhoheitlich geregelten Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege verständigt und einen Beschluss der Konferenz der Arbeits- und Sozialminister*innen der Länder (ASMK 2012) sowie der Konferenz der Gesundheitsminister*innen (2013) (BAnz 2016) herbeigeführt. Nur bei Erfüllung der festgelegten Mindestanforderungen ist nach erfolgreichem Abschluss einer mindestens einjährigen landesrechtlich geregelten Pflegehelfer*innenausbildung der Zugang zur Pflegefachausbildung mit einem Hauptschulabschluss und einer Anrechnung der Assistenzausbildung auf ein Drittel der Dauer der Pflegefachausbildung möglich (§ 11 Abs. 1 Nr. 2b PflBG in Verbindung mit § 12 Abs. 2 PflBG). In diesem Zusammenhang haben sich die Länder darauf verständigt, dass die geltenden Gesetze und Verordnungen für die Assistenz- und Helferausbildungen in der Pflege bis zum Inkrafttreten des PflBG 2020 hinsichtlich der Qualitätsanforderungen überprüft und ggf. angepasst werden (vgl. Jürgensen 2019, 7).

Grundsätzlich können drei Ausbildungswege in den Assistenz- und Helferberufen in der Pflege unterschieden werden: die Altenpflegehilfe, die Krankenpflegehilfe und die Pflegeassistent. Die Ausbildung erfolgt in der Krankenpflegehilfe an Krankenpflegeschulen und die Altenpflegehilfe, bundes-

landabhängig, an Altenpflege- oder Berufsfachschulen. Die Pflegeassistentenausbildung findet in der Regel nur an Berufsfachschulen statt. In einigen Schulen kann mit der Ausbildung ein weiterführender Schulabschluss erworben oder eine Externenprüfung abgelegt werden (vgl. Jürgensen 2019, 16f.).

Pflegehelfer*innen und -assistent*innen sind in allen Bereichen tätig, in denen auch Pflegefachpersonen arbeiten. Für die Festlegung von Aufgaben wird im Eckpunktepapier zwischen stabilen und instabilen Pflegesituationen sowie zwischen einfachen Maßnahmen und Maßnahmen mit höherem Schwierigkeitsgrad unterschieden. In stabilen Pflegesituationen bzw. bei einfachen Aufgaben sollen Pflegeassistent*innen bzw. -helfer*innen die Pflege selbstständig durchführen können (Durchführungsverantwortung vs. Steuerungsverantwortung der Pflegefachpersonen). In instabilen Pflegesituationen bzw. bei Aufgaben mit erhöhtem Schwierigkeitsgrad sowie auch bei der Mitwirkung an ärztlich verordneten Maßnahmen ist entweder eine konkrete Anleitung durch die Pflegefachperson notwendig, oder diese führt die Pflege selbst durch. In der Ausbildung sollen Pflegeassistent- bzw. Pflegehilfskräfte² daher den Eckpunkten zufolge u.a. befähigt werden, unter Anleitung und Überwachung von Pflegefachpersonen an ärztlich veranlassten therapeutischen und diagnostischen Verrichtungen mitzuwirken (Kontrolle von Vitalzeichen, Medikamentengabe, subkutane Injektionen, Inhalationen, Einreibungen, Kompressionsstrümpfe) sowie Menschen in der Endphase des Lebens unterstützend zu pflegen und zu begleiten (vgl. Jürgensen 2019, 14, Abb. 2; Darmann-Finck et al. 2016, 2f.).

² Der Begriff wird synonym verwendet, gewöhnlich auch ohne Differenzierung von ein- oder zweijähriger Ausbildung.

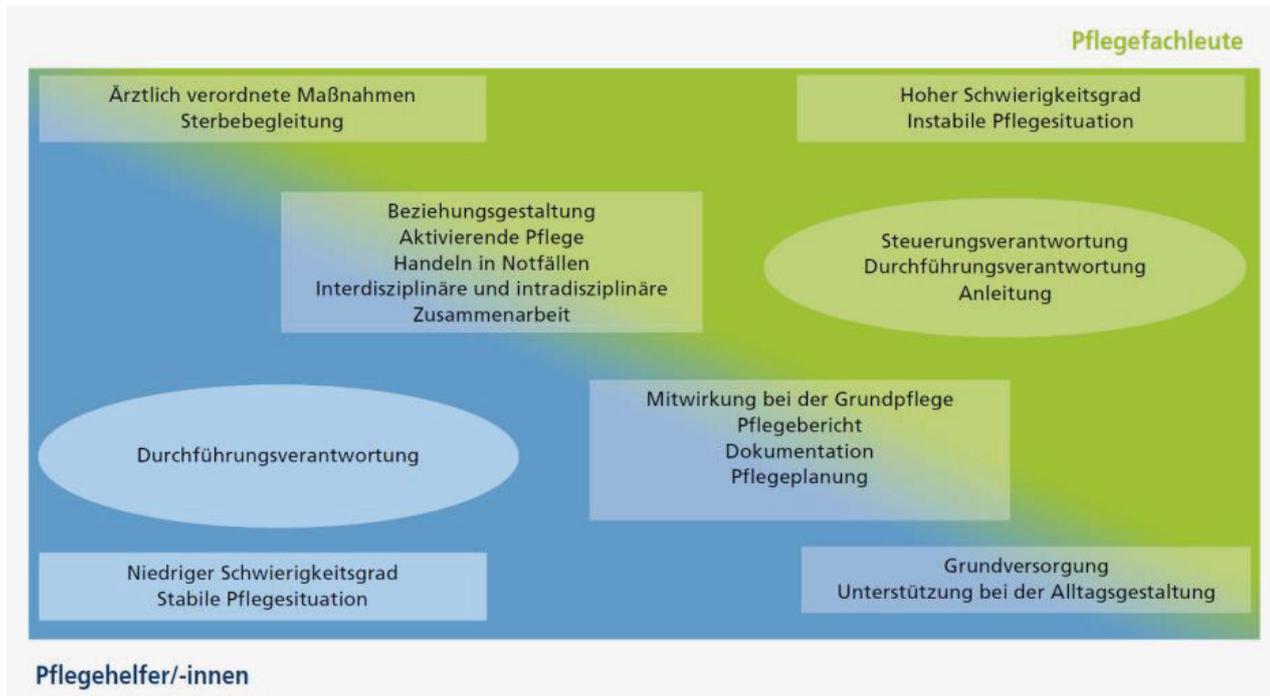


Abbildung 1: Abgrenzung der Aufgabenbereiche in der Pflege gemäß Eckpunktepapier der ASMK/GMK (Quelle: Jürgensen 2019, 15)

Die Länderhoheit zieht heterogene Regelungen und Unsicherheiten auf Seiten der Arbeitgeber hinsichtlich der erworbenen Kompetenzen nach sich. In *Bremen* existiert beispielsweise seit 2012 eine zweijährige Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe mit generalistischer Ausrichtung, d.h. für die Tätigkeit in allen Versorgungsbereichen und für die Pflege von Menschen aller Altersstufen und damit explizit auch für die Akutpflege im Sektor Krankenhaus. Der Bildungsgang ermöglicht neben dem beruflichen auch einen allgemeinbildenden Abschluss, und die Ausbildung kann unter bestimmten Bedingungen auf das erste Jahr der Fachkraftausbildung angerechnet werden (vgl. Muths & Darmann-Finck 2013). In *Schleswig-Holstein* gibt es eine dreijährige Ausbildung zur Fachkraft für Pflegeassistent, die zur Mitwirkung an pflegerischen und hauswirtschaftlichen Aufgaben bei Menschen aller Altersgruppen befähigt (Ministerium für Bildung und Kultur des Landes Schleswig-Holstein 2012). In *Niedersachsen* wird eine Ausbildung der Pflegeassistent angeboten – mit dem vorrangigen Ziel der unterstützenden Tätigkeit von Pflegefachpersonen in Alten- und Behindertenheimen, jedoch nicht im Krankenhaus. Gleichwohl verweist die Quellenlage auf die erwartete Zunahme des stationären Einsatzes von Pflegehelfer*innen mit ein- und

zweijähriger Qualifikation. (vgl. Darmann-Finck 2016 et al., 2ff.) In *Brandenburg* existiert seit 2004 zum einen eine einjährige Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung, zum anderen seit 2009 eine einjährige Ausbildung in der Altenpflegehilfe. Alle Schulen für Gesundheits- und Krankenpflege dürfen auch in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe ausbilden. Gleiches gilt für die Altenpflegesschulen, die in der Altenpflegehilfe ausbilden dürfen. Es gibt nur eine Schule in Brandenburg, die ausschließlich die Gesundheits- und Krankenpflegehilfeausbildung anbietet. Die beiden Helferausbildungen unterscheiden sich in einigen Teilen, wobei im Folgenden einige zentrale Punkte dargestellt werden – Finanzierungsaspekte werden nicht aufgegriffen.

Die Ausbildung in der Altenpflegehilfe ist bereits Eckpunkte-konform, die in der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe nicht. Hier fehlt z.B. eine schriftliche Prüfung als Teil der staatlichen Prüfung und die theoretische Ausbildung liegt vom Umfang unter den Mindeststunden des Eckpunktepapiers. Die theoretische Ausbildung der Altenpflegehilfe ist Lernfeld-orientiert, und der landeseinheitliche Rahmenlehrplan der Altenpflegehilfe ist mit dem ersten Jahr des landeseinheitlichen Rahmenlehrplanes der Altenpflegeausbildung deckungsgleich. So konnte die Ausbildung oft mit „eingestreuten“ Plätzen in die Fachkraftausbildung realisiert werden. Daher war ein Übergang in die dreijährige Altenpflegeausbildung bisher unproblematisch.

Für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe gibt es über die Vorgaben der Ausbildungs- und Prüfungsordnung – diese ist in sieben lernzielorientierte Themenbereiche gegliedert – keine inhaltlichen Vorgaben. Die Ausbildung wurde auf das erste Jahr der Gesundheits- und Krankenpflegehilfe angerechnet. Da die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe nicht Eckpunkte-konform ist, wird die Durchlässigkeit zur Ausbildung Pflegefachfrau/Pflegefachmann insofern erschwert, als nun ein mittlerer Bildungsabschluss vorgewiesen werden muss. Ergänzend sei auf die Brandenburger Fachkräftestudie von 2013 verwiesen. Sie belegte, „dass der Personaleinsatz in der ambulanten und stationären Pflege erst in Ansätzen qualifikations- und bedarfsgerecht erfolgt“ (MASFF 2013, 14). Empfohlen wurde, dass beim Einsatz von

Hilfskräften „konsequent die Aufgaben der Prozesssteuerung und des Prozesscontrollings durch Fachkräfte wahrgenommen werden“ (ebd.). Zudem wurde darauf verwiesen, „Ausbildungsinhalte gerade bei den geringer qualifizierten Pflegekräften laufend zu prüfen und den sich abzeichnenden Entwicklungen anzupassen“ (ebd.: 15).

In den meisten Landesverordnungen sind die Curricula stark inhaltsorientiert. Daraus ergibt sich ein direkter Bezug zu den zugedachten Handlungsfeldern. Bensch (2018) merkt allerdings kritisch an, dass – falls das so interpretiert würde – mit dem ‚Aufsteigen‘ der einjährig qualifizierten Pflegehelfer*innen nach Zwischenprüfung in eine zweijährige Qualifizierung diese in ihrem zweiten Ausbildungsjahr von der auf ‚Mithilfe‘ ausgerichteten Ausbildung hin zu mehr Verantwortung im Rahmen des Pflegeprozesses gelangen, zu dessen Erlernen sie (im Vergleich zu den generalistisch ausgebildeten Teilnehmenden) nur ein Jahr Zeit haben. Zudem wird (durch Landesrecht geregelten) zweijährig examinierten Pflegehelfenden nach PflBG in der Zukunft mehr Handlungsspielraum zugestanden als nur die „Mitwirkung“. So können ärztliche Anordnungen eigenständig durchgeführt werden, wie es z.B. auch bei Pflegeassistent*innen in Österreich der Fall ist. In Deutschland entsteht mit dem neuen PflBG eine „Grade-Vielfalt“ (Bensch 2018, 48). Die jeweiligen Ausbildungskonzepte der verschiedenen Niveaus müssten dringend durchdacht werden. So gibt es landesrechtlich geregelt die einjährige Pflegehilfesausbildung sowie, bundeseinheitlich nach PflBG, die dreijährige generalistische Pflegefachausbildung und den Pflegebachelor mit mindestens dreijährigem Studium (vgl. Bensch 2018, 47f.).

Darmann-Finck et al. (2016) empfehlen für den *stationären* Bereich eine aktive Orientierung der Leitungsebene auf den Pflegemix. Pflegeassistent*innen, v.a. mit einer zweijährigen generalistischen Ausbildung, können in der stationären Versorgung von *stabilen* Patient*innen einfache pflegerische sowie medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben, ggf. auch ausgewählte kompliziertere Aufgaben, übernehmen, die ein hohes Ausmaß an Standardisierung aufweisen und somit Pflegefachpersonen von diesen Aufgaben entlasten. Die Etablierung eines integrierten Gesamtkonzepts unter

Einbindung aller Qualifikationsstufen (Empfehlung: Pflegehelfer*innen mit einem Stellenanteil von ein bis zwei Vollzeitkräften pro Station, eine Pflegehelferin pro Schicht) ist Voraussetzung und erfordert die Definition von Kompetenzen, Aufgaben- und Verantwortungsbereichen der verschiedenen Niveaus (s.u.). Für eine interprofessionelle Zusammenarbeit sind Schnittstellen und Zuständigkeiten zu klären.

