

Begleitmaterialien zur modularisierten und kompetenzorientierten Weiterbildungskonzeption für Praxisanleiter/innen im Rahmen des BeDiQUAPP-Projekts

ein Kooperationsprojekt zwischen der
Technischen Universität Dresden
und dem
DRK Bildungswerk Dresden

Leitung des Projekts:

Prof'in Dr. Roswitha Ertl-Schmuck

Wissenschaftliche Mitarbeiter/in:

Lisa Schaller, Martin Fritzenwanker

Kooperationspartner DRK Bildungswerk Dresden

Leitung: Anja Gräbert

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

Peggy Schubert

Erstellt von Prof'in Dr. Roswitha Ertl-Schmuck

Dresden, 18.02.2021

**Dieses Dokument ist vertraulich zu behandeln
und ist nicht zur Weitergabe bestimmt!**

Gefördert durch:

STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES
UND GESELLSCHAFTLICHEN
ZUSAMMENHALT



INHALT

1. Zielsetzung der Begleitmaterialien	2
2. Theoretischer Begründungsrahmen	2
2.1. Kompetenzorientierung	3
2.2. Curriculare Systematisierungsprinzipen	5
2.3. Handlungstheoretische Begründungslinien	6
2.4. Subjektorientierung	10
2.5. Bildungsverständnis	11
2.6. Lernen	11
2.7. Zusammenfassung	14
3. Module	15
3.1. Modulelemente	15
3.2. Modulübersicht	18
4. Handlungssituationen	19
5. Ausblick	60
Literatur	60

1. Zielsetzung der Begleitmaterialien

In dem Projekt zum Förderprogramm “Berufspädagogisch-Didaktische Qualifizierungsinitiative für praxisanleitendes Personal in Gesundheitsfachberufen (BeDiQUAPP)” wird gemäß der Ausschreibung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz die Praxisanleiter/innenqualifizierung für die Berufsgruppen der Notfallsanitäter/innen, der Pflegeberufe und der Physiotherapie fokussiert. Es ist ein gemeinsames Projekt der TU Dresden, Professur für Gesundheit und Pflege/Berufliche Didaktik und dem Bildungsträger des Deutschen Roten Kreuzes mit dem Standort Dresden. Beide zeichnen sich durch langjährige Expertisen im Bereich der Lehrer/innenbildung und der Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Berufen Notfallsanitäter/innen, Physiotherapeut/innen und in der Pflege aus.

Die Zielsetzung des Projekts besteht darin, eine kompetenzorientierte und modularisierte Weiterbildungskonzeption für Praxisanleiter/innen zu erarbeiten und in einem Pilot-Lehrgang zu erproben und zu evaluieren. Inzwischen ist das Projekt abgeschlossen (Januar 2021) und die erarbeiteten Module wurden erprobt und evaluiert. In der Evaluation zeigte sich, dass die Arbeit mit dem neuen Curriculum sowohl für Lehrende als auch für die Teilnehmer/innen im Pilot-Lehrgang eine Herausforderung darstellt, zugleich aber auch lohnenswert ist, da Praxisbezüge und die Kompetenzentwicklung in den Vordergrund rücken. Weiterbildungsinhalte, die an Handlungssituationen gebunden werden, waren für die Teilnehmer/innen im Pilot-Lehrgang besser verstehbar.¹

Curriculare Arbeit und jegliche Bildungsplanung bedarf der wissenschaftlichen Legitimierung (vgl. Robinsohn 1967; Greb 2013, S. 14). Die folgende Ausarbeitung zum theoretischen Begründungsrahmen verweist auf zentrale Begründungslinien, die sich in den Modulen der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in wiederfinden und grundlegend für die curriculare Umsetzung der Module leitend sind. Die zum Ausdruck gebrachten begrifflichen Verständnisse beziehen sich auf die normativen Vorgaben der Berufsgesetze und den aktuellen einschlägigen berufsfelddidaktischen Diskurs, den Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik (Walter/Düttthorn 2019) sowie auf Ergebnisse der Auswertung des empirischen Materials aus den Workshops, aus denen berufliche Handlungssituationen für die Weiterbildung generiert wurden. Die Begleitmaterialien bieten den Verantwortlichen der Weiterbildungseinrichtungen und den dort Lehrenden Anregungen über die hier dargelegten Begriffe zu diskutieren und ein gemeinsames Begriffsverständnis zu entwickeln. Bevor mit den Modulen gearbeitet wird, ist es unabdingbar, sich mit dem theoretischen Begründungsrahmen im Team auseinander zu setzen. Zugleich können wesentliche Inhalte des vorliegenden Begründungsrahmens in der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in Lerngegenstände sein.

2. Theoretischer Begründungsrahmen

Das Handlungsfeld der Praxisanleiter/innen der Berufsgruppen der Notfallsanitäter/innen, der Pflegefachfrauen und -männer und der Physiotherapeut/innen weist viele gemeinsame Merkmale auf. Dazu gehört die professionelle Begleitung der Auszubildenden in der praktischen Ausbil-

¹ Die Ergebnisse der Evaluation finden sich im Abschlussbericht.

derung, in der die individuellen Lernbedarfe der Auszubildenden zum Ausgangspunkt der Anleitung werden, um so berufliche Handlungskompetenz und Identitätsentwicklung anzubahnen. Die Gestaltung reflexiver Lernprozesse, in denen arbeits- und betriebsorientierte Lern- und Handlungsprozesse sowie die Auszubildenden mit ihren eigenen Fragen, subjektiv erlebten Handlungsproblematiken und den daraus resultierenden Lernbedarfen in den Blick genommen werden, sind zentrale Aufgaben der Praxisanleiter/innen. In den aktuellen Berufsgesetzen der Notfallsanitäter/innen und der Pflegeberufe wird eine kompetenzorientierte und fächerintegrative Ausbildung gefordert (vgl. NotSanAPrV 2013, PflAPrV 2018). Für die Ausbildung der Physiotherapie stehen diese normativen Vorgaben zwar noch aus (vgl. PhysTh-APrV 1994), jedoch gibt es auch hier Bestrebungen, das Berufsgesetz zu reformieren und aktuelle berufspädagogische Erkenntnisse aufzunehmen. Sofern nimmt der *Kompetenzbegriff* eine zentrale Rolle in diesen Ausbildungen ein und muss sich in der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in widerspiegeln, denn die Praxisanleiter/innen sind Vorbilder für die Auszubildenden und begleiten sie auf ihrem Weg der beruflichen Kompetenzentwicklung in der praktischen Ausbildung.

Darüber hinaus sind die praktische Ausbildung und das Handlungsfeld der Praxisanleiter/innen in Hierarchiestrukturen eingebunden. In diesen wirken Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse, die es zu erschließen gilt, um Gestaltungsspielräume für die praktische Ausbildung zu erkunden und Handlungsstrategien zu erarbeiten. Ein derartiges Verständnis verweist auf einen Bildungsbegriff, in dem eine kritische Identitätsbildung in der Weiterbildung in den Blick kommt und die abverlangten Anpassungsleistungen und systemimmanenten Widersprüche im jeweiligen Handlungsfeld aufgedeckt, kritisch hinterfragt und Handlungsalternativen erschlossen werden.

