

DOI: 10.5771/0342-300X-2024-2-131

Verbesserte Ausbildungsbedingungen in der Pflege?

Auswirkungen des Pflegeberufgesetzes auf die Praxisanleitung im Krankenhaus

Die Qualifikationsanforderungen in Pflegeberufen steigen infolge des demografischen und epidemiologischen Wandels. Den dadurch drohenden Kompetenzdefiziten sollte im Jahr 2020 mit der Einführung des Pflegeberufgesetzes begegnet werden. Ziel war unter anderem eine Stärkung der Praxisanleitung, um die Unterstützung und Betreuung der Auszubildenden zu verbessern. Dieser Beitrag zeigt anhand einer Fallstudie, dass die gesetzlichen Regelungen in der Praxis unter Bedingungen von Personalmangel und Zeitdruck jedoch kaum eingehalten werden können. Um die Qualität der Pflegeausbildung zu garantieren, bedarf es weitreichender struktureller Änderungen auf Ebene der Organisation.

STEFAN BÄR, VERONICA E. STEINWEG, DOMINIK DAUNER

1 Einleitung

Die Arbeits- und Ausbildungsbedingungen in der Pflege sind seit Jahrzehnten ein Problem, das nach Lösungen verlangt (vgl. Bartholomeyczik 1993; Marrs 2007; Nock et al. 2013). Auf der einen Seite erfordern demografischer und epidemiologischer Wandel Anpassungen der Versorgungskonzepte und Qualifikationsprofile, auf der anderen Seite bedarf es hierzu einer hinreichend großen Anzahl an professionell Pflegenden. Die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen gelten als belastend (vgl. Bär/Starystach 2017; Starystach et al. 2023) und die Fachkräftesituation ist durch einen besorgniserregenden Mangel gekennzeichnet. Auch die Ausbildungsbedingungen stehen unter anderem im Rahmen von sogenannten Pflegestreiks schon länger in der Kritik und waren Gegenstand von Verhandlungen über Entlastungstarifverträge in der Pflege. Um die praktische Ausbildung zu verbessern, wird gefordert, die Arbeitsbedingungen in der Pflege generell zu verbessern, etwa durch die Einigung auf eine Aktualisierung der Personalschlüssel und die automatische Entlastung durch freie Tage beim Unterschreiten dieser Personalschlüssel (vgl. Charité 2021; Uniklinik Köln 2022).

Vor diesem Hintergrund wurde die Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland neu geregelt. Seit Januar 2020 ersetzt das Pflegeberufgesetz (PflBG) die bisherigen Al-

ten- und Krankenpflegegesetze. Es vereint die drei grundständigen Ausbildungen der Alten-, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege zu einer dreijährigen generalistischen Pflegeausbildung (vgl. Lukuc 2021, S. 19). Diese soll die Auszubildenden dazu qualifizieren, Patient*innen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen pflegen zu können (vgl. BIBB 2020). Weitere Ziele sind ein einheitliches Berufsbild zur Attraktivitätssteigerung (vgl. DPR 2021, S. 68), optimierte Patientenversorgung sowie flexiblere Personaleinsatzmöglichkeiten (vgl. Lukuc 2021, S. 19).

Gleichzeitig wurde mit der Veränderung der Pflegeausbildung befürchtet, dass gesteigerte Kompetenzerwartungen den sogenannten Praxisschock, der aus dem Spannungsverhältnis zwischen theoretisch Erlerntem und praktisch Anwendbarem resultiert (vgl. Twenhöfel et al. 2020, S. 107), verstärken könnten. Denn das in der Pflegeschule theoretisch Gelernte kommt in der Praxis unter Bedingungen von Zeitdruck und Personalmangel zum Einsatz (vgl. Burkhardt 2019, S. 23). Dies widerspricht einer idealistischen Vorstellung vom Berufsfeld und kann zu Desillusionierung (vgl. Killmer 1999, S. 64) und in der Folge zu Ausbildungsabbrüchen führen (vgl. Twenhöfel et al. 2020). Als ein weiterer Grund für Ausbildungsabbrüche gelten unzureichende strukturelle Rahmenbedingungen in der Ausbildung wie ein Mangel an Praxisanleiter*innen in den praktischen Ausbildungseinrichtungen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2021; DPR 2021, S. 68).