Als problematisch wird eingeschätzt, dass die Pflegeassistent*innen sehr unterschiedliche Qualifikationsvoraussetzungen mitbringen. Einrichtungen sollten deshalb zunächst ein *Assessment* der vorhandenen Qualifikationen durchführen und auf dieser Basis sowie entsprechend der Bedarfe der jeweiligen Station ein zugeschnittenes Aufgabenprofil entwickeln. In diesem Zusammenhang werden gegebenenfalls zusätzliche Qualifikationsnachweise erforderlich, und es müssen klare organisatorische Regelungen zur Delegation von Aufgaben getroffen werden.

Zur Überwindung der Heterogenität der Länderregelungen, der sich z.B. das Eckpunktepapier über bundeseinheitliche Qualitätskriterien (BAnz 2016) widmet, empfiehlt Jürgensen (2019, 23) auch die Festlegung differenzierter inhaltlicher Standards, verbunden mit einer klaren Eingrenzung der beruflichen Befugnisse der Pflegeassistent*innen sowie Alten- und Krankenpflegehelfer*innen. Darmann-Finck et al. (2016) schlagen die Schaffung bundeseinheitlicher Regelungen sowie die Homogenisierung und Qualitätssicherung der Ausbildung vor, um einen effizienten Einsatz der Pflegeassistent*innen zu befördern. Sie führen als positives Beispiel die generalistisch orientierte zweijährige Pflegehelfer*innenausbildung in Bremen (GKPH(GA)) an, mit deren Hilfe die stationären Einsatzmöglichkeiten unter bestimmten Voraussetzungen (*Qualifikationsnachweisen*) um einige komplizierte medizinisch-diagnostische und therapeutische Aufgaben erweitert werden können.

Wichtige *Ziele* in der Ausbildung der Pflegehilfe sind die *realistische Einschätzung der eigenen Kompetenzen und Grenzen sowie die Erfassung von Destabilisierungsmomenten in Pflegesituationen*. Ein Hindernis ist der geringe Forschungsstand zur Ausbildung des Pflegehilfe- und Assistenzpersonals. Erst auf dieser Basis können die Lernvoraussetzungen expliziert und

darauf basierend spezifische pädagogische und didaktische Konzepte zur Unterstützung der Lernprozesse entwickelt und evaluiert werden.

Für die stationäre Tätigkeit ist die Personalbemessung zu standardisieren und eine Höchstquote der Pflegehilfe entsprechend den Einsatzbereichen, aber auch ihrer Ausbildung (ein- vs. zweijährig) festzulegen. Internationale Befunde (Frankreich und Großbritannien) verweisen – an der Situation in Deutschland gemessen – auf einen deutlich höheren Anteil der Pflegehelfer*innen am Gesamtpersonal der Krankenhäuser (vgl. Lehmann & Behrens 2016, 59). Diese Feststellung gilt allerdings nicht für den ambulanten und stationären Langzeitpflegebereich. Dort ist der Einsatz von Pflegehelfer*innen in allen europäischen Ländern hoch. Durch die breitere Qualifizierung kommt es gegebenenfalls zur Bevorzugung zweijährig ausgebildeter Pflegehelfer*innen in der stationären Pflege (vgl. Darmann-Finck et al. 2016, IVf.).

Pflegedidaktische Befunde legen für die Pflegehilfeausbildung folgende Optionen nahe: Sie sollte möglichst praktisch erfolgen (SkillsLabs, fachpraktische Orientierung, strukturierte Praxisanleitung), mit dem Schwerpunkt auf deklarativem, prozeduralem bis konditionalem Lernen (gemäß einer Theorie der Pflegekompetenz nach Olbrich 2018). Je nach Bedarf kommen die Regel-, Fall- und Meinungsorientierung (nach Darmann-Finck 2010a) hinzu. Je mehr Aufgabenfelder fremdbestimmt sind, desto regelgeleiteter kann die Ausbildung gestaltet werden. Dabei bezieht sich die Aufgabe der Pflegeassistenten auf die Abgrenzung von Aufgaben und Abstimmung ihres Verantwortungsbereiches (im Gegensatz zur Koordinierung verschiedener Aufgabenbereiche und Einordnung in den Gesamtkontext bei Pflegefachkräften und der Verantwortlichkeit der Gestaltung pflegerischer Arbeitsorganisation auf wissenschaftlicher Basis bei Bachelorabsolvent*innen; vgl. Bensch 2018, 48). Muths und Darmann-Finck (2013) gehen in ihrer explorativen berufswissenschaftlichen Studie des Handlungsfeldes der Pflegeassistenten bei der Bestimmung des Aufgabenprofils der generalistischen Pflegeassistenten³ von einem ›geschichteten‹ Qualifikationsniveau aus:

³ Zum hier verwendeten Berufsbild *Pflegeassistent* schreiben Muths und Darmann-Finck (2013, 1/FN 1): „Mit der Pflegeassistenten wird auf das DQR/EQR-Niveau 3 abge-

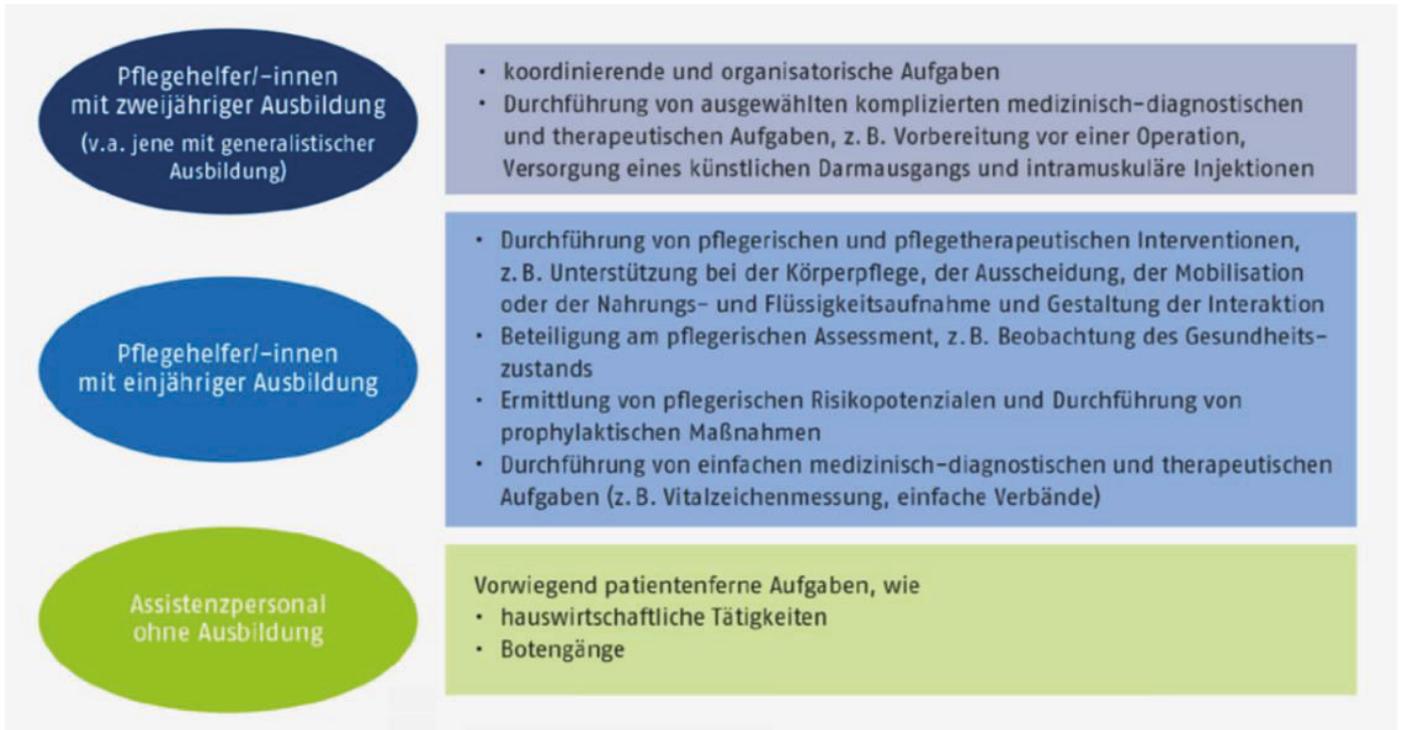


Abbildung 2: Aufgaben der Pflegehilfe nach Qualifikationsniveau (Darmann-Finck und Baumeister 2017, 18)

Die Herausforderung besteht in der exakten Definition einfacher/stabiler und komplexer/instabiler Pflegesituationen, damit Pflegefachpersonen Aufgaben abgeben können, für die sie über- oder unterqualifiziert sind und damit eindeutig ist, wann eine Situation an die Pflegeassistent*innen oder an die Bachelorabsolvent*innen abgegeben werden kann. Dabei geht es nicht um Entweder-Oder-Aufgaben im Sinne von Grund- und Behandlungspflege, sondern um Handlungsrahmen für kontinuierliche Aufgaben wie etwa dem Ernährungsmanagement. In diesem Zusammenhang ist der in der PflAPrV verwendete Kompetenzbegriff zu prüfen, um ihn als Bezugsgröße für die kompetenzorientierte Curriculumentwicklung zu nutzen (vgl. Bensch 2018: 49). Hier sind die einzelnen Ergebnisse der erwähnten *Bremer Studie* zur Ausbildung von Pflegeassistent*innen (Muths & Darmann-Finck 2013; Darmann-Finck et al. 2016; Darmann-Finck & Baumeister 2017) von großem Nutzen.

hoben. Auf EU-Ebene ist mit *Health Care Assistants* demgegenüber ein Berufsbild gemeint, das sich auf dem EQR-Niveau 4-5 bewegt und eine Ausbildung auf der Ebene der Sekundarstufe II beinhaltet.“

2.2 Zur Situation der Pflegeassistentenz im europäischen Kontext

Einen Überblick über die Situation der Pflegeassistentenzausbildung in Europa gibt die Studie ‚*Core Competences for Healthcare Assistants in Europe (CC4HCA)*‘. Dabei handelt es sich um eine europaweite Untersuchung zur Position der Pflegeassistent*innen (health care assistants – HCAs) in allen 28 Ländern der EU sowie zu Machbarkeit und Interesse an der Etablierung eines gemeinsamen Rahmenausbildungsplans (CTF) für Pflegeassistent*innen (*common training framework*, eingeordnet in die 2013/55/EU-Vorschrift [Art. 49a § 2]).

Aufgrund der wachsenden Zahl der HCAs in allen Mitgliedsstaaten Europas und ihrer Relevanz für die Versorgung sowie aus Gründen der Verbesserung multiprofessioneller Zusammenarbeit, Versorgungseffizienz oder Patientensicherheit ist die Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten von HCAs und ihrer Position innerhalb von Versorgungsteams notwendig. Grundlage ist die Analyse von Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen der HCAs. Auch um die Arbeitnehmerfreizügigkeit innerhalb Europas zu ermöglichen, ist die Klärung der Kernkompetenzen (i.S. von Minimalanforderungen) notwendig. Ein neues, rechtlich anerkanntes Werkzeug ist das *common training framework* (CTF), ein gemeinsamer Ausbildungsrahmen, der die beruflichen Qualifikationen innerhalb Europas anerkennt. Es enthält ein Set von Kategorien zu Wissen, Können und Kompetenzen, um einen spezifischen Beruf auszuüben (vgl. EU 2018, 9)

Die Studie hat die Absicht, ein Common Training Framework für HCAs aufzubauen sowie potenzielle Inhalte zu untersuchen. Zielstellung war folgende: (a) kompetente Autoritäten und repräsentative Berufsorganisationen zur zukünftigen Mitarbeit zu identifizieren, (b) ein Netzwerk zu etablieren zur Erarbeitung einer gemeinsamen Position zu den Kernkompetenzen, die in mindestens 12 Mitgliedsstaaten (1/3) notwendig sind und (c) Material/Input bereitzustellen für Interessierte im weiteren Entwicklungsprozess. Methodisch wurde vorgegangen nach: (1) Recherche zur Position der 28 Mitgliedsstaaten, (2) Delphi-Studie unter den Autorisierten/Berufsorganisationen für die HCA-Regulierung und -ausbildung in jedem Mitgliedsstaat und (3) zwei

Workshops für die weitere Erkundung einer gemeinsamen Position zu Interesse und Machbarkeit eines CTF für HCAs innerhalb der EU. Alle 28 Mitgliedsstaaten waren beteiligt, Malta und Österreich allerdings nicht an der Delphi-Studie (vgl. EU 2018, 10). Zentrale Ergebnisse zum *Status quo* der HCAs in Europa:

- Der Beruf ist uneinheitlich (von eng bis weit) definiert. Allgemein arbeiten HCAs unter Aufsicht der Pflegefachkräfte, ggf. auch unter Aufsicht anderer Gesundheitsberufe. Sie sind angestellt in Krankenhäusern, der Hauspflege, Langzeitpflege, seltener auch in der Primär-/Akutversorgung (Primary Care) und Psychiatrie.
- In 14 Mitgliedsstaaten ist der Beruf reguliert, die Ausbildung in 22 Mitgliedsstaaten (damit ist die Bedingung für die Schaffung eines CTF erfüllt).
- Auf nationalem Niveau haben fast alle Mitgliedsstaaten ein Curriculum. Erhebliche Unterschiede gibt es in den Bedingungen des Berufszugangs (keine Einschränkungen bis Abitur), dem Zugangsalter (keine Einschränkung bis 18 Jahre), der Ausbildungsdauer (drei Monate, 2-3 Jahre, bis zu sechs Jahren in Lettland als Ausnahme). 60% der Ausbildung finden in den meisten Fällen in der Praxis statt. Die Hälfte der Länder verfolgt Typen aufbauender professioneller Entwicklung (professional development programmes – CPD).
- Wissen, Können und Kompetenzen sind Teil der meisten Curricula. Sie sind in der Regel auf die alltägliche Pflegepraxis bezogen – nicht-medizinische Pflege wie Unterstützung bei ADL, Büro/Administration, Reinigung, Waschen, Mahlzeiten zubereiten und reichen, Kommunikation.
- Kernaufgaben und -pflichten beziehen sich in den meisten Ländern auf: Überwachung der Vitalzeichen, Versorgung mit nicht-medizinischer Pflege (Reinigung, Waschen, Mahlzeiten), Unterstützung der anderen Gesundheitsberufe, Erfüllung von Aufgaben in Sicherheit, Qualität, Hygiene; oft nur Grundpflege beim Patienten (vgl. EU 2018, 10f.).