Im Folgenden werden zentrale Begründungslinien dargestellt und ihre Implikationen für die Erarbeitung der Module aufgezeigt.

2.1. Kompetenzorientierung

Kompetenzen sind als individuelle Dispositionen zu verstehen und verweisen auf Handlungsvoraussetzungen, die in selbstorganisierten, subjektorientierten Bildungsprozessen erworben bzw. erweitert werden (vgl. Erpenbeck/Rosenstiel 2003) und die Bewältigung von unterschiedlichen Aufgaben ermöglichen. Sie sind an Personen gebunden und werden von kontextuellen Bedingungen beeinflusst. Kompetenzen lassen sich nicht direkt beobachten oder *messen*, sie sind als subjektives Vermögen über die Performanz, die sich im beruflichen Handeln bzw. in einer beobachteten Anleitungssituation zeigt, zu erschließen (vgl. Walter/Düttorn 2019). Nach Erpenbeck/Heyse (2007) werden Kompetenzen „von Wissen fundiert, durch Werte konstituiert, als Fähigkeit disponiert, durch Erfahrungen konsolidiert, aufgrund von Willen realisiert.“ (Ebd., S. 162) Wesentlich für den Zusammenhang der Praxisanleitung ist, dass Arbeitsumgebungen geschaffen werden, die sich auf kompetenzförderliche Merkmale von Arbeits- und Lernaufgaben beziehen. Dehnbostel spricht von Arbeits- und Lernaufgaben, die in realen beruflichen Arbeitsprozessen eingebunden sind und in denen neben fachlichen, auch soziale und personale Kompetenzen gefordert sind (vgl. Dehnbostel 2007, zit. n. Darmann-Finck/Muths 2016, S. 196 f.). In Anlehnung an Dehnbostel (2007) verweisen Darmann-Finck/Muths auf folgende Merkmale:

- Vollständige Handlungen: Hierbei werden funktionale Fertigkeiten, wie beispielweise das Erlernen von Einzeltätigkeiten, in den Gesamtprozess der beruflichen Handlung eingebettet (Assessment, Planung, Durchführung und Evaluation). Darüber können Auszubildende neben den eher technischen Fertigkeiten auch problemlösende, soziale und ethische Kompetenzen sukzessiv aufbauen und diese auch in anderen Situationen weiterentwickeln.
- Handlungsspielräume: In komplexen beruflichen Situationen greifen standardisierte Lösungen nur bedingt. Damit individuelle Lösungen erarbeitet werden können, sind den Auszubildenden Entscheidungsspielräume zu gewähren, damit sie selbstständig, der individuellen Situation des zu betreuenden Menschen, angepasste Lösungen entwickeln können.
- Problem-/Komplexitätserfahrung: Auszubildende sollten im Verlauf ihrer Ausbildung mit einer zunehmenden Komplexitätssteigerung konfrontiert werden, denn auch im beruflichen Handeln variiert der Grad an komplexen Handlungen. „Je komplexer die Situation, desto höher ist der Grad an Unbestimmtheit und desto größer auch die Anforderung an die Urteilsfähigkeit der Lernenden.“ (Darmann-Finck/Muths 2016, S. 197)

Ausgangspunkt für die Entwicklung von Kompetenzen sind demnach *berufliche Situationen*, die in ihrer Komplexität, je nach Ausbildungsstand, gesteigert werden können. Über die Performanz, die sich in beruflichen Handlungen zeigt, kann Kompetenzentwicklung angebahnt und erfasst werden. Dazu bedarf es der Erarbeitung von Kriterien, die für die Reflexion der Kompetenzentwicklung der Auszubildenden herangezogen werden können. In Lernergebnissen (Outcomes) werden die ausgewiesenen Handlungskompetenzen konkretisiert und geben Rückschlüsse über die Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz. Dazu sind aktuelle berufsfelddidaktische Erkenntnisse und normative Vorgaben der jeweiligen Ausbildungsverordnungen der o.g. Berufsgesetze zu berücksichtigen.

Zu bedenken ist, dass die klassische 4-Stufen Anleitungsmethode, in der ein Vor- und Nachmachen, Üben und Kontrollieren in den Fokus der Anleitung rücken, nur bedingt zur Entwicklung beruflicher Handlungskompetenz geeignet ist. Diese Methode eignet sich insbesondere für den Erwerb von technischen Fertigkeiten und standardisierter Abläufe und weniger für die Entwicklung von Fähigkeiten, die im Umgang mit komplexen beruflichen Situationen gefordert sind.

Das dargelegte Kompetenzverständnis spiegelt sich in den sechs erarbeiteten Modulen zur Weiterbildung für Praxisanleiter/innen wider und kann als Inhalt in der Weiterbildung aufgenommen werden. Dieses basiert auf aktuellen Forschungs- und Literaturstudien und den Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik, der zwar für Bildungsgänge der Pflege entwickelt wurde, jedoch auch für andere Gesundheitsberufe wesentliche Anregungen gibt. Darüber hinaus beziehen sich die formulierten Kompetenzen in den jeweiligen Modulen auf Anforderungen, die in den normativen Vorgaben der jeweiligen Berufsgesetze zum Ausdruck gebracht werden, sowie auf die Ergebnisse der Auswertung des empirischen Materials aus den Workshops.² Aus diesen

² In den jeweiligen Workshops wurden 42 Situationsschilderungen der Workshopteilnehmer/innen gewonnen, welche als authentische Fallsituationen in der Weiterbildung eingesetzt werden können. Es stehen elf transkribierte Situationen aus Sicht von bereits als Praxisanleiter/in tätigen Personen, 17 Situationen aus Sicht der Weiterbildungsteilnehmer/innen und 14 Situationen aus der Perspektive der Auszubildenden zur Verfügung. Eine ausführliche Darstellung der Workshops findet sich im Abschlussbericht.

Ergebnissen ließen sich exemplarische Situationen aus dem Handlungsfeld der Praxisanleitung ermitteln. Darüber konnte ein *empirisch fundiertes Kompetenzprofil* für Praxisanleiter/innen erarbeitet werden. Die Konkretisierung dieser Kompetenzen bzw. die Feinplanung der Lernergebnisse obliegt den jeweiligen Weiterbildungseinrichtungen, um deren Gestaltungsspielräume nicht einzuschränken.