Die besondere Aufgabe von Praxisanleiter*innen besteht darin, Auszubildende während ihrer praktischen Tätigkeiten vor Ort im Rahmen ihrer Ausbildung zu unterstützen und zu betreuen. Sie befinden sich damit unmittelbar an der Schnittstelle zwischen Ausbildung und Versorgung. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung wurde daher auch versucht, das Tätigkeitsfeld der Praxisanleitung zu stärken (vgl. Twenhöfel et al. 2020, S. 107), indem die Anforderungen angehoben und die Bestimmungen, wie Praxisanleitung zu gewährleisten ist, konkretisiert wurden. In der neuen Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV), die die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes im Detail regelt, wurde dazu festgelegt, dass zehn Prozent der praktischen Ausbildung unter geplanter und strukturierter Praxisanleitung erfolgen müssen (vgl. § 4 Abs. 1 PflAPrV). Zusätzlich wurde das erforderliche Qualifikationsniveau von Praxisanleiter*innen durch die Voraussetzung „eine[r] berufspädagogische[n] Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 300 Stunden“ (§ 4 Abs. 3 PflAPrV) erhöht. Alle Praxisanleiter*innen müssen darüber hinaus eine „kontinuierliche berufspädagogische Fortbildung im Umfang von mindestens 24 Stunden jährlich gegenüber der zuständigen Behörde“ (ebd.) nachweisen.

Aus Krankenhausmanagementsicht kommt der Praxisanleitung insbesondere in großen Einrichtungen im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung eine wesentliche Bedeutung zu (vgl. Lukuc 2021). Es gibt bislang jedoch keine empirischen Erkenntnisse darüber, wie Krankenhäuser mit der Reform umgehen, wie sich Praxisanleitung unter den Regelungen der Generalistik gestaltet und welche Effekte die Reform auf die praktische Ausbildungssituation hat. Die hier vorgestellte Fallstudie in einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit angeschlossener Bildungseinrichtung nähert sich daher diesem Gegenstand systematisch unter qualitativen Gesichtspunkten an und liefert dazu erste Erkenntnisse mit einem Fokus auf der Intensivpflege.

2 Daten und Methode

Wir haben im Rahmen unserer Fallstudie zwischen November 2021 und Januar 2022 17 leitfadengestützte Experten- und problemzentrierte Interviews (vgl. Liebold/Trinczek 2009, S. 33; Witzel 1985) geführt. Die Zusammenstellung des Samples erfolgte kriteriengeleitet (vgl. Akremi 2014, S. 271f.), sodass für die Fallstudie unterschiedliche Akteure beider Einrichtungen (Krankenhaus und Fachschule) mit Nähe zur Praxisanleitung analytisch in den Blick genommen werden konnten. Konkret abgedeckt wurden (zum Teil mehrfach) die Positionen Pflegedirektion, Pflegedienstleitung, Schulleitung, Bereichsleitung,

Stationsleitung, Kursleitung Intensiv-Weiterbildung, Praxisanleitung (mit und ohne Freistellungsanteil), Lehrkraft für Pflegeberufe, Fachpflegekraft für Intensivpflege, Pflegekraft, Weiterbildungsteilnehmende und Auszubildende in der Pflege.

Die Interviews wurden sowohl fallimmanent als auch vergleichend ausgewertet. Hierzu diente uns die Sequenzanalyse, die es erlaubt, auf die jeweiligen kollektiven Sinnstrukturen (vgl. Reichertz 1986, S. 155) bei den Befragten zu schließen und dabei analytisch auf deren eigene Position zu rekurrieren (vgl. hierzu Oevermann et al. 1979; Kleemann et al. 2013, S. 112ff.).

Im Folgenden analysieren wir das besondere Spannungsfeld, in dem sich sowohl die Praxisanleitenden als auch die Auszubildenden befinden, und gehen dabei auch der Frage nach, wie sie mit den teils widersprüchlichen Anforderungen im Rahmen der praktischen Ausbildung umgehen.