Auf der Grundlage des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR, Europäische Kommission 2008) wurde in einigen anderen europäischen Ländern

ein gestuftes Kompetenzmodell für Pflegeberufe entwickelt. Da für Deutschland insbesondere die Modelle aus Österreich (ÖGKV 2011), den Niederlanden (de Jong & Landenberger 2005) und der Schweiz (Oda SANTÉ 2012) interessant sind (vgl. Darmann-Finck et al. 2016, 2), wurden in dieser Studie Anregungen aus diesen Modellen für den Pflegehilfe-/assistenzbereich aufgenommen.

Es fließen auch Ergebnisse der vergleichenden Studie zur *„Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich“* (GesinE; Lehmann et al. 2014) ein, die die Ausbildungssituation in der Pflege in den Ländern Deutschland, Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich analysiert hat. In allen Vergleichsländern gibt es Pflegehelfer*innenausbildungen mit einer Dauer von ein bis zwei Jahren. Im Gegensatz zu den heterogenen Länderregelungen in der Bundesrepublik Deutschland basiert die Ausbildung in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich auf einheitlichen Vorgaben des jeweiligen Landes. Hinzu kommen verschiedene Qualifikationen mit geringerem Umfang (vgl. Lehmann & Behrens 2016, 59).

Bleibt also die Feststellung, dass wir es bei den Ausbildungskonzepten für die Pflegeassistenz/Pflegehilfe im europäischen Kontext mit sehr unterschiedlichen Modellen zu tun haben, die nur begrenzt vergleichbar sind und die schon deshalb nicht problemlos auf die bundesdeutschen Verhältnisse übertragen werden können, weil hier die Situation in den einzelnen Bundesländern voneinander abweicht – trotz der gemeinsamen Mindeststandards.

3 Methodisches Design

Die jüngere Geschichte des Pflegehilfediskurses zeigt also, dass das Forschungsfeld – zumal im internationalen Vergleich – nur schwer überschaubar ist und nicht nur deutlich erkennbare Anforderungen an die Entwicklung eines Ausbildungscurriculums stellt, sondern auch eine Reihe von Ebenen und Interessen zu berücksichtigen hat, deren Einfluss auf die Entstehung eines konsistenten Ausbildungskonzepts von Pflegeassistent*innen/Pflegehelfer*innen nicht unterschätzt werden darf. Jede Entscheidung für ein bestimmtes Ausbildungskonzept der Pflegeassistenz/Pflegehilfe steht in einem konkreten gesellschaftlichen Kontext und ist auf einen bestimmten Konsens angewiesen. Dazu gehört auch die Wahrnehmung von kontroversen Positionen.

Das Bild der Praxis der Pflegeassistenz ist nicht einheitlich. Wir müssen es uns als eine Art ‚*Feld*‘ vorstellen, in dem die verschiedenen agierenden Kräfte miteinander in Beziehung stehen und in dem sie durch die Herstellung und Durchsetzung bestimmter Einschätzungen und Meinungen – Sozial- und Sprachwissenschaftler*innen sprechen von ‚*Diskursen*‘⁴ – ihre Position zu behaupten suchen (vgl. die ‚*Generalistikstudie*‘, Herzberg, Walter & Alheit 2019). Dies ist kein abgeschlossener Prozess, und doch wäre die Identifizierung solcher ‚*Deutungspraktiken*‘ und ihrer Vertreter*innen für die Entwicklung einer (generalistischen) Pflegehilfeausbildung im Land Brandenburg von großem Interesse.

Die zentrale Forschungsfrage dieser Studie „*Welche Diskurse zum Thema Pflegeassistentenausbildung lassen sich im Feld der Pflege im Land Brandenburg identifizieren und wie sind diese Diskurse einzuschätzen?*“ gliedert sich deshalb in drei Unterfragen:

- *Wer sind die relevanten Protagonist*innen und welche Positionen besetzen sie?*

⁴ Der Begriff des „*Diskurses*“ steht im Folgenden für interaktiv geteilte Bedeutungszuschreibungen von Prozessen, die das Berufsfeld der Pflege und seine Veränderung betreffen. Es geht ausdrücklich nicht um hochtheoretische Konzepte, die etwa an Überlegungen von *Foucault* oder – alternativ – von *Habermas* anschließen (vgl. dazu Herzberg, Walter & Alheit 2019).

- *Was zeigt sich in der aktuellen Praxis der Pflegeassistent*innen und welche Verbesserungswünsche haben sie?*
- *Welches Kompetenzprofil lässt sich für ein Curriculum der Pflegeassistentenausbildung daraus ableiten?*

Bei der methodischen Anlage der Studie beziehen wir uns auf eine Reihe von einschlägigen Vorarbeiten, die sich nicht nur mit spezifischen Problemen des Gesundheitssystems in strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands auseinandersetzen (vgl. etwa Alheit, Bernateck & Herzberg 2019; Herzberg et al. 2017; Herzberg & Bernateck 2017), sondern vor allem ‚*Deutungsmuster*‘ berücksichtigen, die den Bereich der Pflege betreffen und den Aufbau einer notwendig neuen (generalistisch orientierten) curricularen Struktur der Pflegehilfeausbildung unterstützen bzw. verzögern (Fichtmüller & Walter 2007; Walter 2013; Dütthorn, Walter & Arens 2013; Herzberg, Walter & Alheit 2019).

Solche Deutungsmuster verdichten sich in einem sozialen Feld, das voller konkurrierender Positionen und Interessen ist: politischen Interessen, medialen Interessen, fachlichen Interessen, ökonomischen Interessen. Diese Überlegung nimmt unmittelbaren Bezug auf das sensibilisierende Konzept der vorliegenden Studie: nämlich auf die Idee des *mentalen Feldes* und der diskursiven Auseinandersetzungen, die sich in seinem Einflussbereich identifizieren lassen (vgl. auch Alheit & Herzberg 2021). ‚Diskurse‘ sind zunächst sprachliche Äußerungsformen, die sich zu kollektiven Einstellungen verdichten können. Im Feld der Pflege – und besonders in der aktuellen Pflegereformdiskussion – sind konkurrierende Deutungsmuster Ausdruck von Interessen, gelegentlich auch von unscharfen Positionierungen, die allerdings strategischen Einfluss haben können (vgl. Herzberg, Walter & Alheit 2019, 17). Um diesen Einfluss zu verstehen und zu gewichten, haben wir solche Deutungen in einem *mentalen Feld* – positioniert (vgl. schon Herzberg, Walter & Alheit 2019, 5-9, 49f.), das sich zwischen zwei quer zueinander stehenden Spannungsachsen⁵ aufspannt: einer ‚Modernisierungsachse‘ mit den

⁵ Zum theoretischen Hintergrund dieser Spannungsachsen ist der Hinweis auf die beiden sozialwissenschaftlichen ‚Großtheorien‘ von Bourdieu (1987) und Habermas (1981) hilfreich, der die Idee eines gesellschaftlichen ‚Raumes‘ nahelegt, welcher sich

Polen „traditionelle ›Befehlsempfänger*innen‹“ vs. „reflektierte Praktiker*innen“ und einer ‚Strategieachse‘ mit den Polen „strategisch-medizinische Orientierung“ vs. „ethisch-kommunikative Orientierung“ (s. Abb. 3).

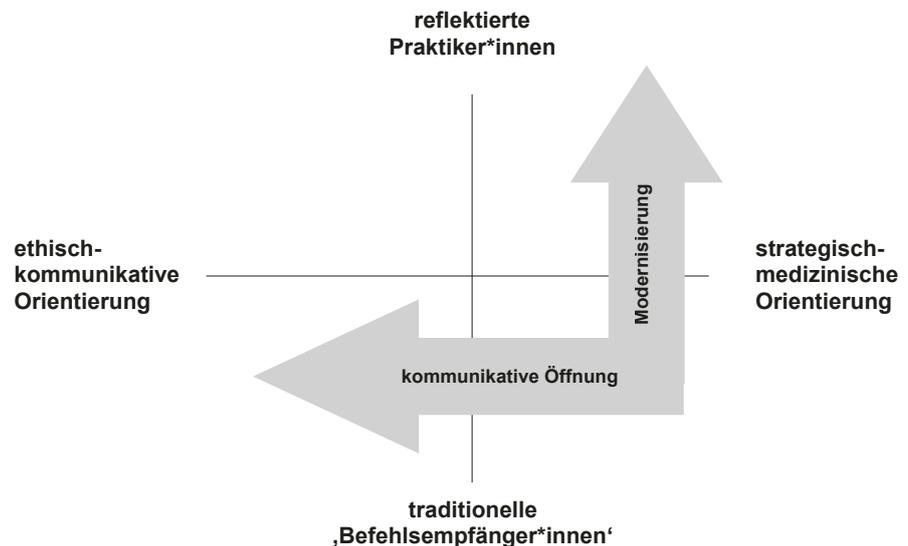


Abbildung 3: Das „mentale Feld“ einer Öffnung der Pflegeassistentenausbildung

Das *mentale Feld* kann somit als ‚Forschungsinstrument‘ betrachtet werden, mit dem wir die erhobenen Daten gewichten und interpretieren. Der methodische Ansatz lässt sich – wie folgt – konkretisieren:

- a. Wir haben einen *qualitativen* Methodenzugang gewählt. Qualitative Methoden fußen – anders als quantitative – nicht auf numerischer Genauigkeit. Es geht nicht um eine ‚Objektivität‘, die auf einer messbaren Verteilung von Unterscheidungsmerkmalen beruht (vgl. Flick 2009, 383ff.). Uns interessieren vielmehr die *subjektiven* Wahrnehmungen sozialer Situationen (vgl. Alheit 2010, 40ff.), konkret: die Aufmerksamkeit der beteiligten Expert*innen, die mit den Problemen der Pflegehilfeausbildung im Land Brandenburg konfrontiert sind, und Lösungen suchen.

durch eine vertikale ‚Modernisierungsachse‘ (*Tradition vs. Moderne*) und eine horizontale ‚Strategieachse‘ (*Ökonomie vs. Kultur* [Bourdieu] bzw. *System vs. Lebenswelt* [Habermas]) charakterisieren lässt. Dieser Grundspannung ist unser *mentales Feld* – seiner Binnenlogik entsprechend – nachgebildet.

- b. Wir haben mit drei qualitativen Erhebungsinstrumenten gearbeitet: mit *Expert*inneninterviews* (Meuser & Nagel 2009), mit *teilnehmender Beobachtung* (vgl. Smilde et al. 2019) und *ergänzenden Fokusinterviews* (vgl. Flick 2004; Knoblauch 2001). Alle sind geeignet, „Deutungscluster“⁶ zu produzieren, die für die Identifikation von Dynamiken im untersuchten mentalen Feld besonders hilfreich sind.
- c. Methodologischer Rahmen unserer Forschung ist die von Glaser und Strauss (1967) entwickelte *Grounded Theory*, die erprobte Sampling- und Auswertungsstrategien vorschlägt (vgl. Strauss 1991; Strauss und Corbin 1990). Um ein zu untersuchendes Forschungsfeld mit diesem methodologischen Ansatz qualitativ zu verstehen, bedarf es einer theoretisch begründeten Auswahl der zu beobachtenden sozialen Akteur*innen, nicht etwa, wie bei statistischen Samples, einer Zufallsstichprobe (vgl. Strauss 1991; Flick 2009). In einem *mentalen Feld* liegt der Fokus vor allem auf solchen Personen, die im Bereich des gewählten Gegenstandes (im vorliegenden Fall der Ausbildung von Pflegehilfskräften) eine herausragende Bedeutung haben. Dazu gehören – neben administrativ Verantwortlichen für den Prozess der Umsetzung neuer gesetzlicher Bestimmungen zur Pflegehilfe [2] – akademische Repräsentant*innen der Pflegewissenschaft [2], Vertreter*innen der Pflegeschulen [14], der stationären Akutpflege [14], der stationären Langzeitpflege [11] sowie der ambulanten Pflege [5⁷], also die Summe von 48 Expert*innen. Insgesamt wurden dabei – soweit als möglich ‚kontrastiv‘⁸ – Proband*innen für Interviews (s.o.) ausgewählt, die das Feld einflussreicher Akteur*innen theoretisch überzeugend abbilden.

⁶ ‚Deutungscluster‘ oder ‚Deutungsclouds‘ sind Verdichtungen bestimmter Deutungen und Meinungen zu einem wichtigen Aspekt der Untersuchung, z.B. zur Bewertung eines stärkeren Einbezugs der Pflegeassistent*innen in bestimmte Behandlungsformen, um die Pflegefachleute zu entlasten.

⁷ Die geringe Anzahl hat mit der extrem hohen Belastung besonders kleiner ambulanter Pflegedienste sowie mit dem Beginn der Corona-Krise zu tun.

⁸ Bei größeren Gruppen, etwa den Lehrer*innen oder Schulleiter*innen an Pflegeschulen, unter Berücksichtigung der zu erwartenden Kontrastinteressen zwischen der klassischen Altenpflege [7 Proband*innen] und der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege [ebenfalls 7 Proband*innen].

4 Zentrale Ergebnisse der empirischen Analyse

4.1 Das Bild der Pflegeassistenz in den Berufsdomänen

Bei der Pflegeassistenz spielt eine Differenzierungslogik vermutlich eine noch entscheidendere Rolle als bei Pflegefachfrauen und -männern: der Einsatz der Pflegeassistent*innen in sehr unterschiedlichen *Arbeitsfeldern*. Unser Forschungsdesign hat gezielt Expert*innen aus Pflege(hilfe)schulen, aus Kliniken, aus Pflegeheimen und aus der ambulanten Pflege berücksichtigt. Der Vergleich der Ergebnisse kommt durchaus zu überraschenden Befunden.