2.2. Curriculare Systematisierungsprinzipien

Kompetenzorientierung erfordert eine andere Struktur der Weiterbildungsmodule als bislang. Nicht mehr die Fachsystematik steht im Vordergrund, sondern Ausgangspunkt sind *Situationen* (Situationsprinzip), in denen exemplarisch die Aufgaben und Handlungen der Praxisanleiter/innen in den Mittelpunkt rücken. Das *Situationsprinzip* hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Berufspädagogik als zentrales Prinzip zur Strukturierung von Curricula und Lehrplänen auf der Makroebene durchgesetzt. Auch in den Rahmenplänen der Fachkommission (2019) für die Pflegeberufe ist das Situationsprinzip konsequent umgesetzt. Dieses Prinzip wurde auch in den Modulen realisiert und spiegelt sich in den jeweiligen Modulen in mehrfacher Hinsicht wider. (1) Der Konzeption der Module liegen typische und wiederkehrende Situationen der Praxisanleitung zugrunde, welche die Module strukturieren und im Modultitel zum Ausdruck gebracht werden. (2) Unter „Modulbeschreibung“ werden die zugrunde gelegten Aufgaben und Handlungen soweit beschrieben, so dass ihre Relevanz für die Praxisanleitung deutlich wird. (3) Die Inhalte der Module sind nach dem Situationsprinzip strukturiert, um eine handlungssystematische und kompetenzorientierte Weiterbildung zu unterstützen. Sie werden anhand der folgenden allgemeinen Situationsmerkmale geordnet: Handlungs- und Lernanlässe, Kontextbedingungen, Akteure, Erleben, Deuten und Verarbeiten sowie Handlungsoptionen. (4) Die Anregungen zur methodischen Gestaltung in der Weiterbildung folgen ebenfalls dem Situationsprinzip. (5) Schließlich werden Vorschläge für Prüfungsformate gemacht, die sich auf das Handlungsfeld der Praxisanleiter/innen beziehen und kompetenzorientiert sind.

In der Weiterbildung zur Praxisanleitung werden authentische Situationen aus dem beruflichen Handlungsfeld als Ausgangspunkt zum Lernen herangezogen. Konkret bedeutet dies für die Weiterbildung die Arbeit mit Fällen bzw. beruflichen Handlungssituationen unter Berücksichtigung der Exemplarik. Das didaktische *Prinzip der Exemplarik*³ verweist auf ein Verstehen einer gegebenen Situation, auf das Auffinden von Phänomenen, auf ein Denken in Zusammenhängen und auf das Erkennen von Prinzipien, die auch in anderen Situationen von Bedeutung sind und einen Transferwert haben. Es ist ein Erkenntnisprinzip, in dem Sachverhalte, die sich in Situationen abbilden, gründlich erschlossen werden, um als Struktur- und Transferwissen zur Verfügung zu stehen. Darüber werden nicht nur Einsichten auf die berufliche Situation, sondern auch auf sich selbst und die Welt gewonnen (vgl. Fachkommission 2020, S. 15 f.). Es ist somit

³ Die Bezeichnung „Exemplarisches Prinzip“ stammt von Martin Wagenschein (1999), der dieses Prinzip für den naturwissenschaftlichen Unterricht entwickelte. Ihm ging es darum, dass die Schüler über die Spezifik der Phänomene zu wissenschaftlichen Fragen und von dort aus zu den grundlegenden Naturgesetzen gelangen.

ein Abschiednehmen von einer fachsystematischen „Stofffülle und Detailliertheit“ (Lisop/Huisinga 1999, S. 164), ohne die Komplexität der Sache zu vernachlässigen. Die intensive Auseinandersetzung mit der Situation bzw. Sache führt zu Einsichten, die auch für andere Situationen von Bedeutung sind.

Die beiden weiteren curricularen Prinzipien, das *Wissenschafts- und Persönlichkeitsprinzip*, bestimmen zwar nicht die Struktur der Weiterbildungsmodule, sind jedoch von Bedeutung, da die Situationen mit wissenschaftlichen Wissensbeständen (interdisziplinär) ausgedeutet werden und das Persönlichkeitsprinzip sich in den Bildungszielen und kompetenzorientierten Zielen konkretisiert. Das *Wissenschaftsprinzip* zeigt sich darin, dass relevante Theorien, Konzepte, Methoden und Forschungsbefunde der Berufspädagogik und weiteren Bezugswissenschaften den Situationsmerkmalen zugeordnet werden. Hierüber wird ihre handlungs- und reflexionsleitende Funktion verdeutlicht. Die zu integrierenden Wissenschaften sind interdisziplinär ausgerichtet, da Anleitungsprozesse nur dann verstanden werden können, wenn diese unter verschiedenen Disziplinen gedeutet und in ihrem Zusammenhang begriffen werden.

Das *Persönlichkeitsprinzip* wird in erster Linie durch die Kompetenzorientierung und die Ausweisung von Bildungszielen realisiert. In den Bildungszielen werden Widersprüche oder systembedingte Machtverhältnisse, die beispielsweise in Anleitungssituationen erlebt werden, beschrieben, und anhand der Bearbeitung von Themen in den Modulen können diese zu reflexiven Einsichten führen. Diese gehen über umfassende (berufliche) Handlungskompetenzen hinaus und zielen auf die kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung der Weiterbildungsteilnehmer/innen. Die Bildungsziele werden in vielen Fällen anhand von Widersprüchen angegeben. Durch das Denken in Widersprüchen können u.a. erlebte Widersprüche bewusst gemacht und gezielt angemessene Handlungsmöglichkeiten gefunden werden. Das Denken in Widersprüchen enthält aber auch das Potenzial, unreflektierte Routinen und Einstellungen zu hinterfragen und zu revidieren oder weiterzuentwickeln.



Abb. 1: Makrostrukturelle Ebene der Module (in Anlehnung an Reetz/Seyd 2006; Greb 2013)

2.3. Handlungstheoretische Begründungslinien

Die situationsorientierte Perspektive erfordert von den Praxisanleitenden auch ein Nachdenken über ihr Handlungsverständnis zum beruflichen Handeln, für das sie ausbilden. Das Lernen der

Auszubildenden ist auf Arbeits- und Interaktionsprozesse mit unterschiedlicher Komplexität, unterschiedlichen Kontexten, Rollenanteilen und Merkmalen, die das Handeln bestimmen, ausgerichtet. Konstitutive Merkmale in allen drei Berufsgruppen sind spezifische und diffuse Rollenanteile in der Interaktion mit den zu versorgenden Menschen, standardisierte Verfahren und wiederkehrende Algorithmen sowie ein Handeln in Ungewissheit, ein spezieller Körper- und Leibbezug und eine spezifische Fallstruktur, die zu erschließen ist (vgl. u.a. Darmann-Finck 2010; Ertl-Schmuck 2010). Dies erfordert von den Praxisanleitenden zum einen hermeneutische Fallkompetenz,⁴ die auf das berufliche Handeln ausgerichtet ist und zum anderen gilt es, diese bei den Auszubildenden in der praktischen Ausbildung anzubahnen. Demnach besteht hier ein doppelter Handlungsbezug: Das berufliche Handeln, das von den Auszubildenden erlernt werden soll und das pädagogische Handeln, bei dem die Lernbedarfe und Kompetenzentwicklung der Auszubildenden in den Vordergrund rücken. In der pädagogischen Arbeit mit den Weiterbildungsteilnehmer/innen werden der doppelte Handlungsbezug und dessen Bedeutung für Anleitungsprozesse reflektiert.