3 Ergebnisse

3.1 Praxisanleitende

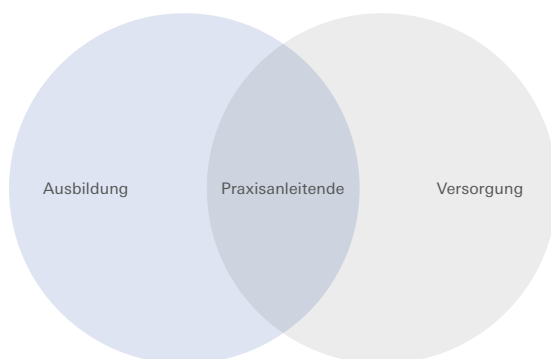
Mit der Einführung des Pflegeberufgesetzes wird das Ziel verfolgt, die Praxisanleitung als „[w]esentliche[n] Bestandteil der praktischen Ausbildung“ (§ 6 (3) PflBG) zu stärken. Aufgrund ihrer zentralen Bedeutung gilt die Praxisanleitung auch als „Königsdizziplin der neuen Ausbildung“ (Lukuc 2021, S. 19). Die Praxisanleitung ist auf der von uns untersuchten Intensivstation besonders relevant, da sich hier im Gegensatz zu sogenannten Normalstationen Patient*innen in kritischen und lebensbedrohlichen Zuständen mit einem entsprechend komplexen Versorgungsbedarf befinden, wofür eine große Menge an spezifischem Fachwissen und praktischem Know-How vermittelt werden muss. Die Interviewten am untersuchten Krankenhaus nehmen diese Schlüsselposition ebenfalls wahr. Den Praxisanleitenden wird eine besondere Relevanz im Überschneidungsbereich zwischen Ausbildung und Versorgung zugeschrieben (*Abbildung 1*): „Die haben eine ganz, ganz große Bedeutung. Das sind genau die Menschen, die Schnittstelle sind zwischen der Theorie und der Praxis.“ (I1, Leiterin der Weiterbildung)¹ – wobei die fachschulische Ausbildungsseite und die Versorgungsseite hier mit der üblichen Begriffspaarung Theorie und Praxis bezeichnet werden.

Am untersuchten Krankenhaus wird zwischen hauptamtlichen und nicht hauptamtlichen (sog. stationären) Praxisanleitenden differenziert. Erstere sind für die Erfül-

¹ Die Zitate wurden an manchen Stellen sprachlich geglättet, ohne den Sinn des Gesagten zu verändern.

ABBILDUNG 1

Praxisanleitende im Überschneidungsbereich der Aufgabenfelder von Ausbildung und Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

WSI Mitteilungen

lung ihrer Aufgabe mit größeren Stellenanteilen (50 % und mehr) freigestellt und nicht im regulären Stationsdienst eingeplant. Letztere werden lediglich mit geringen Stundenanteilen (ein bis zwei Tage pro Monat) für ihre Aufgaben ausgestattet und vollumfänglich in den Dienstplänen vorgesehen. Da in der Intensivpflege praktisch jedoch keine hauptamtlichen Praxisanleitenden eingesetzt werden, handelt es sich im Folgenden um die Wahrnehmungen stationärer Praxisanleitender, welche hierarchisch der Stationsleitung nachgeordnet sind (vgl. I2, stellvertretende Stationsleiterin).

Dass es die zentrale Aufgabe der Praxisanleitenden ist, „die Auszubildenden schrittweise an die Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann heranzuführen“, wie es formal in der PflAPrV (§ 4 (1)) heißt, wird auch von den Befragten so gesehen. Sie sollen zwischen Theorie und Praxis vermitteln, indem sie dafür sorgen, dass das in der Ausbildung vermittelte theoretische Wissen so weit wie möglich in den Stationsalltag übertragen werden kann:

„Die Lücke zu schließen. [...], dass man einerseits versucht, das, was in der Theorie gelernt wird, als richtig darzustellen und ihnen eine Möglichkeit zu zeigen, wie man das auch in die Praxis, unter Zeitmangel, [...] transferieren kann.“

(I3, Bereichsleiter)

Mit ihren Aufgaben im Bereich der praktischen Ausbildung sind Praxisanleitende im Kontext der Patientenversorgung tätig. Damit befinden sie sich an der Schnittstelle zweier unterschiedlicher Aufgabenfelder: der Ausbildung und der Versorgung. Sie müssen in dieser doppelten Funktion sowohl dem Ziel der Ausbildung als auch dem Ziel der Versorgung gerecht werden. In der Regel nehmen

die befragten Praxisanleitenden beide Ziele als gleichrangig wahr (I4, Praxisanleiterin). Diese Orientierung steht jedoch teilweise im Widerspruch zur inneren Ordnung des Krankenhauses, welche durch eine Dominanz des Versorgungsziels charakterisiert ist. Das zeigt sich auf der Intensivstation deutlicher als auf Normalstationen, da erstere systematisch von Notfällen, unvorhergesehenen Krankheitsverläufen und Komplikationen gekennzeichnet sind und daher die Versorgung oftmals eine Frage von Leben und Tod darstellt. Die Dominanz der Versorgung gegenüber der Ausbildung kann dazu führen, dass die Praxisanleitenden ihre Freistellungsanteile für die Praxisanleitung nicht wie vereinbart einhalten können. Da sie der am Versorgungsziel orientierten Stationsleitung unterstellt sind, werden sie bei Personalengpässen in der Patientenversorgung eingesetzt:

„Da haben wir noch einen Mitarbeiter, den brauchen wir jetzt gerade, um am Bett zu arbeiten. Und dann wird der eingesetzt, anstatt anzuleiten. Dann hat man schon mal mehr Patienten abgedeckt und versorgt.“

(I2, stellvertretende Stationsleiterin)

Zusätzlich wird problematisiert, dass der Anteil an Freistellung für die vorhandenen Praxisanleitenden generell zu gering ausfalle (I4, Praxisanleiterin). Praxisanleitende ohne Freistellung haben in ihrer regulären Arbeitszeit häufig gar keine Zeit, die Anleitung durchzuführen (I2, stellvertretende Stationsleiterin; I1, Leiterin der Weiterbildung). So heißt es von einem ehemaligen Praxisanleiter:

„Die größte Herausforderung auf der Intensiv als Praxisanleiter war eigentlich immer: ‚Okay, wie schaffe ich es, mir Zeit freizuschaukeln, um eben diese Praxisanleitung durchzuführen?‘ Das ist oft so das Erste, was auch tatsächlich hinten runtergefallen ist, wenn es Personalknappheit gab.“

(I5, Praxisanleiter)

Das hat am untersuchten Krankenhaus zur Folge, dass die im Pflegeberufegesetz (§ 6 (3)) vorgeschriebene „Praxisanleitung im Umfang von mindestens 10 Prozent der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit“ durch Personen mit der „Befähigung zur Praxisanleitung oder zum Praxisanleiter“ (§ 4 (2) PflAPrV) nicht immer eingehalten werden kann (I2, stellvertretende Stationsleitung). So müssen in der Folge auch Pflegekräfte ohne Weiterbildung diese Aufgabe übernehmen, was sowohl aufseiten der Anleitenden als auch aufseiten der Auszubildenden als negativ bewertet wird (I4, Praxisanleiterin; I6, Auszubildende). Müssen Pflegekräfte ohne Weiterbildung eine Praxisanleitung übernehmen, wird diese Aufgabe als zusätzliche Belastung empfunden:

„Ich erlebe es oft in der Praxis, dass es als Last empfunden wird, dass man dann eine Zusatzarbeit hat, mit jemandem, der nicht weiß, was er zu tun hat.“

(I7, Fachweiterbildungsteilnehmer)

Hinzu kommt, dass der Fachkräftemangel die Situation

der Praxisanleitenden auf unterschiedliche Weise verschärft. Erstens gebe es generell zu wenig Praxisanleitende (I6, Auszubildende). Zweitens führe er dazu, dass die Anteile an Freistellung nicht erhöht werden können (I2, stellvertretende Stationsleitung; I4, Praxisanleiterin). Drittens verschärfe er das Problem, dass die bestehenden Anteile an Freistellung nicht eingehalten werden können, da Anleitende im Falle von Personalmangel in der Patientenversorgung eingesetzt werden (I4, Praxisanleiterin).

Diese Umstände werden von den Praxisanleitenden zwar problematisiert, jedoch gibt es keine systematische Bearbeitung dieser Problemlage auf Ebene des Krankenhauses. Stattdessen ist der Umgang damit den Praxisanleitenden selbst überlassen, weshalb die Qualität der Praxisanleitung nach Einschätzung der Auszubildenden stark von der Einzelperson abhängt (I6, Auszubildende). Insgesamt konnten drei Modi des Umgangs identifiziert werden, wie Praxisanleitende diese Herausforderungen handhaben.

Ein erster Handlungsmodus besteht darin, die Anleitung nach der regulären Arbeitszeit als Überstunden zu leisten (I4, Praxisanleiterin). Eine zweite Strategie ist es, die Praxisanleitung parallel zu den eigenen Aufgaben in der Versorgung durchzuführen, was jedoch potenziell deren Qualität beeinträchtigt. So beschreibt eine Auszubildende die Situation: „Es gibt manche Kollegen, das ist halt so, die machen ihr Ding und man läuft mit und guckt sich Sachen an.“ (I6, Auszubildende) Drittens gibt es Hinweise darauf, dass die Praxisanleitenden mittels informeller Kommunikation die Problemlagen im Überschneidungsbereich von Ausbildung und Versorgung situativ aushandeln:

„Da treffen wir uns spontan, sicher intern so vier Mal im Jahr und sagen: ‚Was gibt es für uns Neues? Was müssen wir beachten? Wie läuft es mit der Einarbeitung? Müssen wir irgendwo nacharbeiten? Reichen diese drei Monate für den Einzelnen aus? Oder müssen wir das erweitern?‘ Also da treffen wir uns schon viel öfter, weil wir einfach sagen, im normalen Alltag geht das unter.“ (I4, Praxisanleiterin)

Eine institutionalisierte Form der Problemlösung konnten wir nicht beobachten. Das gilt auch in Bezug auf die vorgeschriebene Aufgabe der Praxisanleitenden, „die Verbindung mit der Pflegeschule zu halten“ (§ 4 (1) PflAPrV). Auch hier findet die Kommunikation informell durch Eigeninitiative der Praxisanleitenden statt: „Ich habe jetzt Kontakt zu einer ehemaligen Kollegin, die Lehrerin für Pflegeberufe geworden ist, aber ansonsten erfährt man nichts von der Schule.“ (I4, Praxisanleiterin)

Zusammenfassend zeigt sich, dass die Bearbeitung der Herausforderungen, die sich im Rahmen der Praxisanleitung ergeben, nicht strukturell bzw. organisational erfolgt, sondern an die Praxisanleitenden selbst delegiert wird. Sie sind dazu gezwungen, den Umgang mit unterschiedlichen Zielen – Ausbildung und Versorgung – individuell, spontan und informell auszuhandeln.

3.2 Auszubildende und Weiterbildungsteilnehmende

Dies hat auch Auswirkungen auf die anzuleitenden Auszubildenden sowie die Teilnehmenden der Fachweiterbildung zur Intensivpflege. Analog zu den Praxisanleitenden müssen auch sie den Zielen der Ausbildung und der Versorgung gleichermaßen gerecht werden. Die Auszubildenden müssen zum einen das theoretische Wissen erlernen und praktische Aufgaben nach theoretischen Maßstäben ausführen, um die Prüfungen zu bestehen. Zum anderen werden sie auf den Stationen, bedingt durch den Fachkräftemangel, bereits als Arbeitskräfte wahrgenommen und annähernd wie Vollausbildete eingesetzt (I2, stellvertretende Stationsleiterin; I6, Auszubildende). Die Weiterbildung in der Anästhesie- und Intensivpflege wird berufsbegleitend absolviert, sodass sich die Teilnehmer*innen neben dem Versorgungsanspruch bei der regulären Stationsarbeit auch am Ausbildungsanspruch orientieren. Sie werden dabei ungeachtet ihres Status als Weiterzubildende als Vollzeitbeschäftigte angesehen und nehmen sich auch selbst als solche wahr (I4, Praxisanleiterin; I5, Praxisanleiter; I7, Weiterbildungsteilnehmer).

Die gleichzeitige Orientierung an den Zielen von Versorgung und Ausbildung steht, wie auch bei den Praxisanleitenden, teilweise in Widerspruch zur Ordnung auf der Station, die die Ziele der Versorgung favorisiert. Dies führt dazu, dass die Anzuleitenden in der Praxis lernen müssen, Abstriche von der theoretisch gelehnten optimalen Pflege zu machen, um den Anforderungen der Versorgung gerecht werden zu können (I7, Weiterbildungsteilnehmer; I6, Auszubildende). Dieser „Praxischock“ (vgl. Twenhöfel et al. 2020, S. 107) betrifft neben den Auszubildenden auch die Weiterbildungsteilnehmenden sowie die Berufseinsteiger*innen. Zentral ist hierbei, dass die Akteure den Umgang mit dem Praxischock, also die Transferleistung der Theorie in den praktischen Stationsalltag, selbst leisten müssen (I5, Praxisanleiter), weil die Praxisanleitung nicht immer im festgelegten Umfang und mit entsprechender Qualität durchgeführt werden kann.

Es lassen sich dabei zwei Modi des Umgangs erkennen. Ein erster ist das selbstständige Abwägen, ob und inwiefern Abstriche vom Gelernten gemacht werden können, um dem Ziel der Versorgung gerecht werden zu können. Ein weiterer ist das eigenständige Lernen außerhalb der vorgesehenen Arbeits-, Aus- und Weiterbildungszeiten, um im praktischen Stationsalltag anschlussfähig zu sein (I6, Auszubildende). Beides reproduziert die bestehende Dominanz des Versorgungsanspruchs.