Das ‚Bild der Pflegeassistenz‘ in den Pflegeschulen. Die Expert*inneninterviews aus den Pflegeschulen deuten auf ein ausgesprochen widersprüchliches ‚Bild‘ der Pflegeassistenz. Betrachtet man die Streuung der Einzelpositionen, lassen sich zwei kontrastive Deutungscluster unterscheiden: eine Kumulation von Einschätzungen im rechten unteren Sektor des mentalen Feldes und eine, besonders durch zwei außergewöhnlich umfangreiche Interviews (>45 Minuten) vertretene ‚Image-Cloud‘ im linken mittleren Bereich des mentalen Raums (s. Abb. 4).

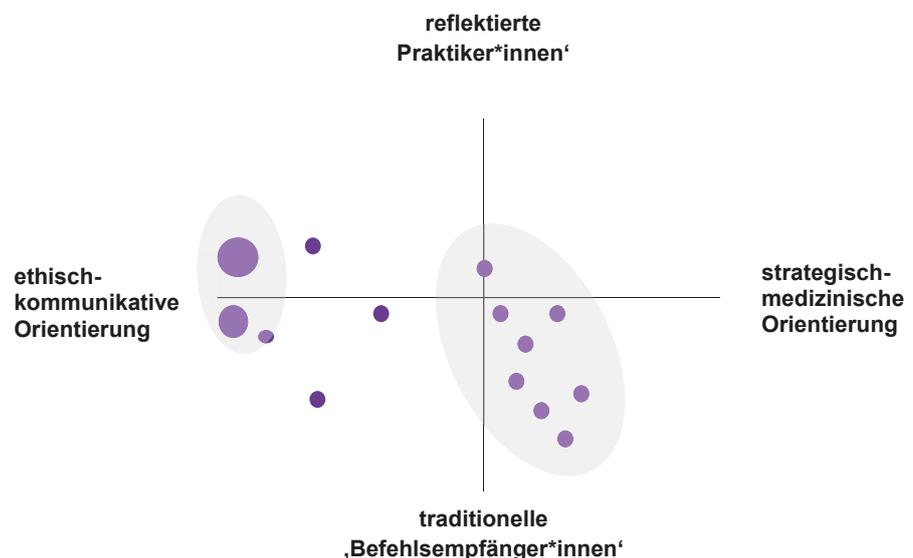


Abbildung 4: Das „mentale Feld“ der Pflegeschulen

Die Bedeutung dieses widersprüchlichen Bildes⁹ lässt sich am Datenmaterial überzeugend zeigen (vgl. Walter, Herzberg und Alheit 2020). Insgesamt erstaunt, dass die z.T. abwertende Distanz zur Pflegehilfe gerade im *Schul-sample* so ausgeprägt ist. Hätte man doch besonders hier erwartet, dass jene wertschätzende pädagogische Position, wie sie von dem kleinen Kontrast-sample repräsentiert wird, sehr viel präsenter wäre. – Könnte es sein, dass in den Pflegeschulen des Landes Brandenburg zwei konventionelle Dispositionen dominanter sind, als man hätte erwarten können: (a) eine auf *Fachwissen* (statt auf Handlungskompetenz) konzentrierte Didaktik, (b) eine vor allem auf *medizinisches* Wissen fokussierte Fächerstruktur? Das würde jedenfalls erklären, dass die Pflegeassistenten bei der Mehrzahl der befragten Pflegelehrer*innen ein eher negatives Image zu haben scheint und dass die Pflegehelfer*innen in ihrer Professionalität subtil abgewertet werden. Gewiss ist unser Schulsample nicht repräsentativ, aber die Befragung streut über sämtliche Regionen des Landes Brandenburg. Ganz zufällig sind die Befunde also nicht.

Das ‚Bild der Pflegeassistenten‘ in den Kliniken. Auch das Kliniksample kann keine Repräsentativität für sich in Anspruch nehmen. Aber die Strategie des ‚theoretischen Sampling‘, knapp gesagt: einer möglichst kontrastreichen Zusammensetzung des untersuchten Samples, garantiert einen realitätsnahen Blick auf die Dynamiken im Feld der Klinik(en). Bei einer ersten Übersicht über die Platzierung der Expert*innenmeinungen überrascht – gerade im Vergleich zum Schulsample – ein bemerkenswertes Cluster im linken Bereich des mentalen Feldes (s. *Abb. 5* auf der Folgeseite).

⁹ Die Punkte repräsentieren die einzelnen Interviews der Expert*innen aus dem Schulsample. Ihre Platzierung im mentalen Feld der Pflege(assistenten) ist das Ergebnis eines ‚kommunikativen Validierungsprozesses‘, also eine durch Vergleich mit anderen Einzelfällen von einer Forscher*innengruppe vorgenommene Positionierung jedes Expert*inneninterviews im Spannungsfeld zwischen strategisch-medizinischen vs. ethisch-kommunikativen sowie konventionellen vs. avancierten Berufsorientierungen. Solche Platzierungen bleiben ‚naturgemäß‘ ein wenig ‚ungenau‘, aber sie geben in ihrer Gesamtheit doch einen durchaus nachvollziehbaren Eindruck von den Meinungsspannungen und den Orientierungsverdichtungen im untersuchten Feld.

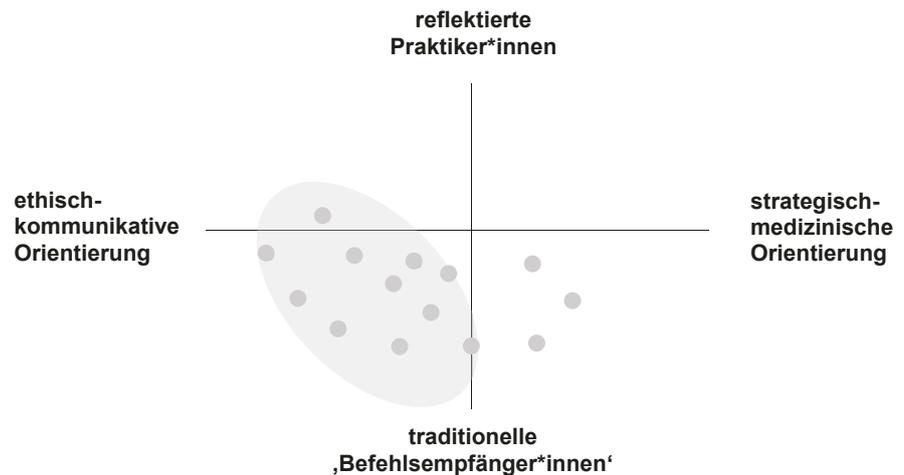


Abbildung 5: Das „mentale Feld“ der Klinik

Das identifizierte Cluster streut im linken unteren Segment des mentalen Feldes, d.h. das Bild der Pflegehilfe ist mehrheitlich außerordentlich freundlich und unterscheidet sich darin deutlich von dem Profil des Pflegehilfe-Images im Schulsample. Hervorgehoben werden Teamfähigkeit, Fleiß, Verlässlichkeit und kommunikative Kompetenz der Pflegeassistent*innen. Aber das Gesamtimage ist nach wie vor weit entfernt vom *Modernisierungspol* (‚reflektierte Praktiker*innen‘), d.h. die von einigen Sprecher*innen geforderte „*Gleichrangigkeit*“ des Berufsprofils bleibt vorläufig ein Desiderat.

Das ‚Bild der Pflegeassistenz‘ in den Pflegeheimen. Beim Blick auf das

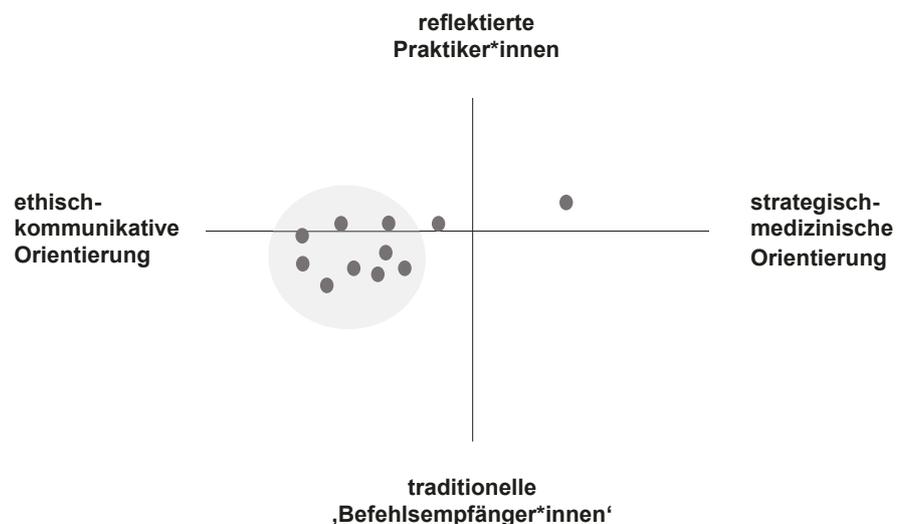


Abbildung 6: Das „mentale Feld“ des Pflegeheims

Meinungscluster im Pflegeheimsample identifizieren wir eine dritte Formation: Ähnlich wie beim Kliniksample liegt die Mehrzahl der Stimmen im linken Bereich des mentalen Feldes. Neu ist allerdings die vergleichsweise geringe Streuung der Einzelmeinungen (s. *Abb. 6* auf der Vorseite).

Wir beobachten also – anders als im Kliniksample – keine Streuung der Mehrheitsstimmen im linken unteren Segment des mentalen Feldes, sondern eine Verdichtung des Diskursclusters in der linken Mitte, relativ nah am ethisch-kommunikativen Pol, mit überraschend wenigen ‚Abweichungen‘. Die Wertschätzung der Pflegehilfe erscheint in diesem Sample noch positiver und die Teamkonstellation mit den Pflegefachkräften – von den wenigen Ausnahmen abgesehen – noch egalitärer und solidarischer zu sein.

Das ‚Bild der Pflegeassistenz‘ in der ambulanten Pflege. Eigentlich wäre die ambulante Pflege aufgrund des hohen Einsatzes von Pflegehelfer*innen bzw. Pflegeassistent*innen eine Art ‚Seismograph‘ für die Bedeutung der Pflegehilfe. In diesem Bereich sind vermutlich die meisten Pflegehelfer*innen/Pflegeassistent*innen tätig. Nach der Prognose der ‚Rothgang-Studie‘ (2020) soll insbesondere der Bedarf an Pflegehelfer*innen und Pflegeassistent*innen um ein hohes Maß erweitert werden, weshalb in der Untersuchung eine nähere Betrachtung auch in der ambulanten Pflege von besonderem Interesse wäre.

Tatsächlich ist der Forschungszugang zur ambulanten Pflege allerdings grundsätzlich komplizierter als zu den bisher vorgestellten Feldern. Und in der aktuellen ‚Covid-19-Krise‘ scheint er wegen der Überlastung der betroffenen Kolleg*innen praktisch ausgeschlossen. Das uns vorliegende qualitative Datenmaterial war deshalb begrenzt, und die vorsichtig konstatierten Befunde haben nur dort eine gewisse Plausibilität, wo sie strukturelle Übereinstimmungen zeigen, die von den bisher identifizierten Diskursclustern deutlich abweichen. Bei den fünf Einzeldaten, die uns vorlagen, zeigen sich zumindest in vier Fällen Strukturparallelen, die diskussionswürdig sind (s. *Abb. 7* auf der Folgeseite).

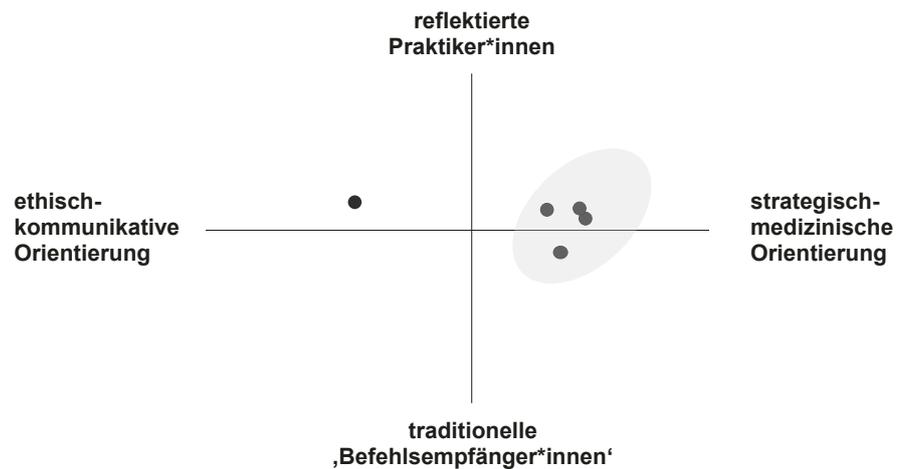


Abbildung 7: Das „mentale Feld“ der ambulanten Pflege

Die kleine ‚*Meinungs-Cloud*‘ im mittleren rechten Bereich des mentalen Feldes könnte auch dem Meinungscluster entsprechen, das bei einem größeren Sample entstanden wäre: Es geht um die Option einer *vorsichtigen Erweiterung* der medizinisch orientierten Kompetenzen der Pflegehilfe in der ambulanten Pflege. Dahinter steht nicht selten ein klares ökonomisches Kalkül. Interessanterweise kommt diese Option dem überraschenden Befund im Schulsample am nächsten. Das fünfte Einzelbeispiel, die Gründung einer Pflegeambulanz durch einen körperlich eingeschränkten Akteur – zunächst für sich selbst, dann erweitert für andere Personen in ähnlicher Lage – ist ebenso beispielhaft wie ungewöhnlich.