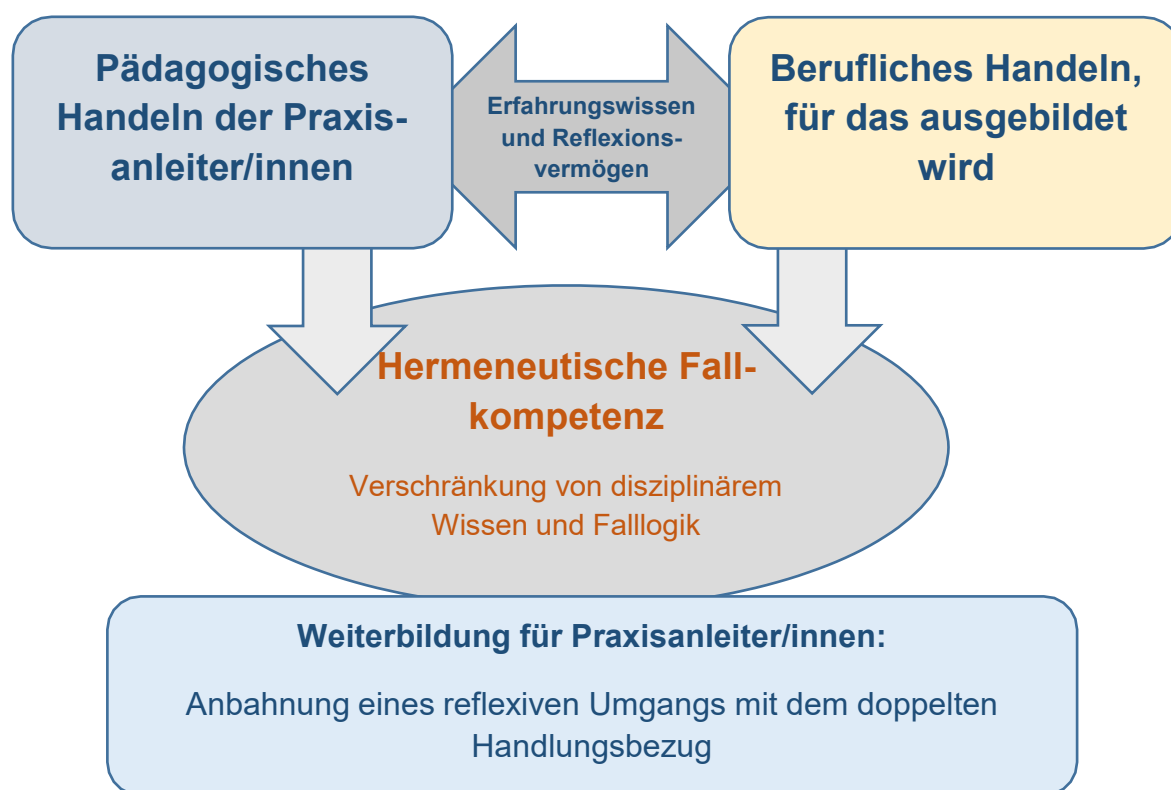


Abb. 2: Doppelter Handlungsbezug in Anleitungssituationen

Die pädagogische Begleitung der Auszubildenden in Anleitungssituationen ist somit an die Deutungskompetenz und das Reflexionsvermögen der Praxisanleiter/innen gebunden und wird u.a. auch darüber bestimmt, welches Handlungsverständnis zum beruflichen Handeln verinnerlicht

⁴ Hermeneutische Fallkompetenz bedeutet die „Fähigkeit generalisiertes, also zeitenthobenes Wissen auf stetig wechselnde Situationen *in der Zeit* personenbezogen anzuwenden. [...] Damit rückt die *strukturelle Ambivalenz* zwischen universellem Regelwissen und dem Verstehensprozess in der Sprache und Logik des Einzelfalls ins Zentrum von Bildungsprozessen.“ (Greb 2010, S. 144, Hervorhebung im Original)

ist. Insgesamt spiegeln sich in Praxisanleitungssituationen unterschiedliche Handlungsverständnisse, die meist implizit die Anleitungssituationen und die Auswahl von Lerngegenständen bestimmen. Auch wenn berufliches Handeln mit bestimmten Zwecken verbunden ist, so gibt es dennoch Situationen, in denen Ziele nicht vorab geplant werden, sondern sich erst in der Situation ergeben. Zu bedenken ist, dass sowohl die berufliche als auch die pädagogische Praxis von den beteiligten Akteuren mitkonstituiert werden. Somit bedarf es neben eher zweckrationalen Ansätzen auch einer phänomenologisch-hermeneutischen Perspektive, in der das Erleben und die Lebenswelt der zu versorgenden Menschen und deren Bezugspersonen sowie das Erleben und die subjektiven Theorien der Auszubildenden in den Blick kommen. Diese differenzierten Handlungsverständnisse werden zum Inhalt in der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in.

Die zweckrationale Perspektive spiegelt sich in standardisierten Handlungen, die bewusst geplant sind und ein vorab bestimmtes Ziel festlegen. Diese werden in der Arbeitspsychologie und betrieblichen Ausbildung als sog. *vollständige Handlungen* beschrieben (Hacker/Sachse 2014). Sie umfassen folgende Handlungssequenzen: Informieren, Planen, Entscheiden, Durchführen, Kontrollieren und Bewerten (vgl. Lisop 1999, S. 37). Hierbei geht es nicht um das Erlernen von isolierten Tätigkeiten, sondern um Arbeitstätigkeiten, die auf ein Ziel ausgerichtet sind, bewusst geplant und evaluiert werden. Das wiederholte Ausführen von derartigen Arbeitstätigkeiten führt zum Routinehandeln, zur Handlungssicherheit und zur Erhöhung von Handlungsspielräumen. Wie Fichtmüller und Walter (2007) in ihrer empirischen Studie zeigen, führen Routinen zur Handlungssicherheit und die Aufmerksamkeit kann zunehmend auf andere kontextbezogene Phänomene gelenkt werden, so dass die Auszubildenden ein „freischwebendes Aufmerksamsein“, einen sog. „Rundumblick“ entwickeln (ebd., S. 363). Dennoch besteht beim Erwerb von Routinen die Gefahr des Einschleichens von nicht korrekten Handlungen. Sofern nimmt die Reflexion von Routinehandlungen eine zentrale Rolle ein und ist ein wesentliches Element im Anleitungsprozess (Fachkommission 2020, S. 8).

Durch die Bindung der Lernprozesse an derartige Handlungen, die meist mit detaillierten Abläufen verbunden sind, zeichnet sich Handeln mit einer bewussten Zielsetzung und einem bestimmten Zweck aus. Für ausgewählte Handlungen kann ein derartiges Verständnis durchaus sinnvoll sein, insbesondere dann, wenn vorgegebene Algorithmen und Standards das Handeln bestimmen. Für das berufliche Handeln, in welchem es um Interaktionsprozesse mit Menschen, um deren Befindlichkeiten und individuellen Lebenspraxis geht, ist es jedoch nicht hinreichend, da die zu versorgenden Menschen aber auch die professionellen Akteure in einem derartigen Verständnis eher als Objekte von Versorgungsbemühungen gesehen werden. So ist ein erweitertes Handlungsverständnis erforderlich, in dem die im Handeln mitschwingenden Atmosphären und Emotionen berücksichtigt werden. Eine zentrale Rolle nimmt das leibliche Gespür ein, das nur schwer in Begriffen ausgedrückt werden kann (vgl. u.a. Böhnke 2011; Uzarewicz/Uzarewicz 2005). Der spezifische Zugang der professionellen Akteure zu den zu versorgenden Menschen erfolgt „insbesondere durch Aspekte eines ‚elementaren Verstehens‘, die unmittelbar an die körperlich-leibliche Verfasstheit der handelnden Subjekte gebunden bleiben.“ (Hülsken-Giesler 2013, S. 74, Hervorhebung im Original). Berufliches Handeln ist demnach nur