Es zeigt sich also für Auszubildende und Weiterbildungsteilnehmende, dass durch die Herausforderungen und Einschränkungen der Praxisanleitung der Umgang mit der Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis und demnach das Spannungsverhältnis von Ausbildung und Versorgung individuell ausgehandelt werden müssen.

4 Diskussion und Fazit

Die dargestellten Befunde zu den möglichen Auswirkungen des Pflegeberufgesetzes auf die Praxisanleitung im Krankenhaus illustriert, dass sich Änderungen auf regulativer Ebene nicht unmittelbar in Änderungen der bestehenden Ordnung übersetzen. Zwar zeigt die Untersuchung, dass die Interviewten die Praxisanleitung als „[w]esentliche[n] Bestandteil der praktischen Ausbildung“ (§ 6 (3) PflBG) verstehen und ebenso mit der formulierten Aufgabenbeschreibung übereinstimmen, die Praxisanleitung diene dazu, „die Auszubildenden schrittweise an die Wahrnehmung der beruflichen Aufgaben als Pflegefachfrau oder Pflegefachmann heranzuführen“ (§ 4 (1) PflAPrV). Allerdings ist zu bezweifeln, dass sich jene kognitiv geteilten Wahrnehmungen tatsächlich auf die Einführung des Pflegeberufgesetzes zurückführen lassen. Denn der Praxisanleitung wurde bereits zuvor eine besondere Relevanz in der Berufsausbildung zugeschrieben, auch wenn sie damals nicht so umfangreich geregelt war (vgl. Drude 2021, S. 42). Dieser Befund überrascht also nicht.

Auf der Ebene der Organisation ist hingegen evident, dass sich veränderte Regulation nicht unmittelbar in Strukturen institutionalisiert. So gelingt es auf der untersuchten Intensivstation nicht regelmäßig, dass eine ausreichend qualifizierte Person die Praxisanleitung im vorgeschriebenen Umfang durchführt. Die Erklärung hierfür ist, dass sich die bestehende Ordnung auf der Intensivstation, die die Versorgung gegenüber der Ausbildung priorisiert, ungeachtet der Einführung des Pflegeberufgesetzes als rigide und persistent erweist. Im Zweifelsfall werden Praxisanleitende in der Versorgung und nicht in der Praxisanleitung eingesetzt. Dasselbe gilt auch für die Auszubildenden und Weiterbildungsteilnehmenden, was die Qualität der Praxisanleitung zusätzlich beeinträchtigt. Dieses Ergebnis bestätigt die wenigen Arbeiten, die sich derzeit dem Thema widmen (vgl. ebd.).

Vor diesem Hintergrund werden Forderungen nach mehr Freistellung für die Praxisanleitenden laut, weil ansonsten die Praxisanleitung „zum Scheitern verurteilt“ (ebd.) sei. Dass in der Praxis jedoch nicht mehr Freistellungen erfolgen, ist in erster Linie dem Fachkräftemangel geschuldet. In Deutschland waren im Jahr 2021 etwa 8000 Stellen in der Intensivpflege unbesetzt, was einem Anteil von 12 % an vakanten Stellen entspricht (vgl. Hett/Retzar 2022). Zugleich stieg seit der im Jahr 2019 beginnenden „Ausbildungsoffensive Pflege“ die Zahl der Auszubildenden in der Pflege zunächst zwar an. Während es 2017/2018 insgesamt 50 494 Ausbildungsanfänger*innen gab, waren es im Jahr 2020 bereits 57 294 (vgl. Auth 2022, S. 5). Aktuelle Zahlen für das Jahr 2022 zeigen jedoch, dass die Zahl der Eintritte in die Pflegeausbildung auf 52 100 zurückgegangen ist (vgl. Statistisches Bundesamt 2023).

Der Pflegenotstand vor Ort und die schwankenden Ausbildungszahlen machen deutlich, dass die gesetzgeberisch formulierte Forderung nach zehn Prozent Praxisanleitung mit der aktuellen Situation in den Krankenhäusern nur schwer vereinbar ist.

Ob und inwieweit die Ergebnisse unserer Fallstudie verallgemeinerbar sind, muss weitere Forschung zeigen. Es ist denkbar, dass ähnliche Effekte auf Intensivstationen in anderen Krankenhäusern zu beobachten sind, welche ebenfalls vom Fachkräftemangel betroffen sind. Eine offene Frage bleibt, wie das Verhältnis von Ausbildungs- und Versorgungsanspruch auf Normalstationen, wo Praxisanleitung teils mit vollständiger Freistellung realisiert wird, ausgestaltet ist und wie dort das Problem des Praxischocks moderiert wird.