Tendenzen und Verdichtungen. Wir haben die qualitative Datenlage in den einzelnen Arbeitsfeldern der Pflegehilfe sorgfältig analysiert und Befunde entdeckt, die uns überrascht haben. Dazu gehört das ‚*Distanzierungscluster*‘ des Schulsamples im rechten unteren Segment des mentalen Feldes, d.h. die Mehrheit der von uns befragten Lehrerinnen und Lehrer an Pflege(hilfe)schulen vertreten ein ‚Bild‘ der Pflegehilfe, das (a) ausdrücklich die *Nachordnung* hinter die Fachpflege betont und (b) konsequenterweise eine stärkere Orientierung an *medizinischem Wissen* präferiert. Dass es ein *kontrastives Minderheitencluster* (besonders in Altenpflegeschulen) gibt, bei dem eine ethisch-kommunikative Orientierung des Pflegehilfebildes hervorgehoben wird, erscheint wichtig. Erstaunt hat beim Kliniksample die ausdrückliche *Betonung des kommunikativ-sozialen Kompetenzaspekts* der

Pflegehilfe. Hätte man doch gerade in der Klinik eine stärkere Orientierung am ‚Medizinpol‘ erwarten können. Die starke Verdichtung der Voten im *linken mittleren Bereich* des mentalen Feldes beim Sample *Pflegeheim* dagegen erschien uns weniger überraschend. Die Öffnung zum Medizinpol beim zahlenmäßig kleinen Mehrheitscluster der ambulanten Pflege war naheliegend und entspricht den Belastungssituationen im Feld. Der ‚Ausreißer‘ in das linke obere Segment des mentalen Feldes, die Hochwertung des Respekts- und Selbstbestimmungsmotivs in der Pflegehilfe bei der ambulanten Intensivpflege erschien als nachvollziehbares *Paradox*. Insgesamt ergibt sich daraus zunächst ein eher diffuses Bild der wechselnden Verdichtungen:

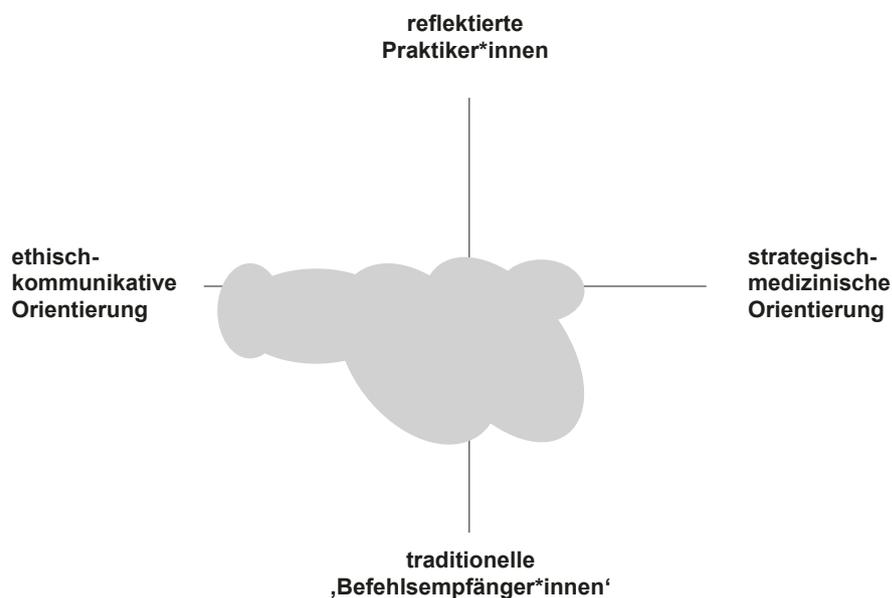


Abbildung 8: Das „mentale Feld“ der Pflegeassistenz I

Immerhin können wir im Bild der sich überlappenden Meinungscluster eine Verdichtung im mitte-linken unteren Bereich des mentalen Feldes ausmachen. Eine Vielzahl von Meinungsäußerungen trifft sich in der Kompetenzbeschreibung der Pflegeassistent*innen – von der zentralen Bedeutung der *Grundpflege* abgesehen – bei einem Kompetenzprofil, dessen Kern mit *kommunikativer Kompetenz* und *sozialer Sensibilität*, eindeutig weniger mit medizinischen Fertigkeiten zu tun hat. Hinzu kommen vergleichsweise affine ‚Subkompetenzen‘ wie *Teamfähigkeit*, *Kollegialität* und *Verlässlichkeit*. Einfacher gesagt: Wir identifizieren Kernkompetenzen der Pflegehilfe im Einflussbereich ethisch-kommunikativer Orientierung etwa in der Mitte zwischen

‚Traditionspol‘ (*traditionelle ‚Befehlsempfänger*innen‘*) und ‚Modernisierungspol‘ (*reflektierte Praktiker*innen*). Desiderate für eine Öffnung der Kernkompetenz gehen in zwei verschiedene Richtungen: (a) eine schwächere in Richtung des strategisch-medizinischen Pols. Hier geht es vor allem um Übernahme von Tätigkeiten, die bisher den Fachkräften vorbehalten sind (etwa subkutane Injektionen, z.B. das Insulin-Spritzen oder Medikamentengabe), was zweifellos Auswirkungen auf die Pflegehilfeausbildung haben müsste; (b) eine deutlichere Hinwendung zum *reflective practitioner* (Schön 1983) im linken oberen Feld des mentalen Raums, was mit einer Professionalisierung kommunikativ-empathischer Fähigkeiten einherginge. Während die erste Öffnung eher eine Entfernung von der identifizierten Kernkompetenz zur Folge hätte und zu einer Art ‚medizinische Hilfskraft light‘ führen würde, hätte die zweite Öffnung den Effekt, die Kernkompetenz zu *stabilisieren* und zu *vertiefen*. – Hier ist sowohl eine fachwissenschaftliche wie eine gesundheitspolitische Entscheidung gefordert (s. *Abb. 9*).

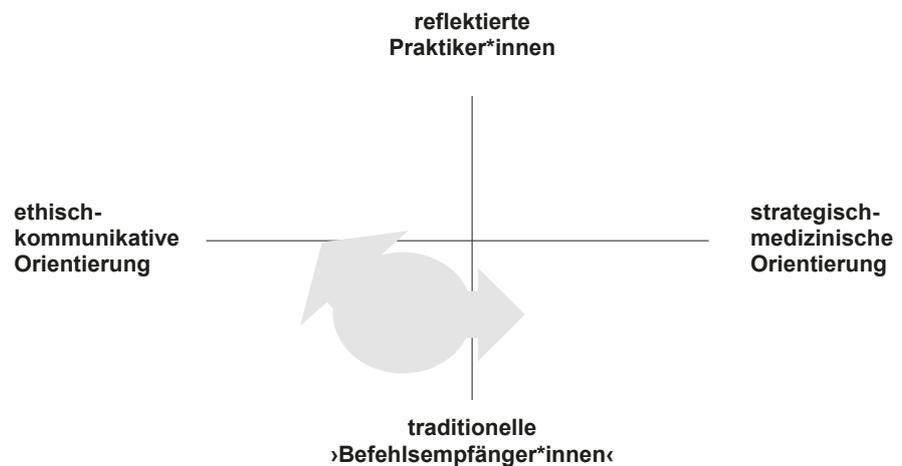


Abbildung 9: Das „mentale Feld“ der Pflegeassistenz II

Entscheidungen sind darüber hinaus in zwei eher konkreten Problembereichen zu treffen, die in den Expert*inneninterviews explizit angesprochen wurden:

- (1) Wie lange sollte die *Ausbildungsdauer* für die Pflegeassistenz sein?
- (2) Sollten sich die Ausgebildeten *Pflegehelfer*innen* oder *Pflegeassistent*innen* nennen?

Deutlich mehr als 80% der Befragten votierten für eine **zweijährige Ausbildung**. Nicht ganz so klar, aber über 70% fanden die Berufsbezeichnung **Pflegeassistent*innen** angemessener und wertschätzender.

Spannungen im mentalen Feld. Zusätzlich zu der Diskursanalyse wurde das Datenmaterial zur Rekonstruktion wichtiger ‚Akteursformen‘ genutzt, also von Protagonist*innen, die das Feld besonders prägen. Die vier entdeckten *Akteurstypen* sind zwar nicht repräsentativ für das mentale Feld der Pflegehilfe. Und doch machen sie – fast schärfer noch als die Diskursanalyse – deutlich, welche Spannungen, aber auch welche Potenziale in diesem Feld identifizierbar sind: Der Akteurstyp *ideale Helferin* steht für ein ‚Wissensuniversum‘ der Pflegehilfe, das vor allem denen zugänglich ist, die sich in ihm bewegen. Es ist eine Art *knowing-in-action*, wie Donald Schön (1983) es nennt, das oft implizit bleibt und denen verschlossen ist, die gleichsam nur von außen auf die Pflegehilfe blicken.

Das gilt etwa für den Akteurstyp *Pflegemanager*, dem bei der Pflegehilfe besonders der Unterschied zur Fachkraft auffällt, der an einer strengen Hierarchisierung der Pflegefunktionen festhält und den besonderen Charakter der Hilfefunktion (die *Nähe*-Dimension und die *Zeit*-Dimension im Pflegeprozess) aus den Augen verliert. Dies erscheint in dem dokumentierten Fall überraschend, weil der Protagonist selbst zehn Jahre als Pflegehelfer gearbeitet hat, sich dann jedoch erfolgreich weiterqualifiziert und schließlich in eine Leitungsfunktion einmündet. Die These ist nicht völlig abwegig, dass gerade der erfolgreiche berufliche Sozialisationsprozess ihn von jenem ‚Wissensuniversum‘ der Pflegehilfe entfernt hat.

Eine vergleichbare Beobachtung begleitet den Bildungsaufstieg des Akteurstyps *ambitionierte Lehrerin*. Auch die Repräsentantin dieses Typs erinnert sich zunächst sehr positiv an Erfahrungen mit einer Pflegehelferin während ihrer Zeit als Pflegeschülerin, in der sie sich nachdrücklich gegen eine Abwertung der Pflegehilfe wehrt. In ihrer Funktion als Schulleiterin rechtfertigt sie jedoch eine starre Klassifizierung der verschiedenen Pflegefunktionen und begründet sie mit einer eigenen ‚Theorie‘ der Verteilung von Begabungsreserven.

Der vierte Akteurstyp *Visionärin* schließt den Kreis und kehrt zurück zu den Hilferessourcen, die im ersten Fall mehr implizit als explizit entfaltet wurden. In dem dokumentierten Fall führen sie zu einer interessanten Kompetenztheorie und zum Entwurf der Idee einer *generalistischen Pflegehilfeausbildung*. Insgesamt wiederholen sich die Dynamiken des ‚Diskursraums‘: Eine Verdichtung der Argumentationscluster entsteht im linken mittleren Bereich des mentalen Feldes mit Öffnungen sowohl in das linke obere wie in das rechte mittlere Segment (s. *Abb. 10*).

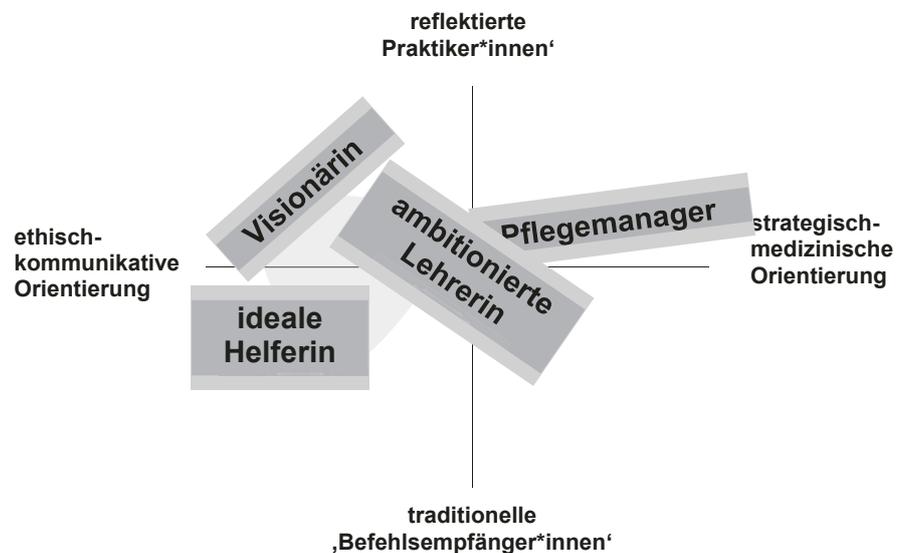


Abbildung 10: Die „Akteurstypen“ im mentalen Feld der Pflegehilfe

4.2 Aspekte beruflichen Handelns. Ethnographische Profile

Der Übergang von sprach- und diskursanalytischen Aufmerksamkeitsperspektiven zu teilnehmenden Beobachtungsformen ist notwendig, wenn empirische Aufklärung über berufliche Handlungskompetenzen gefordert ist. Kompetenz im Sinne von professioneller ›Könnerschaft‹ ist nicht einfach ein *Wissen über*, das *eins-zu-eins* ›gelehrt‹ werden könnte, sondern häufig ein verdecktes Wissen, das im beruflichen Erfahrungsprozess sukzessive aufgebaut wird und seinen Trägern nicht oder nicht mehr bewusst ist (vgl. Schön 1983, 1987).