teilweise plan- und kontrollierbar und die Ziele sind nicht immer dem Handeln vorgelagert, sondern Situations- und Zielbezug sind oftmals miteinander verschränkt und ergeben sich spontan und flüchtig (vgl. Joas 1996, S. 232). In diesem Verständnis richtet sich die Aufmerksamkeit nicht nur auf das Wissen über den Körper – denn dann würde der zu versorgende Mensch lediglich als Symptomträger gesehen – sondern auf das Wissen durch den Körper, das erspürt wird. Leibliche Regungen der zu versorgenden Menschen aber auch der Auszubildenden werden wahrgenommen, ernst genommen und können in Anleitungssituationen zum Lernanlass werden.

In leibphänomenologischen Ansätzen sind Phänomene wie z.B. Ekel, Schmerz oder Angst „anthropologische Grunddispositionen“ (Uzarewicz&Uzarewicz 2005, S. 144 ff.), die in beruflichen Interaktionen der o.g. Berufe eine zentrale Rolle einnehmen. Sinnliche Wahrnehmungen, die mit leibbezogenen Qualitäten verbunden sind, zeigen sich bspw. beim Betreten eines Patientenzimmers oder eines Praxisraums oder in einem kaum hörbaren Ton eines technischen Gerätes. Diese spürende Wahrnehmung informiert den Handelnden über Qualitäten der Situation, die nicht immer in eindeutige Begriffe zu fassen sind. So kann ein Spüren in der Wahrnehmung des zu versorgenden Menschen darauf hindeuten, dass *irgendetwas* nicht stimmt, obwohl alle Parameter in Ordnung sind. Diese Wahrnehmungen haben Einfluss auf die Urteilsbildung der Auszubildenden und sind als professionelle Kompetenz zu bewerten, die im Rahmen einer umfangreichen reflektierten Berufserfahrung erworben wird (vgl. Böhle/Porschen 2011, S. 59; siehe dazu auch Benner 1994 mit dem Konzept der „Sensibilität für feine qualitative Unterschiede“). Ein derartiges Handlungsverständnis basiert auf phänomenologisch-hermeneutischen Zugängen (vgl. Fachkommission 2020), in denen die Betroffenheitsperspektive und die Individualität der zu versorgenden Menschen in den Blick kommen. Diese Vielschichtigkeit und qualitativen Gegebenheiten beruflichen Handelns sind für die Praxisanleitung von besonderer Bedeutung, da in den jeweiligen Lernprozessen neben zweckrationalen Prozessen auch mimetisches Sinnverstehen⁵ und die Deutung der individuellen Handlungssituation in den Blick zu nehmen sind, um hermeneutische Fallkompetenz bei den Auszubildenden anbahnen zu können.

Neben zweckrationalen und phänomenologisch-hermeneutischen Zugängen sind zudem aus der Perspektive einer kritischen Bildungstheorie Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in Anleitungssituationen zu reflektieren. Zum einen sind die zu versorgenden Menschen existentiell von den Professionellen abhängig (vgl. Fachkommission 2020, S. 9) und zum anderen sind die Auszubildenden aber auch die Praxisanleitenden und Weiterbildungsteilnehmer/innen in Abhängigkeitsverhältnisse verstrickt, die nicht immer offen verhandelt werden.

Abschließend richtet sich der Blick auf das „kommunikative, verständigungsorientierte Handeln“ (Habermas 1995, S. 385 f.). In dieser Perspektive werden Handlungspläne nicht vorab festgelegt, sondern Handeln basiert auf einem gemeinsam ausgehandelten Situationsverständnis. Das Modell enthält zudem ein „ethisch-kritisches Potential“, da Macht- und Herrschaftsverhält-

⁵ Mimetisches Sinnverstehen kann als implizites Wissen bezeichnet werden. Erworben wird dieses Wissen in einem „*körperlich-leiblichen Zugang zum Anderen*“ als eine Art des Körperwissens und lässt sich kaum in Begriffe fassen. Wissensformen dieser Art erweisen sich „allerdings als problematisch, da sie als subjektgebundenes, nichtdiskursives Wissen einer intersubjektiven Kommunikation nicht unmittelbar verfügbar sind.“ (Hülsken-Giesler 2013, S. 74)

nisse aufgedeckt werden können (Friesacher 2008, S. 282). Dieser Blick ist besonders für die o.g. Berufe relevant, da in der beruflichen Beziehungsgestaltung die Kommunikation wesentlich von der Macht der professionellen Akteure bestimmt wird (Darmann 2000, S. 71 ff.; vgl. auch Fachkommission 2020, S. 9 f.). Dies gilt nicht nur für das jeweilige berufliche Handeln, sondern auch für das pädagogische Handeln in Anleitungssituationen. Denn auch die Auszubildenden und Praxisanleiter/innen sind in Abhängigkeitsverhältnisse eingebunden.

Die Verständigungsorientierung zielt darauf, dass in Anleitungssituationen die handelnden Akteure bestimmte Interessen verfolgen, die offengelegt und verhandelt werden. Beispielsweise richtet der/die Auszubildende in einer Anleitungssituation den Blick auf das Lernen von Regeln, während der/die Praxisanleiter/in in der Situation eher ethische Aspekte und/oder subjektive Gefühle als Lerngegenstände erkennt. Damit werden unterschiedliche Interessen zum Ausdruck gebracht, die zum Gegenstand der Reflexion gemacht werden und vielfältige Bildungsmöglichkeiten bieten können.

In der Zusammenschau dieser Verständnisse verweist die Spezifik beruflichen Handelns auf die Anbahnung hermeneutischer Fallkompetenz in der jeweiligen beruflichen Ausbildung und auf eine Differenzierung von Handlungsverständnissen und den damit verbundenen Wissensformen. Eine Ausbildung, in der ausschließlich das Lernen von regelorientiertem Handeln im Fokus steht, würde zu kurz greifen, da Verständigungsprozesse und das Erleben und die Mitbestimmungsmöglichkeiten der zu versorgenden Menschen und der Auszubildenden nicht als Lerngegenstände aufgenommen werden. Bei der Gestaltung von Anleitungssituationen und deren Reflexion nehmen Handlungsverständnisse demnach eine zentrale Rolle ein. Die Weiterbildungsteilnehmer/innen werden dafür sensibilisiert, um hermeneutische Fallkompetenz bei den Auszubildenden anzubahnen und deren Relevanz für die Entwicklung beruflicher Identität anzuerkennen. In der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in lassen sich subjektive Theorien zum Handlungsverständnis aufdecken, reflektieren und mit den hier vorgestellten Handlungsverständnissen anreichern. Dabei können Implikationen zum Anleitungsprozess hergestellt werden.