Der Praxisanleitung kommt eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen Ausbildung und Versorgung zu, welche jedoch ohne entsprechende strukturelle Stärkung mit unzureichender Autonomie und begrenzten Handlungsspielräumen konfrontiert ist (vgl. Bär et al. 2022). Aktuell wird der Umgang mit den Herausforderungen der Praxisanleitung an die Anleitenden selbst delegiert und damit individualisiert. Aus unserer Analyse ziehen wir den Schluss, dass die Stärkung der Praxisanleitung einer strukturellen Verankerung in der Organisation bedarf, um der gesetzlichen Vorgabe kurz- und langfristiger besser gerecht werden zu können. Ein erster Schritt in diese Richtung könnte sein, Praxisanleitung aus der Hierarchie zu lösen und organisational neu, beispielsweise über eine zentrale Stabsstelle, aufzustellen, um ihr autonome Handlungsspielräume für ihre zentralen Aufgaben zu verschaffen. Die Institutionalisierung einer Stabsstelle für Praxisanleitung hätte den Effekt, dass die nicht hauptamtlichen Praxisanleitenden für ihren Anteil an Freistellung an eine zentrale Stelle angegliedert würden. Damit würden die Tage der Freistellung nicht mehr im Dienstplan erscheinen, womit die Einhaltung der Freistellungsanteile sichergestellt werden könnte. Gleichzeitig stellt der Aufbau einer solchen Stabsstelle einen umfangreichen organisationsstrukturellen Eingriff dar, der zwar die Sichtbarkeit und den Stellenwert von Praxisanleitung erhöhen kann, aber gleichzeitig eine rasche Etablierung unwahrscheinlich macht. So hat eine neue organisationale Zuordnung von Praxisanleitenden einerseits Einfluss auf die Personalbudgetierung und kann andererseits die Personalsituation und -planung auf den Stationen weiter verschärfen. Es gibt jedoch bereits erste Krankenhäuser, die diesen Weg gehen (vgl. Uniklinik RWTH Aachen 2023), und es ist eine empirische Frage, ob diese Maßnahme sich im Sinne des Pflegeberufgesetzes positiv auf das Ausbildungsgeschehen im Pflegeberuf auswirkt. ■