Pflegeassistenz in den Kliniken. Auch die Ergebnisse der Beobachtungen eines Arbeitstages lassen sich als ›*ethnographische Profile*‹ im mentalen

Feld abbilden: Wir entdecken Aspekte impliziter Könnerschaft, die mit Schöns Begriff der *reflection-in-action* charakterisiert werden können und in den unteren Teil des linken oberen Segments des Mentalitätsraums gehören. Wir identifizieren die Kernaktivität in der *Grundpflege* – unabhängig davon, ob sie gelingt oder problematische Praktiken hervorbringt – wohl auch im linken Bereich des Feldes nahe der Mitte. Und wir sind konfrontiert mit einer mehr oder weniger geduldeten Alltagspraxis der *Übernahme* von Aktivitäten der Fachpflege, die eher in die Mitte des rechten Feldbereichs zu gehören scheinen – insgesamt also ein Cluster, das weit streut (s. *Abb. 11*).

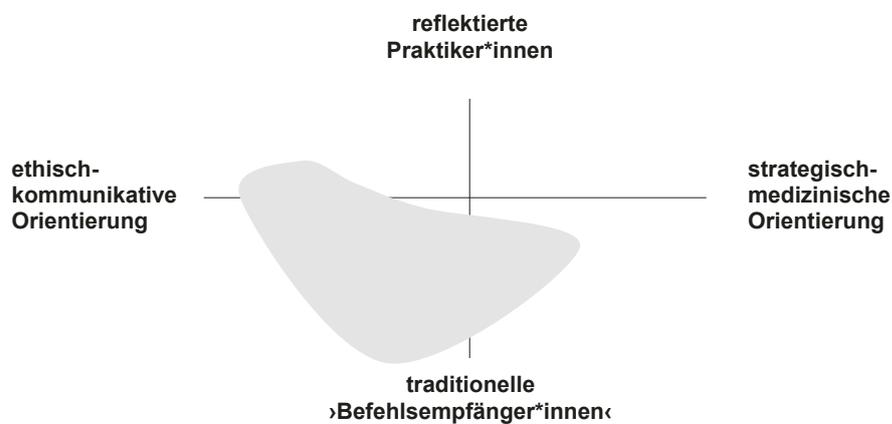


Abbildung 11: Ethnographisches Profil „Kliniken“

Pflegeassistenz in den Pflegeheimen. Das ethnographische Datenmaterial aus dem Pflegeheimsetting ist zweifellos weniger komplex als die Beobachtungen aus den Kliniken. Das hat durchaus mit der Unterschiedlichkeit der Settings zu tun. Während in der Klinik Szenen häufiger wechseln und Beziehungen zwischen Pflegehelfer*innen und Patient*innen eher kurzfristig angelegt sind, ist die stationäre Pflegebeziehung in der Langzeitpflege durch längere Zeitzyklen geprägt. Das hat einerseits den Effekt, dass zwischen Pflegehilfe und Klient*innen stabilere Beziehungen mit emotionaler Tiefe entstehen können, dass andererseits aber auch die Alltagsroutinen gleichsam ‚monotoner‘ werden und das Leben weniger abwechslungsreich erscheint als in der Klinik. Das Datenmaterial lässt sich deshalb nicht ganz so eindeutig nach den genannten Selektionskriterien ‚implizite Könnerschaft‘, ‚Defizite der Alltagspraxis‘ und ‚Ausdehnung der Kompetenzgrenzen‘ unterteilen.

Wie im Bereich der Klinik sind allerdings auch in der stationären Pflege Spuren jener *impliziten Könnerschaft* zu finden, die die Pflegeassistenz professionstheoretisch so interessant macht. Auch hier wird also ein Aspekt der Beruflichkeit berührt, der – nahe der *ethisch-kommunikativen Orientierung* in das linke obere Segment des mentalen Feldes zeigt. Anders als in der Klinik erscheint der Kernbereich der Grundpflege in der Langzeitpflege durchaus verbesserungsbedürftig und rutscht im mentalen Feld in die untere linke Hälfte ab. Öffnungen des Kompetenzrahmens blieben im Datenmaterial selten oder waren – wie im zuvor präsentierten Beispiel – in ein intaktes professionelles Selbstverständnis als Pflegeassistenz problemlos integrierbar.

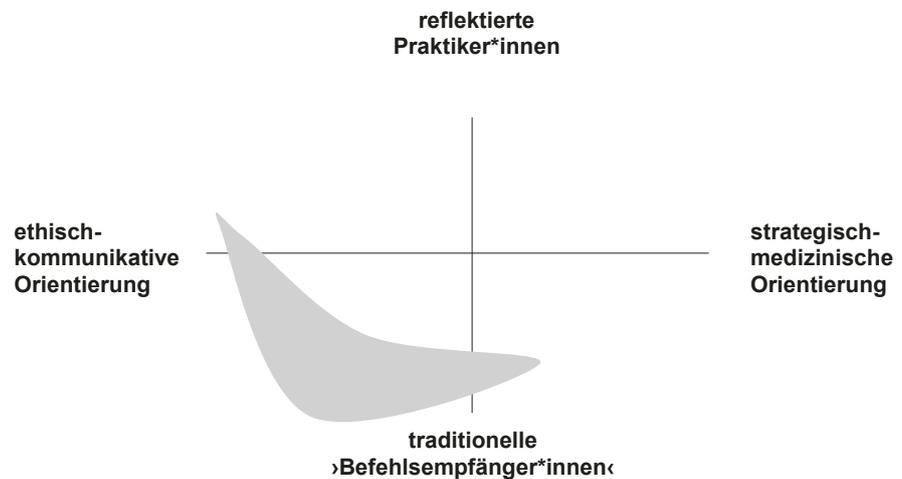


Abbildung 12: Ethnographisches Profil »Pflegeheime«

Pflegeassistenz in der ambulanten Pflege. Es wurde bereits angedeutet, dass der Zugang zur ambulanten Pflege komplizierter war als zu den Kliniken oder den Pflegeheimen, auch, dass das Covid-19-Virus zur Absage bereits verabreiteter Termine geführt hat. Das Datenmaterial, das uns aus dieser Professionsdomäne zur Verfügung steht, garantiert allenfalls ‚*episodische Evidenz*‘. Dennoch lohnt der vorsichtige Einblick in eine Realität der Pflegehilfe.

Nimmt man nur die wenigen Eindrücke, die wir in der ambulanten Pflegehilfe empirisch gewonnen haben, entsteht ein ethnographisches Profil im mentalen Feld, das sich deutlich von den beiden anderen Domänen unterscheiden

könnte. Mit großer Vorsicht kann – auf der Basis des schmalen Datenmaterials – gesagt werden, dass selbst in der ambulanten Pflege Dimensionen jener impliziten Könnerschaft nachzuweisen sind, die wir mit Schöns *reflection-in-action* assoziieren können. Aber der weitaus größere Teil der Pflegeaktivitäten scheint – schon aufgrund der Zeitvorgaben der Pflegekassen – eine reduzierte *Grundpflege* zu sein sowie ein deutlicher an Förderungsmöglichkeiten (SGB V-Bedingungen oder wechselnden Vorgaben der Arbeitsverwaltung) orientiertes ökonomisches Kalkül. Die Qualität der Pflegeassistenz ist dabei oft zweitrangig, droht abzurutschen in Richtung des Traditionspols des Feldes und entfernt sich eindeutig vom Pol *ethisch-kommunikative Orientierung*. (s. Abb. 13). Diese Situation würde die Pflegehilfe und ihr bis hierher identifiziertes Profil verändern. Und wenn es eines Arguments bedürfte, die Ausbildungsreformdiskussion in der Pflege auf die Pflegehilfeausbildung auszudehnen, läge hier der Fokus. Um es bildhaft zu sagen: Das Kompetenzprofil der Pflegeassistenz muss sich im mentalen Feld der Pflege *nach links-oben* entwickeln, unter keinen Umständen *nach rechts-unten*.

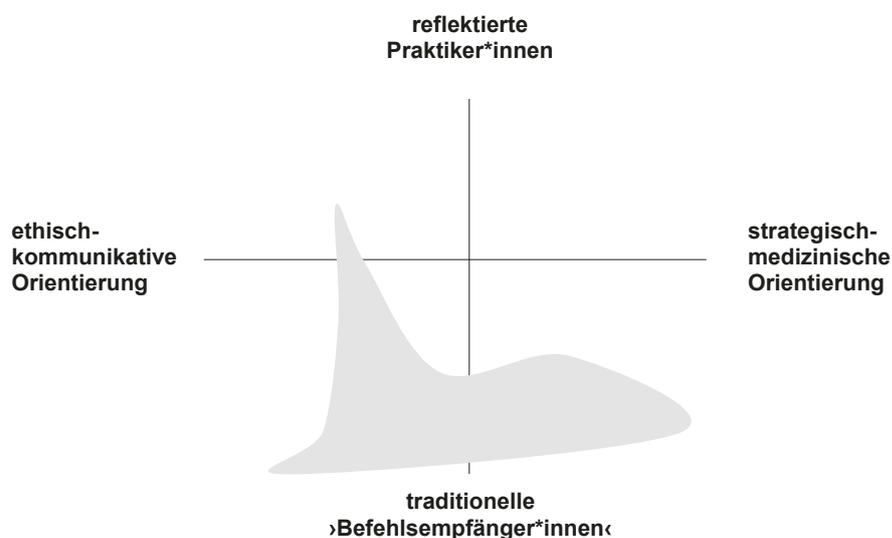


Abbildung 13: Ethnographisches Profil „ambulante Pflege“

Synchronisierung der wichtigsten Orientierungsbegriffe. Das folgende Bild gibt einen Eindruck über die wichtigsten in unserem Material identifizierbaren Begriffe zum Thema *Pflegeassistenz* und die Häufigkeit ihres Auftauchens (nachvollziehbar an der Buchstabengröße).



Abbildung 14: Auffällige „Begriffscluster“

4.3 Merkmale zur Bestimmung der Kernkompetenz

Die drei methodischen Perspektiven, die wir für eine Betrachtung der professionellen Realität der Pflegeassistenz im Land Brandenburg genutzt haben, koinzidieren in einer Vorstellung über die *Kernkompetenz* dieses Berufes, dessen Professionalisierung sich zweifellos noch in Entwicklung befindet: Es ist die Idee einer **personenzentrierten Grundpflege pflegebedürftiger Menschen**, deren Fokus nicht auf der ‚Versorgungsoberfläche‘ (Sander 2003), sondern auf der intensiven Verbindung, präziser noch: der *Integration* pflegerischer Aktivität und kommunikativer Sensibilität liegt. Die Positionierung in dem von uns als methodisches Instrument genutzten *mentalen Feld* macht dies anschaulicher: Es geht um einen Platz im Mentalitätsraum der Pflege, der im Einflussbereich *ethisch-kommunikativer Orientierung* liegt und sich zum Pol *reflektierter Praxis* hin öffnet. Sowohl die Diskurse der Expert*innen als auch die Akteursprofile und die ethnographischen Beobachtungen weisen mit deutlicher Tendenz in diese Richtung. Dabei sollen die Minderheitsvoten nicht ignoriert werden. Auch sie repräsentieren (z.B. ökonomische) Interessen und leistungsrechtliche Rahmenbedingungen, die möglicherweise den Minderheitenstatus sogar relativieren.

Entscheidend ist, dass wir uns noch einmal verdeutlichen, worum es bei dieser Kernkompetenz eigentlich geht und welche Operationalisierungen daraus folgen könnten. Dass Pflege mit Personen zu tun hat, erscheint selbstverständlich. Die Nähe von Pflege zu Körper und Leib wird uns gerade in der aktuellen Covid-19-Pandemie unmittelbar bewusst. Aber dass Pflege (und vor allem Pflegehilfe) mit *je konkreten* Menschen zu tun hat – Menschen, die aus einem bestimmten sozialen Umfeld kommen und eine jeweils eigene Lebensgeschichte mitbringen –, ist durchaus nicht selbstverständlich *gelebter* Grundbestand pflegerischen Wissens und Könnens. Diese Pflege setzt eine intuitive Reflexionsfähigkeit voraus, die auf Erfahrung aufbaut und die wir im Anschluss an Donald Schön als *reflection-in-action* bezeichnet haben (vgl. auch Müller & Hellweg 2013).

Und dabei geht es eben nicht um bloße ‚*Empathie*‘, die vorgeblich jede ‚einfache‘ Pflegehelferin bzw. jeder ‚einfache‘ Pflegehelfer sozusagen ‚von Haus

aus‘ mitbringt, sondern um eine Könnerschaft, die im jüngeren US-amerikanischen Diskurs als *compassion* bezeichnet worden ist (Gilbert & Choden 2013; Ricard 2013; Bloom 2016). Compassion schließt empathisches Mitgefühl ein, aber sie geht darüber hinaus. Sie beschreibt nicht nur die Fähigkeit, sich in das Leiden eines anderen hineinzusetzen, sondern auch die intuitive Kompetenz, damit *aktiv* umzugehen. Genau das ist es aber, wovon die in unserer Studie entdeckte Kernkompetenz der Pflegehilfe handelt: von der Fähigkeit, mit einem konkreten Menschen, der leidet, nicht nur ‚mitzuleiden‘, sondern mit pflegend-reflexiver Aktivität seine Autonomie zu fördern – so wie in einem von uns beobachteten Fall die Helferin die Klientin, deren Unterschenkel amputiert wurden, zur Selbsthilfe beim Ankleiden animiert und ihr genau dies nicht (empathisch) abnimmt.

Compassion, *aktive Zuwendung*, und Reflection-in-action, *intuitive Reflexion in der Pflegesituation*, die person- bzw. biographiesensibel wahrnimmt, nicht nur *welche* Pflegeaktivität die Autonomie der zu pflegenden Person stützen und fördern könnte, sondern auch *wie* gerade diese Person im Pflegeprozess angesprochen und behandelt werden muss, ist also der Schlüssel zu einem Kompetenzprofil, das im Folgenden differenzierter dargestellt werden soll. Davor steht allerdings noch eine konkrete Überlegung zur Berufsbezeichnung.