2.4. Subjektorientierung

Subjektorientierung richtet sich zum einen auf die Auszubildenden, die einen Beruf erlernen sowie auf die Praxisanleiter/in, die die praktische Ausbildung begleiten und zum anderen auf die zu versorgenden Menschen und ihre Bezugspersonen. Grundlegend dabei ist ein Verständnis zum Subjektbegriff, das zum einen die Erfahrungen und Strukturen des Objektseins⁶ impliziert und zum anderen den Blick auf die Entwicklungspotenziale der Subjekte schärft. Subjektorientierung verweist auf Subjektentwicklung – und damit auf Lernen und Bildung. Es bedeutet, das Erleben der Weiterbildungsteilnehmer/innen, ihre Erfahrungen, ihre Lernproblematiken und Deutungen zu möglichen Lerngegenständen in den Blick zu nehmen. Der Bildungsprozess wird weniger von den Defiziten der Weiterbildungsteilnehmer/innen, sondern vielmehr von ihren mit-

⁶ Strukturen des Objektseins können einschränkende institutionelle Bedingungen und Zumutungen sein oder eigene, oftmals unbewusste Bedürfnisse, die dennoch Handlungs- und Lernsituationen beeinflussen. Der Mensch unterliegt aber auch der äußeren Natur, wie die jetzige CoVid Pandemie zeigt (vgl. Ertl-Schmuck 2010, S. 62).

gebrachten Stärken und Fähigkeiten bestimmt. Gemeinsam werden Bildungsziele verhandelt, wobei das Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, Strukturen des Objekt-Seins sowie Macht- und Herrschaftsverhältnisse kritisch reflektiert und offengelegt werden. Neben kognitiven nehmen auch leibbezogene und emotionale sowie ethische Lerngegenstände im Bildungsprozess eine zentrale Rolle ein (vgl. Ertl-Schmuck 2010, S. 64). Subjektorientierung bedeutet, eine ethische Haltung gegenüber den zu versorgenden Menschen und den Lernenden im Anleitungsprozess einzunehmen.

In der Ausgestaltung der Module ist Subjektorientierung leitend und richtet sich auf die beteiligten Subjekte im Anleitungsprozess, auf das Aufdecken von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen und auf die ethische Bezugnahme des Subjekts auf den Anderen. Diese Aspekte spiegeln sich in den Bildungszielen, Kompetenzformulierungen und den Situationsmerkmalen, insbesondere im Erleben, Deuten und Verarbeiten von Situationen.

2.5. Bildungsverständnis

Subjektorientierung verweist auf Bildung und zielt auf berufliche Identitätsentwicklung und Persönlichkeitsentwicklung. Für die Praxisanleiter/innen bedeutet Persönlichkeitsbildung eine Erweiterung der Selbst- und Weltsicht und die Fähigkeit zur verantwortlichen Teilhabe an gesellschaftlichen und betrieblichen Entscheidungsprozessen sowie die Fähigkeit, auch bei den Auszubildenden diese Fähigkeiten anzubahnen. Bildung geht über den Erwerb von Kompetenzen hinaus und widersprüchliche Anforderungen im Handeln sowie erlebte Abhängigkeitsverhältnisse und unreflektierte Normen werden in den Blick genommen. Bildungsanlässe bieten insbesondere die erlebten Widersprüche und Irritationen im Handeln. Diese gilt es im Kontext gesellschaftlicher bzw. institutioneller Bedingungen zu reflektieren, um Zusammenhänge transparent zu machen und das Gefühl der Ohnmacht zu reduzieren.

Das in den Modulen zugrunde gelegte Bildungsverständnis spiegelt sich in der Ausweisung von Bildungszielen und ist auf die kritische Reflexion von erlebten Widersprüchen und Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen ausgerichtet. Darüber soll eine kritische Haltung gegenüber unreflektierten Routinen, Standards, Vorgaben und erlebten Abhängigkeitsverhältnissen angebahnt werden.

2.6. Lernen

Unbestritten ist die hohe Relevanz des Lernens in der beruflichen Praxis für den Erwerb beruflicher Kompetenz- und Identitätsentwicklung. Dafür zu sensibilisieren, ist wesentliches Ziel in der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in. Das Lernen von jungen Erwachsenen wird wesentlich von ihren Erfahrungen, ihrer Umgebung, ihrer sozialen und personalen Situiertheit sowie ihren bislang erworbenen subjektiven Theorien bestimmt. Ausgangspunkt für Bildungsprozesse in der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in können die beruflichen Erfahrungen der Weiterbildungsteilnehmer/innen sein. Denn Lernen wird entscheidend davon bestimmt, inwieweit die Lernsubjekte den zu lernenden Gegenständen einen Sinn zuschreiben können (vgl. Meueler 2009, S. 974 f.). Ob die angestrebten Bildungsziele tatsächlich erreicht werden, bleibt offen und hängt von den beteiligten Subjekten im Lehr-Lernprozess unter den je geltenden Bedingungen ab.

Lernen an Erfahrungen erhält in der Weiterbildung einen zentralen Stellenwert und kann in erfahrungsorientierten Lehr-Lernarrangements oder in Lern- und Arbeitsaufgaben für die berufliche Praxis, in der die Weiterbildungsteilnehmer/innen tätig sind, ermöglicht werden. Über Reflexion und der Anreicherung von Wissen kann eine Kompetenzsteigerung angeregt werden. Zudem sind digitale Lehr-Lernformate in der Weiterbildung zu integrieren, damit die Teilnehmer/innen unabhängig von Ort und Zeit Lernaufgaben bearbeiten können. Darüber können sie ihre digitalen Kompetenzen weiterentwickeln.

Darüber hinaus ist das *Lernen in der beruflichen Praxis* ein zentraler Lerngegenstand in der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in, der sich auch in den Modulen wiederfindet, insbesondere im *Modul 03 Die praktische Ausbildung planen, Anleitungssituationen vorbereiten, durchführen, evaluieren und Qualität sichern*. Fichtmüller und Walter (2007, S. 664 f.) haben in ihrer Studie sog. *Handlungsproblematiken*⁷ erfasst, auf die die Auszubildenden mit unterschiedlichen Lernmodi reagieren.

- Lernen über integrierendes Handeln: Hier werden situative Anforderungen von den Auszubildenden integriert und aus deren Sicht treten keine Handlungsproblematiken auf. Das bedeutet jedoch nicht, dass die durchgeführte Handlung korrekt ausgeführt wird. Lernende können darüber unreflektierte Routinen ausbilden, die sich beispielsweise erst über die Abnahme von praktischen Prüfungen als unangemessen erweisen.
- Lernen über Handlungsproblematiken mit der Antwort Lernstrategien: Hier erlebt der/die Auszubildende eine Problematik in der ausführenden Handlung und reagiert mit unterschiedlichen Strategien. Er/sie sucht z.B. den/die Praxisanleiter/in auf und stellt Fragen oder sucht einen geschützten Lernraum zum Üben. Das Lernsubjekt erfährt hier in Handlungssituationen Irritationen, Brüche oder Hindernisse und legt eine sogenannte „Lernschleife“ ein, um das Bewältigungshandeln vorübergehend auszusetzen.
- Lernen über Handlungsproblematiken mit der Antwort exkludierendes Weiterhandeln. Die Auszubildenden erleben im Handeln selbst eine Unsicherheit, eine sog. Handlungsproblematik, übergehen diese jedoch oder geben die Aufgabe an andere ab, ohne die Unsicherheit zum Ausdruck zu bringen.