LITERATUR

- Akreml, L.** (2014): Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung, in: Baur, N. / Blasius, J. (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Wiesbaden, S. 265–282
- Auth, D.** (2022): Pflegenotstand in Deutschland?, in: Bundeszentrale für politische Bildung: Pflegenotstand, Themenblätter im Unterricht, 132, https://www.bpb.de/medien/756306/bpb_TB_132_Pflegenotstand_BF.pdf (letzter Zugriff: 21.11.2022)
- Bär, S. / Starystach, S.** (2017): Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspflege. Ein (institutionen-)theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse der Organisation Krankenhaus, in: Soziale Welt 68 (4), S. 385–404
- Bär, S. / Starystach, S. / Bratan, T. / Thorpe, D. / Dauner, D. / Fröhlich, J. / Almeida, A. / Weissenberger-Eibl, M.** (2022): Neue Rolle an der Schnittstelle Versorgung – Ausbildung, in: Pflegezeitschrift 75 (11), S. 50–54
- Bartholomeyczik, S.** (1993): Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus, in: Badura, B. (Hrsg.): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim/München, S. 83–99
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung)** (2020): Flyer Pflegeausbildung aktuell, <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/download/16799> (letzter Zugriff: 19.01.2022)
- Burkhardt, B.** (2019): Auszubildende zwischen Anspruch und Wirklichkeit, in: PflegeZeitschrift 72 (8), S. 23–25
- Charité** (2021): Charité und ver.di einigen sich auf Tarifvertrag zur Entlastung der Beschäftigten, https://www.charite.de/service/pressemitteilung/artikel/detail/charite_und_verdi_einigen_sich_auf_tarifvertrag_zur_entlastung_der_beschaeftigten (letzter Zugriff: 21.11.2022)
- Deutsches Ärzteblatt** (2021): Immer mehr Auszubildende brechen Pflegeausbildung ab, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120683/Immer-mehr-Auszubildende-brechen-Pflegeausbildung-ab> (letzter Zugriff: 19.01.2022)
- DPR (Deutscher Pflegerat)** (2021): Der Newsletter des DPR, in: Heilberufe 73, S. 65–69, DOI: 10.1007/s00058-021-2079-z (letzter Zugriff: 07.11.2023)
- Drude, C.** (2021): Pflegebildung 2021: Blickpunkt Generalistik, in: PflegeZeitschrift 74 (10), S. 40–42
- Hett, M. / Retzar, K.** (2022): DKG: 12 Prozent der Pflegefachstellen auf Intensivstationen unbesetzt, <https://www.nd.de/politik/dkg-personalmangel-bei-pflegefachkraeften-in-kliniken-2021-zugespitzt-D5K7HOUWPJGI5FZIDREREKGMUY.html> (letzter Zugriff: 21.11.2022)
- Killmer, C.** (1999): Burnout bei Krankenschwestern. Zusammenhänge zwischen beruflichen Belastungen, beruflichen Kontrollbestrebungen und dem Burnout-Phänomen, Münster
- Kleemann, F. / Krähnke, U. / Matuschek, I.** (2013): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung in die Praxis des Interpretierens, Wiesbaden
- Liebold, R. / Trinczek, R.** (2009): Experteninterview, in: Stefan, K. / Strotholz, P. / Taffertshofer, A. (Hrsg.): Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und qualitative Methoden, Wiesbaden, S. 32–56
- Lukuc, S.** (2021): Generalistik: Ausbildung mit hohem Aufwand, in: PflegeZeitschrift 74 (10), S. 19–21
- Marrs, K.** (2007): Ökonomisierung gelungen, Pflegekräfte wohlauf?, in: WSI-Mitteilungen 60 (9), S. 502–507, https://www.wsi.de/data/wsimit_2007_09_marrs.pdf
- Nock, L. / Hielscher, V. / Kirchen-Peters, S.** (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck. Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe. Hans-Böckler-Stiftung: Arbeitspapier No. 296, Düsseldorf
- Oevermann, U. / Allert, T. / Kronau, E. / Rambeck, J.** (1979): Die Methodologie einer objektiven Hermeneutik und ihre allgemein forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften, in: Soeffner, H. (Hrsg.): Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften, Stuttgart, S. 352–433
- Reichert, J.** (1986): Probleme qualitativer Sozialforschung: Zur Entwicklungsgeschichte der objektiven Hermeneutik, Frankfurt a. M.
- Starystach, S. / Dauner, D. / Bär, S.** (2023): Testing the Stress of Higher Status Hypothesis. Variation of Occupational Stress among Physicians and Nurses at a German University Hospital, in: PLOS One, DOI: 10.1371/journal.pone.0284839
- Statistisches Bundesamt** (2023): 7% weniger neue Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2022, Pressemitteilung Nr. 295 vom 27. Juli 2023, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/07/PD23_295_212.html (letzter Zugriff: 17.08.2023)
- Twenhöfel, R. / Machl, V. / Memmel, D.** (2020): Praxisschock, Demotivation und Ausbildungsabbruch? Organisationserfordernisse an der Schnittstelle von schulischer und praktischer Ausbildung in der Pflege, in: PADUA 15 (2), S. 107–112

Uniklinik Köln (2022): Ende der Streiks an den NRW-Unikliniken in Sicht, <https://www.uk-koeln.de/de/uniklinik-koeln/aktuelles/detailansicht/ende-der-streiks-an-den-nrw-unikliniken-in-sicht> (letzter Zugriff: 21.11.2022)

Uniklinik RWTH Aachen (2023): Stabsstelle Weiterentwicklung und Koordination. Praxisanleitung in der Pflege, <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/pflegedienst/pflegewissenschaft/stabsstelle-weiterentwicklung-und-koordination-praxisanleitung-in-der-pflege> (letzter Zugriff: 17.08.2023)

Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim, S. 227–255

AUTOR*INNEN

STEFAN BÄR, PD Dr., Wissenschaftler am Max-Weber-Institut für Soziologie an der Universität Heidelberg, Mitglied der Forschungsstelle Heidelberg Research Center for Law, Society and Institutions (HCLSI) und der Heidelberg Research Group for Organization Studies (heiGOS). Arbeitsschwerpunkte: Medical Organization Studies, Krankenhaussoziologie und Wandel des Gesundheitssystems.

@ stefan.baer@mwi.uni-heidelberg.de

VERONICA E. STEINWEG, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Max-Weber-Institut für Soziologie an der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkte: Organisations- und Medizinsoziologie, empirische Wirkungsmessung von Gesetzen.

@ veronica.steinweg@mwi.uni-heidelberg.de

DOMINIK DAUNER, M.A., wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Weber-Institut für Soziologie an der Universität Heidelberg. Forschungsschwerpunkte: Organisations- und Medizinsoziologie.

@ dominik.dauner@mwi.uni-heidelberg.de