4.4 Berufsbezeichnung

In den Interviews fiel auf, dass weder die Expert*innen noch die Akteur*innen eine einheitliche Berufsbezeichnung verwendeten. Die Berufsgruppe wurde als „Helfer*in“, „Pflegehelfer*in“ und „Pflegeassistent*in“ bezeichnet, ohne sie von den Pflegenden aus dem Spektrum der Helfenden ohne staatliche Anerkennung (z.B. Pflegebasiskurs) abzugrenzen. Es erscheint uns deshalb notwendig, über eine angemessene und zukunftsbezogene Berufsbezeichnung nachzudenken. Wir plädieren für die Berufsbezeichnung ***Pflegfachassistentin/Pflegfachassistent***, da sich in diesem Begriff einige Ergebnisse unserer Forschung widerspiegeln. Während „Helfen“ sehr unspezifisch gebraucht wird, gibt „Assistenz“ eine berufliche Zielrichtung vor. Das Unspezifische wird in Äußerungen der Interviewpartner*innen offenbar: Pflegehelfer*innen wirken immer da, wo sie gerade gebraucht werden – unabhängig

davon, ob dies ihren Fähigkeiten entspricht, ihrem Berufsprofil immanent oder gesetzeskonform ist. Der Begriff „Assistenz“ impliziert die Anwesenheit von bzw. den unmittelbaren Bezug zu Pflegefachfrauen/Pflegefachmännern. Es wird hier also gleichzeitig die enge Zusammenarbeit von Pflegenden *im Grade- und Skillsmix* verdeutlicht. In unseren Interviews wurde zudem immer auf die Unabdingbarkeit der Fachlichkeit für die Berufsausübung im Allgemeinen und in der Pflege im Besonderen hingewiesen. Mit Fachlichkeit wird in Deutschland eine Expertise in einem bestimmten Feld verbunden, die primär durch eine berufliche oder akademische Ausbildung erworben wurde. Insofern verweist die Berufsbezeichnung *Pflegefachassistenz* darauf, dass die Trägerin/der Träger dieser Berufsbezeichnung seine/ihre berufliche Tätigkeit auf Grundlage einer beruflichen Handlungskompetenz ausübt, die in einer Ausbildung erworben wurde. Der Begriff der *Pflegefachassistenz* erleichtert darüber hinaus die Unterscheidung zu Qualifikationen in der Pflege, die ausschließlich auf Erfahrung oder nicht staatlich geregelten Aus- und Weiterbildungen beruhen.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich für das Kompetenzprofil der Pflegefachassistent*innen – nicht additiv, sondern ineinandergreifend – folgende Kompetenzbereiche:

- Pflegefachassistent*in sein;
- personen- und situationsbezogen kommunizieren;
- Menschen bei der Lebensgestaltung – auch in kritischen Lebenssituationen – lebensweltorientiert unterstützen;
- zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen;
- bei diagnostischen und therapeutischen medizinischen Maßnahmen mitwirken;
- in Akutsituationen sicher handeln;
- Hygiene und Sicherheit einhalten und umsetzen;
- Menschen in der letzten Lebensphase begleiten;
- im Team zusammenarbeiten;
- im Haushalt und im Wohnbereich unterstützen;
- bei Logistik und Arbeitsorganisation mitwirken.

Die Entwicklung des Kompetenzprofils erfolgte im Rahmen eines kommunikativen Aushandlungs- und Validierungsprozesses. Dazu sei angemerkt, dass nicht aus *einer* Interviewpassage oder *einer* Beobachtung *eine* Kompetenz abgeleitet wurde, sondern in einem gemeinsamen Interpretationsprozess wurden die Daten verdichtet und die Kompetenzen *ausgehandelt*. Das jeweilige Ergebnis wurde wiederum anhand der Daten überprüft. Die Erschließung des Kompetenzprofils war demnach eine ‚Hin- und Herbewegung‘ zwischen den Daten, den Interpretationen, den Positionen im mentalen Feld, dem Vorverständnis und der Kompetenz der Autor*innen, die identifizierten Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Haltung der Pflegefachassistent*innen in angemessene Begriffe zu fassen.

Beim Kompetenzprofil für die Pflegefachassistent*innen gehen wir davon aus, dass jeweils eine Pflegefachkraft darüber entschieden hat, ob eine Pflegesituation von einer Pflegefachassistentin bzw. einem Pflegeassistenten zu bewältigen ist. Leitende Kriterien für diese Entscheidung sind das Ausmaß an Verantwortung (Prozess- oder Durchführungsverantwortung), der Schwierigkeitsgrad, die Stabilität und die Standardisierung einer Pflegesituation. Wenn Pflegefachassistent*innen z.B. häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe in dauerhaften Pflegesituationen einschätzen, tun sie dies demnach nur in Situationen, die im Hinblick auf ihr Kompetenzniveau angemessen sind.

5 Das Kompetenzprofil von Pflegefachassistent*innen

5.1 Pflegefachassistent*in sein

Pflegefachassistent*innen

- verfügen über ein berufliches Selbstverständnis als Assistenzkräfte in der Pflege;
- verfügen über eine Vorstellung von „professioneller Pflege“ und welche Kernbereiche sie als Pflegeassistent*innen übernehmen;
- reflektieren den Einfluss der ambulanten und stationären Versorgungsbedingungen auf ihr pflegerisches Handeln;
- üben ihren Beruf unter Einbeziehung der gesetzlichen Vorgaben, ihrer Rechte und Pflichten als Pflegeassistent*innen aus;
- übernehmen Verantwortung für ihre persönliche Entwicklung als professionelle Pflegeassistent*innen;
- fordern kollegiale Beratung ein und nehmen sie an;
- sind für die Unterscheidung von Pflegesituationen nach den Kriterien Ausmaß an Verantwortung (Prozess- oder Durchführungsverantwortung), Schwierigkeitsgrad, Stabilität, Standardisierung sensibilisiert und wirken an der Feststellung der für sie zu bewältigenden Pflegesituationen und sonstigen Aufgaben mit;
- nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr, erkennen die veränderungsbedürftigen Bedingungen am Arbeitsplatz oder in ihren Kompetenzen und leiten daraus entsprechende Handlungsalternativen ab;
- gehen selbstfürsorglich mit sich um und tragen zu ihrer eigenen Gesunderhaltung bei;
- reflektieren ihre Kompetenzen in konkreten Pflegesituationen und gehen verantwortungsbewusst mit erkannten Grenzen der eigenen Fähigkeiten um;
- übernehmen die Durchführungsverantwortung für ihnen übertragene Aufgaben;

- verfügen über ausgewähltes Wissen zu gesamtgesellschaftlichen Veränderungen, ökonomischen, technologischen sowie epidemiologischen und demografischen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialsystem;
- verfügen über grundlegendes Wissen zur Gesetzgebung im Gesundheits- und Sozialbereich;
- verfügen über grundlegendes Wissen zu rechtlichen Zuständigkeiten und unterschiedlichen Abrechnungssystemen für stationäre, teilstationäre und ambulante Pflegesektoren.

5.2 Personen- und situationsbezogen kommunizieren

Pflegefachassistent*innen

- erkennen und reflektieren eigene Emotionen sowie Deutungs- und Handlungsmuster in der Interaktion;
- bauen kurz- und langfristige Beziehungen mit Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und ihren Bezugspersonen auf und gestalten sie wertschätzend, achtsam und kongruent;
- tarieren in der Pflegebeziehung professionelle Nähe und Distanz aus;
- erkennen grundlegende, insbesondere gesundheits-, alters- oder kulturbedingte Kommunikationsbarrieren und setzen unterstützende Maßnahmen ein, um diese zu überbrücken;
- reflektieren Asymmetrie und institutionelle Einschränkungen in der pflegerischen Kommunikation;
- reagieren auf unerwartete Situationen während der Pflegeinteraktion flexibel und angemessen;
- wenden Regeln der Kommunikation und Gesprächsführung im Pflegealltag und in der Zusammenarbeit im Team an;
- nutzen ihre Möglichkeiten zur Gestaltung von intensiven Gesprächssituationen aufgrund der Häufigkeit ihrer Nähe zu Menschen, die pflegebedürftig sind;
- integrieren Grundprinzipien ethischen Handelns in ihren Pflegealltag. In Grenzsituationen informieren sie die Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner;

- erkennen sich abzeichnende oder bestehende Konflikte mit zu pflegenden Menschen, wenden grundlegende Prinzipien der Konfliktlösung an und nutzen kollegiale Beratung;
- sind kritikfähig und geben Feedback;
- informieren Menschen aller Altersstufen zu gesundheits- und pflegebezogenen Fragestellungen und leiten bei der Selbstpflege insbesondere Bezugspersonen an;
- verfügen über kommunikative Strategien, sich Unterstützung in verschiedenen Settings einzuholen – z.B. durch Anrufe oder ‚Telenursing‘.

5.3 Menschen bei der Lebensgestaltung – auch in kritischen Lebenssituationen – lebensweltorientiert unterstützen

Pflegefachassistent*innen

- wirken an der Erhebung pflegerelevanter biographischer Informationen des zu pflegenden Menschen mit und berücksichtigen diese in der spezifischen Pflegesituation;
- berücksichtigen bei der Planung und Gestaltung von Alltagsaktivitäten die Bedürfnisse und Erwartungen, die kulturellen und religiösen Kontexte sowie die Lebens- und Entwicklungsphase der zu pflegenden Menschen;
- wahren das Selbstbestimmungsrecht des zu pflegenden Menschen, insbesondere auch, wenn dieser in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit eingeschränkt ist;
- wirken bei tagesstrukturierenden Maßnahmen mit;
- wirken bei sinnstiftenden Aktivitäten zur kulturellen Teilhabe, zum Lernen und Spielen mit und fördern damit die Lebensqualität der zu pflegenden Menschen;
- arbeiten mit Bezugspersonen der zu pflegenden Menschen, Laien und anderen Berufsgruppen zusammen;
- begleiten zu pflegende Menschen zu behördlichen und Arztterminen;
- verfügen über grundlegendes Wissen zu familiären Systemen und sozialen Netzwerken und schätzen deren Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem professionellen Pflegesystem ein;

- respektieren Menschenrechte, Ethikkodizes sowie religiöse, kulturelle, ethnische und andere Gewohnheiten von zu pflegenden Menschen in unterschiedlichen Lebensphasen;
- reflektieren konkurrierende ethische Prinzipien und unterstützen zu pflegende Menschen bei der selbstbestimmten Lebensgestaltung.

5.4 Zu pflegende Menschen in der Bewegung und Selbstversorgung unterstützen

Pflegefachassistent*innen

- wirken an der Organisation und Durchführung des Pflegeprozesses mit;
- wirken bei der Aufnahme und Entlassung von zu pflegenden Menschen aller Altersstufen mit;
- wirken an der Erhebung pflegebezogener Daten von Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen sowie zugehörigen Ressourcen und Widerstandsfaktoren mit und erklären sich die vorliegenden Daten anhand von grundlegenden pflegeberuflichen Erkenntnissen;
- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarf in unterschiedlichen Lebens- und Entwicklungsphasen in dauerhaften Pflegesituationen ein;
- unterstützen zu pflegende Menschen unter Einbeziehung ihrer Ressourcen insbesondere beim An- und Auskleiden, bei der Ernährung, beim Ausscheiden, bei der Körperpflege und beim Ruhen und Schlafen;
- schätzen Risiken zu pflegender Menschen mit Bewegungseinschränkungen systematisch personen- und umgebungsbezogen ein und führen in Absprache mit Pflegefachpersonen individuelle prophylaktische Maßnahmen durch;
- unterstützen zu pflegende Menschen unter Einbeziehung ihrer Ressourcen bei mobilitätsbezogenen Alltagsaktivitäten – insbesondere bei Positions- und Ortswechseln und hilfreichen Bewegungsabläufen – und folgen dabei Bewegungskonzepten;
- nehmen körperliche und seelische Veränderungen zu pflegender Menschen und eigene Unsicherheiten situativ wahr und richten ihr Handeln daran aus;

- führen Gewichts- und Größenkontrollen durch und schätzen die ermittelten Werte ein;
- dokumentieren durchgeführte Pflegemaßnahmen und Beobachtungen in der Pflegedokumentation auch unter Zuhilfenahme digitaler Dokumentationssysteme;
- beziehen Angehörige in ihre pflegerische Versorgung von Menschen aller Altersstufen ein;
- nehmen Hinweiszeichen auf mögliche Gewaltausübung wahr und geben entsprechende Beobachtungen weiter;
- reflektieren ihr pflegerisches Handeln kritisch und ziehen daraus Konsequenzen für ihr zukünftiges Handeln;
- integrieren grundlegende Anforderungen der Qualitätssicherung in ihr Pflegehandeln.

5.5 Bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mitwirken

Pflegefachassistent*innen

- wirken entsprechend den rechtlichen Bestimmungen an der Durchführung ärztlich veranlasster Maßnahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen des erarbeiteten Kenntnisstandes mit;
- assistieren Pflegefachpersonen bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen;
- beobachten die mit einem medizinischen Eingriff verbundenen Pflegephänomene und Komplikationen und geben die Beobachtungen weiter;
- wirken an diagnostischen Maßnahmen mit:
 - ermitteln bei zu pflegenden Menschen die Vitalwerte (Blutdruck, Puls, Körpertemperatur, Atmung) kriteriengeleitet und schätzen die ermittelten Werte ein;
 - führen auf Anweisung von Pflegefachpersonen Blutzuckerkontrollen durch;

- wirken an therapeutischen Maßnahmen mit:
 - führen auf Anweisung von Pflegefachpersonen subkutane Injektionen durch;
 - verabreichen auf Anweisung von Pflegefachpersonen Augen- und Ohrentropfen/-salben;
 - führen auf Anweisung von Pflegefachpersonen Einreibungen mit Externa durch;
 - verteilen und verabreichen auf Anweisung von Pflegefachpersonen orale Medikamente;
 - verabreichen auf ärztliche Anordnung medizinischen Sauerstoff;
 - diskonnektieren in Absprache mit Pflegefachpersonen während pflegerischer Tätigkeiten vorübergehend Infusionen bzw. entfernen Infusionen mit selbstverschließenden Sicherheitsventilen;
 - wirken bei der Kompressionstherapie mit;
 - führen auf Anweisung von Pflegefachpersonen bei zu pflegenden Menschen Verbandswechsel bei aseptischen, primär heilenden Wunden durch;
- übernehmen die Durchführungsverantwortung für übernommene Aufgaben.