In Anlehnung an die Lerntheorie von Holzkamp (1993) verweisen die beiden Forscherinnen unter anderem auf die personale Situiertheit (Selbstbild) des Lernsubjekts und auf das Konzept des Gegenstandsaufschlusses in beruflichen Bildungsprozessen. Der Gegenstandsaufschluss bezieht sich auf das Wissen, das Verständnis und die Handlungsmöglichkeiten, die Auszubildende zu einem bestimmten Lerngegenstand haben (Fichtmüller/Walter 2010, S. 93-96). Im Spiegel des Gegenstandsaufschlusses orientieren sich Auszubildende

„an den kollektiv ausgehandelten – den stationsinternen Gepflogenheiten und der Schulvariante – aber auch an individuellen Handlungsweisen [...]. Sie erleben Diskrepanzen zwischen ihrem bisherigen Gegenstandsaufschluss und den verschiedenen vorgelebten oder normativen Bedeutungsstrukturen. [...] Stationsinterne Gepflogenheiten und die Schulvariante spiegeln aus

⁷ Der Begriff *Handlungsproblematik* ist ein entlehnter Begriff der Lerntheorie von Holzkamp (1993) und verweist auf Schwierigkeiten und Unsicherheiten, die im konkreten Handeln der Lernenden auftreten.

der Perspektive pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse überwiegend flache Gegenstandsaufschlüsse“ (Fichtmüller/Walter 2007, S. 683).

Häufig werden Lerngegenstände aus Sicht der Medizinlogik und enge Einzelhandlungen erarbeitet. Die Beziehungsarbeit zu den zu versorgenden Menschen als zentraler Bildungsinhalt in den Gesundheitsberufen wird hingegen vernachlässigt. Darüber hinaus scheint die Rolle der Praxisanleitenden für einen vertieften Gegenstandsaufschluss relevant zu sein. Fremdinduzierte Handlungsproblematiken, z.B. durch die Praxisanleitenden, ermöglichen Lernen und über kooperative Lehr-Lernverhältnisse können Lerngegenstände in ihrer Tiefendimension bearbeitet werden. Zudem wird in den Ergebnissen zum Ausdruck gebracht, dass die Wertigkeit, die Praxisanleitende einem Lerngegenstand zuschreiben, für den Gegenstandsaufschluss von Bedeutung ist. Es zeigt sich eine Tendenz, dass die Arztnähe der Einzelhandlungen einen höheren Stellenwert einnimmt als Einzelhandlungen, die eher mit den alltäglichen Aktivitäten zu tun haben, wie z.B. Körperpflege.

„Die zugeschriebene Wertigkeit einer Einzelhandlung wirkt sich darauf aus, wie Lernende in der Ausführung begleitet werden und zu welchen Einzelhandlungen Rückmeldungen und Bewertungen erfolgen. Dies führt mit dazu, dass diese zugeschriebenen Wertigkeiten von den Lehrenden und Mentoren implizit vermittelt werden und von den Lernenden implizit angeeignet werden können.“ (Fichtmüller/Walter 2007, S. 246)

Wenn jedoch arzt nahen Einzelhandlungen eine höhere Wertigkeit zugeschrieben wird, dann wird darüber auch implizit ein medizinorientiertes berufliches Verständnis vermittelt, das die Wahrnehmung beruflichen Handelns präformiert. Hier zeigt sich, dass das Lehr-Lernverhältnis, das durch die verschiedenen institutionellen Strukturen geprägt wird, eine zentrale Rolle bei der Erschließung von Lerngegenständen einnimmt und verschiedene Wissenszugänge und Handlungslogiken im Lernen wirksam werden. Der Gegenstandsaufschluss wird unter anderem davon bestimmt, inwieweit Praxisanleiter/innen bei der pädagogischen Begleitung der Auszubildenden am Lernort *berufliche Praxis* über einschlägige wissenschaftliche und aktuelle berufsfelddidaktische Erkenntnisse sowie differenzierte Handlungsverständnisse verfügen. Die Rekonstruktion von Handlungs- und Lernproblematiken ist im berufsbildenden Bereich gebunden an die Deutungs- und Reflexionskompetenz der Praxisanleitenden, in der die Spezifik beruflichen Handelns hinsichtlich ihrer Bildungsmomente reflektiert und die verschiedenen Lerninteressen und Lernbedarfe der Auszubildenden gedeutet und an das Professionswissen der Praxisanleitenden rückgebunden werden.

In der Studie von Fichtmüller/Walter (2007) wurden für das Lernen in der Pflegepraxis folgende Lerngegenstände generiert: Pflegerische Einzelhandlungen lernen, Arbeitsablaufgestaltung/Pflegearbeit organisieren lernen, Urteilsbildung lernen und Aufmerksam-Sein lernen (ebd.). Auch Bohrer (2013) kommt in ihrer Studie zu ähnlichen empirisch ermittelten Lerngegenständen: Selbstständigwerden, Situationen einschätzen und Urteile bilden, Pflegearbeit organisieren, pflegerische Einzelhandlungen gestalten, Kontakt und Beziehungen gestalten sowie Zusammenarbeit und Positionen beziehen. Auch wenn diese Befunde im Kontext des Pflegenlernens in der Pflegepraxis generiert wurden, so können diese durchaus für das Lernen in anderen

Gesundheitsfachberufen genutzt werden. In der Weiterbildung für Praxisanleiter/innen bieten diese Lerngegenstände eine begriffliche Grundlage für Anleitungssituationen und für Reflexionen hinsichtlich der Kompetenzentwicklung der Auszubildenden.⁸

Darüber hinaus belegen die Studien von Bohrer (2013) die Wirkmächtigkeit des impliziten Lernens in der beruflichen Praxis (vgl. Bohrer 2013; vgl. dazu auch Fichtmüller/Walter 2007). Vieles wird beiläufig erlernt. Für die Anbahnung eines Könnens wird dem impliziten Wissen eine zentrale Rolle eingeräumt. Da implizit z.B. auch eine patientenignorierende Versorgungspraxis verinnerlicht werden kann, muss das Lernen stets mit Lernangeboten der Reflexion einhergehen.