5.6 In Akutsituationen sicher handeln

Pflegefachassistent*innen

- erkennen lebensgefährdende Situationen im außerklinischen Umfeld und leiten bis zum Eintreffen von Rettungskräften lebensrettende Sofortmaßnahmen ein;
- erkennen lebensgefährdende Situationen im stationären Umfeld und leiten bis zum Eintreffen von Pflegefachpersonen lebensrettende Sofortmaßnahmen ein.

5.7 Einhalten und Umsetzen von Hygiene und Sicherheit

Pflegefachassistent*innen

- halten die Vorschriften der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes ein;
- wenden die Hygienestandards und Hygienerichtlinien der unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereiche an;
- setzen Maßnahmen zur Unfallverhütung um;

- wenden die Richtlinien der Patientensicherheit in verschiedenen pflegerischen Versorgungsbereichen an.

5.8 Menschen in der letzten Lebensphase begleiten

Pflegefachassistent*innen

- schätzen häufig vorkommende Pflegeanlässe und Pflegebedarfe von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihren Bezugspersonen ein;
- wirken an der Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen aller Altersgruppen mit und respektieren dabei deren spezifische körperliche und spirituelle Bedürfnisse;
- begleiten den Trauerprozess von Bezugspersonen empathisch und kongruent;
- versorgen verstorbene Menschen würdevoll.

5.9 Im Team zusammenarbeiten

Pflegefachassistent*innen

- übernehmen die Durchführungsverantwortung für die ihnen übertragenen Tätigkeiten und holen gegebenenfalls Hilfe von Fachpersonen ein;
- nehmen an Dienstbesprechungen teil und informieren fachgerecht über ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen zu den von ihnen gepflegten Menschen;
- sind sich der Bedeutung von Abstimmungs- und Koordinierungsprozessen in qualifikationsheterogenen Teams bewusst und grenzen die jeweils unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche begründet voneinander ab;
- beteiligen sich an Teamentwicklungsprozessen und gehen im Team wertschätzend miteinander um.

5.10 Im Haushalt und im Wohnbereich unterstützen

Pflegefachassistent*innen

- unterstützen den zu pflegenden Menschen beim Vor- und Nachbereiten der Mahlzeiten;
- unterstützen zu pflegende Menschen bei der Pflege von Wohnbereich, Pflanzen und Tieren;
- übernehmen Einkäufe des täglichen Bedarfs bzw. unterstützen zu pflegende Menschen bei diesen;
- unterstützen zu pflegende Menschen beim Reinigen von Kleidung und Haushaltswäsche;
- wirken bei der Vor- und Nachbereitung der Räumlichkeiten für Aktivitäten mit.

5.11 Bei Logistik und Arbeitsorganisation mitwirken

Pflegefachassistent*innen

- wirken an der Beschaffung und Bereitstellung von Material mit;
- wirken an der Terminierung und Koordination von Untersuchungen und Transporten mit;
- beteiligen sich an der Organisation der Ablaufgestaltung.

Literatur

- Alheit, P. (2010): Die Bedeutung qualitativer Ansätze in der Sozialforschung. In: Christian Barthel & Christian Lorei (Hrsg.), Empirische Forschungsmethoden. Eine praxisorientierte Einführung für die Bachelor- und Masterstudiengänge der Polizei. Frankfurt am Main: Verlag für Polizeiwissenschaft, 39-65.
- Alheit, P. & Paul, M. (2019): Der „Generalistik-Diskurs“ im Feld der Pflege im Land Brandenburg. Eine qualitative Studie zur Vorbereitung eines innovativen curricularen Entwicklungsprozesses für die reformierte Pflegeausbildung. Teil II: Mixed Methods-Ansatz. Senftenberg: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg.
- Alheit, P., Bernateck, K. & Herzberg, H. (2019): Vorstudie zur Akzeptanz der Etablierung des professionellen Profils einer „Community Nurse“ im Land Brandenburg (Schriftenreihe des Instituts für Gesundheit, Bd. 1), Senftenberg: BTU Cottbus-Senftenberg.
- Alheit, P. & Herzberg, H. (2021): Das „mentale Feld“ als Forschungstool der qualitativen Pflegeforschung. In: Sabine Ursula Nover & Birgit Panke-Kochinke (Hrsg.), Qualitative Pflegeforschung. Eigensinn, Morphologie, Gegenstandsangemessenheit. Baden-Baden: Nomos, 345-358.
- Altmeppen, S. (2017): Schulnahe curriculare Entwicklung durch Berufsfeldanalysen. URL: <http://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2017/dokumente/praesentationen/Altmeppen-Sandra---Schulnahe-curriculare-Entwicklung-durch-Berufsfeldanalysen.pdf> (Zugriff: 06.08.2019).
- ASMK - Arbeits- und Sozialministerkonferenz (2012): Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege. 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012. Ergebnisprotokoll.
- BAnz - Bundesanzeiger AT, 17.02.2016, B3: Bekanntmachung der von der 89. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2012 und der 86. Gesundheitsministerkonferenz 2013 als Mindestanforderungen beschlossenen „Eckpunkte für die in Länderzuständigkeit liegenden Ausbildungen zu Assistenz- und Helferberufen in der Pflege“ vom 29. Januar 2016.
- Bensch, S. (2018): Funktioniert Pflege als Add-On-Ausbildung? In: Pflegezeitschrift, 71 (10), 46-49.
- Bloom, P. (2016): Against Empathy. The Case for Rational Compassion. New York: HarperCollins.
- Bourdieu, P. (1987): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Darmann-Finck, I. (2010a): Interaktion im Pflegeunterricht: Begründungslinien der Interaktionistischen Pflegedidaktik. Frankfurt: Peter Lang.
- Darmann-Finck, I. (2010b): Eckpunkte einer Interaktionistischen Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, R.; Fichtmüller, F. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik – Eine Einführung. Weinheim, München 13-55.

- Darmann-Finck, I.; Baumeister, A. (2017): Qualifikationsmix in der stationären Krankenpflege. Einsatzpotenziale für Pflegehelferberufe, in: BWP - Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 2017 (1), 16-19.
- Darmann-Finck, I., Baumeister, A. & Greiner, A.-D. (2016): Projektbericht „Qualifikationsmix in der stationären Versorgung im Krankenhaus“. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP).
- DQR – Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) (2010): Expertenvotum zur zweiten Erarbeitungsphase des Deutschen Qualifikationsrahmens. Einführung. Berlin.
- Dütthorn, N., Walter, A. & Arens, F. (2013): Was bietet die Pflegedidaktik? Ein Analyseinstrument zur standortbestimmenden Untersuchung pflegedidaktischer Arbeiten. In: Padua, 8 (3), 168-175.
- Ertl-Schmuck, R. (2010): Subjektorientierte Didaktik. In: Ertl-Schmuck, R.; Fichtmüller, F. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik – Eine Einführung. Weinheim, München, 55-87.
- EU – European Union (2018): Core Competences of Healthcare Assistants in Europe (CC4HCA). An exploratory study into the desirability and feasibility of a common training framework under the Professional Qualifications Directive. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Europäische Kommission (2008): Europäischer Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Brüssel.
- Fichtmüller, F. & Walter, A. (2007): Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V&R. unipress.
- Flick, U. (2004): Triangulation. Eine Einführung, Wiesbaden: VS.
- Flick, U. (2009): An Introduction to Qualitative Research. London: Sage.
- Friesacher, H. (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Pflegewissenschaft und Pflegebildung, Band 002, Osnabrück: V&R unipress.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2013/2016): Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser - Qb-R. Regelungen gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. Fassung vom: 16.05.2013. Letzte Änderung: 21.07.2016. Online: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1235/Qb-R_2016-07-21_iK_2016-08-06.pdf (Zugriff am 15.09.2016).
- Gilbert, P. & Choden, (2013): Mindful Compassion. London: Robinson.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967): The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research, Mill Valley: The Sociology Press.
- Greb, U. (2010): Die pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, R.; Fichtmüller, F. (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik – Eine Einführung. Weinheim, München: Juventa, 124-163.

- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns, 2 Bde., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Herzberg, H. & Bernateck, K. (2017): Caring Communities. Hintergrundstrukturen „sorgender Gemeinschaften“. In: Neue Praxis 1/2017, 39-54.
- Herzberg, H. et al. (2017): Ressourcen, Potenziale und Blockaden des „dritten Sozialraums“ in zwei ländlichen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Überlegungen zu einem Konzept „sorgender Gemeinschaften“. In; Zeitschrift für Sozialpädagogik, 3/2017, 248-272.
- Herzberg, H., Walter, A. & Alheit, P. (2019): Der „Generalistik-Diskurs“ im Feld der Pflege im Land Brandenburg. Eine qualitative Studie zur Vorbereitung eines innovativen curricularen Entwicklungsprozesses für die reformierte Pflegeausbildung, Senftenberg: Brandenburgische Technische Universität Cottbus-Senftenberg.
- Jong, A. de & Landenberger, M. (2005): Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M. et al. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Hannover: Schlütersche, 111-137.
- Jürgensen, A. (2019): Pflegehilfe und Pflegeassistenz – Ein Überblick über die landesrechtlichen Regelungen für die Ausbildung und den Beruf. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Knoblauch, H. (2001): Fokussierte Ethnographie. Soziologie, Ethnologie und die neue Welle der Ethnographie. In: Sozialer Sinn, 1, 123-141.
- Lehmann, Y. & Behrens, J. (2016): Akademisierung der Ausbildung und weitere Strategien gegen Pflegepersonalmangel in europäischen Ländern. In: Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Herausgegeben von Klaus Jacobs, Adelheid Kuhlmeier, Stefan Greß, Jürgen Klauber & Antje Schwinger. Stuttgart: Schattauer, 51-71.
- Lehmann, Y. et al. (2014): Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Bonn/Berlin: BMBF.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009): Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S. et al. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Opladen: VS Verlag, 35-60.
- Müller, K. & Hellweg, S. (2013): Wertschätzungserleben von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Pflege. Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben Pro-Wert-Produzentenstolz durch Wertschätzung. Teilvorhaben Pflegewissenschaft. Bielefeld: Fachhochschule der Diakonie (www.prowert.fh-diakonie.de).
- Muths, S. & Darmann-Finck, I. (2013): Aufgaben von Pflegeassistent/innen im Rahmen abgestufter Qualifikationen. In: bwp@ Spezial 6 – Hochschultage Berufliche Bildung 2013, Fachtagung 14, hrsg. v. Darmann-Finck, I. et al., 1-18. URL: http://www.bwpat.de/ht2013/ft14/muths_darmann-finck_ft14-ht2013.pdf (Zugriff: 16. 8.2019).

- OdA (Organisation der Arbeitswelt) Santé (2012): Schweizerische Bildungssystematik Gesundheit. URL: https://www.bzgs.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/Berufliche_Grundbildung/Bildungssystematik_Gesundheit.pdf (Zugriff am 15.09.2016).
- ÖGKV – Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2014): Nachrichten aus dem Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV). Ausbildungsreform der Gesundheits- und Krankenpflege. In: pro care, 09/2014, 2.
- Ricard, M. (2013): Altruism. The Power of Compassion to Change Yourself and the World. New York: Little, Brown and Company.
- Rothgang, H. et al. (2020): Zweiter Zwischenbericht des Projekts ›*Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach quantitativen und qualitativen Maßstäben gemäß § 113e SGB XI (PeBeM)*‹, Bremen: Universität Bremen.
- Sander, K. (2003): Biographie und Pflege. In: Schneider, K. et al. (Hrsg.), Pflegepädagogik für Studium und Praxis. Berlin et al.: Springer, 35-56.
- Schneider, K., Kuckeland, H. & Hatziliadis, M. (2019): Berufsfeldanalyse in der Pflege. Ausgangspunkt für die curriculare Entwicklung einer generalistisch ausgerichteten Pflegeausbildung. In: Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 115 (1), 6-38.
- Schön, D.A. (1983): The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action, Aldershot: Ashgate.
- Schön, D.A. (1987): Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions. San Francisco: Jossey Bass.
- Smilde, R. et al. (2019): If Music Be the Food of Love, Play on. Meaningful Music in Healthcare. Utrecht: Eburon.
- Strauss, A.L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink.
- Strauss, A.L. & Corbin J. (1990): Grounded Theory Research: Procedures, Canons and Evaluative Criteria. In: Zeitschrift für Soziologie, 19, 418-427.
- Walter, A. (2013). Schulnahe Curriculumentwicklung. In: Ertl-Schmuck, R. & Greb, U. (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim, München: Juventa, 124-151.
- Walter, A. (2015). Der phänomenologische Zugang zu authentischen Handlungssituationen – ein Beitrag zur empirischen Fundierung von Curriculumentwicklungen. In: bwp@Spezial 10 – Berufsbildungsforschung im Gesundheitsbereich, hrsg. v. Weyland, U. et al., 1-22. URL: http://www.bwpat.de/spezial10/walter_gesundheitsbereich-2015.pdf (Download: 19.11.2015).

NEKSA

b-tu Brandenburgische
Technische Universität
Cottbus · Senftenberg

Das Projekt Neksa wird gefördert durch das Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg.



LAND
BRANDENBURG

Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Integration
und Verbraucherschutz

Brandenburgische Technische Universität Cottbus - Senftenberg
IKMZ - Universitätsbibliothek

978-3-940471-73-4

www.b-tu.de