2.7. Zusammenfassung

Die hier ausdifferenzierten theoretischen Begründungslinien finden sich in den Modulen wieder und sind nicht losgelöst voneinander zu sehen. Das Situationsprinzip bestimmt die Makrostruktur der Module, ist leitend für die Ausgestaltung der Module und für die curriculare Arbeit auf der Meso- und Mikroebene in der Weiterbildung. Ausgangspunkt sind authentische Situationen, in denen sich relevante Phänomene im Handeln der Praxisanleitenden widerspiegeln und die mit wissenschaftlichem Wissen in ihrem Zusammenhang gedeutet und neue Handlungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Das mitgebrachte Erfahrungswissen der Weiterbildungsteilnehmer/innen wird reflektiert und weiterentwickelt. Die Weiterbildungsteilnehmer/innen können sich in den Bildungsprozessen Kompetenzen aneignen und reflexive Einsichten gewinnen, die zu Transformationen bestehender Selbst- und Weltbezüge führen. Darüber erhalten sie die Möglichkeit, die vielfältigen Perspektiven in ihren gesellschaftlichen und subjektiven Strukturbedingungen zu erfassen, um eigene Fähigkeiten zu erweitern, zu vertiefen und zukunftsorientierte Konzepte für die Begleitung der Auszubildenden in der beruflichen Praxis mitzugestalten. Dabei geht es immer um einen doppelten Handlungsbezug: Zum einen um das berufliche Handeln, für das ausgebildet wird und in dem vielfältige Handlungsverständnisse und damit verbunden auch verschiedene Wissensformen in den Blick kommen (z.B. wissenschaftliches Wissen, persönliches Wissen, Erfahrungswissen, leibliches Wissen). Zum anderen geht es um das pädagogische Handeln in der Begleitung der Auszubildenden in den praktischen Einsätzen. Dieser Prozess ist auf Subjektentwicklung und somit auf Lernen und Bildung verwiesen.

⁸ Weitere Lerngegenstände finden sich in pflegedidaktischen Modellen wie z.B. Leiderfahrung und Leibentfremdung, Differenzenerfahrung in Bezug auf Standardisierung und Individualität (Greb 2010), Körper-/Leibbezug (u.a. Böhnke 2011, Ertl-Schmuck 2010, Uzarewicz/Uzarewicz 2005), relationale Beziehungsgestaltung (Dütthorn 2014).

3. Module

3.1. Modulelemente

<p>Modulnummer</p> <p>Ermöglicht eine Systematisierung der Qualifizierung und gibt eine Empfehlung für die Modulabfolge an.</p> <p>Die Reihenfolge der Module kann variiert werden, wenn gleich M01 als Startmodul empfohlen wird.</p> <p>Bei den Modulen 03, 04 und 05 bietet es sich an, diese parallel anzubieten.</p>	<p>Modultitel</p> <p>Der Modultitel benennt die zentrale kompetenzbezogene Ausrichtung und Perspektive des beruflichen Handlungsfeldes der Praxisanleiter/innen. Er wird handlungsorientiert formuliert.</p>		
<p>Präsenzzeit</p> <p>Gibt die Stundenzahl für Präsenz und E-learning an, die für die Bearbeitung des Moduls empfohlen wird.</p> <p>Insgesamt werden 300 Std. erreicht, wobei sowohl die Präsenzphasen als auch das E-learning verbindlichen Charakter haben, für den die Weiterbildungsteilnehmer/innen freizustellen sind.</p>	<p>Selbststudium</p> <p>Gibt die empfohlene Stundenzahl für Selbstlernanteile an, die zusätzlich zur Präsenzzeit für die Selbstaneignung der Weiterbildungsteilnehmer/innen hinzukommen.</p> <p>Beispielsweise durch das Lesen und Bearbeiten von Texten, die Vorbereitung von Modulprüfungen oder das Anfertigen von Portfolios.</p>	<p>Workload</p> <p>Ist die gesamte Arbeitszeit, die für das Modul aufgewendet wird. Der Workload setzt sich aus der Präsenzzeit und dem Selbststudium zusammen.</p>	<p>Leistungspunkte</p> <p>Leistungspunkte drücken den gesamten erbrachten Arbeitsaufwand in Stunden aus</p> <p>(1 LP = 30 Stunden Arbeitsaufwand)</p> <p>Mit Hilfe der Anrechnung von Modulen kann die Durchlässigkeit von Bildung gewährleistet werden.</p>
<p>Modulbeschreibung</p> <p>Die Modulbeschreibung dient als Verstehens- und Interpretationshilfe, indem die Relevanz und Intention des Moduls beschrieben werden, sodass die Bedeutung der enthaltenen Themen für die Weiterbildung ersichtlich wird.</p>			
<p>Bildungsziele</p> <p>Bildungsziele beschreiben Widersprüche bzw. Spannungsfelder, die im Handeln der Praxisanleiter/innen meist implizit aufscheinen. Diese können über die Arbeit mit authentischen Handlungssituationen in den jeweiligen Modulen von den Weiterbildungsteilnehmer/innen reflexiv bearbeitet werden. Kompetenzen allein gehen nicht im Bildungsverständnis auf, weshalb die hier aufzustellenden Bildungsziele über die umfassenden (beruflichen) Handlungskompetenzen hinausgehen und zusätzlich</p>			

auf eine kritische Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung abzielen. Im Zuge dessen können systemimmanente Machtverhältnisse und Widersprüche im beruflichen Handeln aufgedeckt und Handlungsoptionen gefunden werden.

Kompetenzen

Für die Module werden die in der Weiterbildung angestrebten Kompetenzen beschrieben. Die formulierten Kompetenzen wurden aus den aktuellen Literaturstudien, dem Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik (2019) und dem empirischen Material des BeDiQUAPP-Projekts identifiziert.

Situationsmerkmale/Inhalte

Das Situationsprinzip bestimmt als ein zentrales Konstruktionsprinzip die Modulstruktur.

In der Praxisanleitung sind Anleitungssituationen zentral, die in verschiedene Lebenssituationen sowie in verschiedenen berufsspezifischen und institutionellen Versorgungskontexten eingebettet sind.

(Anleitungs-)situationen helfen, das Typische oder häufig Auftretende im Handlungsfeld von Praxisanleiter/innen zu verdeutlichen und in den Mittelpunkt von Lernprozessen zu rücken (Prinzip der Exemplarizität). Teilnehmer/innen können sich in diesen wiederfinden sowie Bezüge herstellen und miteinander verknüpfen. Die Orientierung an (Anleitungs-)situationen unterstützt damit eine handlungssystematische und kompetenzorientierte Weiterbildung, indem die Komplexität einer Situation mit den Kompetenzen der anleitenden Person miteinander verknüpft wird.

Die in den Situationen enthaltenen Inhalte werden den verschiedenen Situationsmerkmalen zugeordnet. Hierbei werden Handlungs- und Lernanlässe, Kontextbedingungen, ausgewählte Akteure, Erleben/Deuten/Verarbeiten und Handlungsoptionen voneinander unterschieden.

Handlungs- und Lernanlässe

Handlungs- und Lernanlässe spiegeln die in den Anleitungssituationen auftretenden Handlungs- und Lernbedarfe wider und besitzen damit einen Aufforderungscharakter. Sie begründen und rechtfertigen sowohl die Zuständigkeit der Praxisanleiter/innen für die Situation als auch die Notwendigkeit ihres Handelns.

Es können dabei verschiedene Sichtweisen berücksichtigt werden:

- der Handlungs- und Lernanlass, welcher sich aus Sicht der Praxisanleiter/innen für sie selbst ergibt
- der Handlungs- und Lernanlass, welcher sich aus Sicht der Auszubildenden für sie selbst ergibt
- der Handlungs- und Lernanlass, der sich aus Sicht der Praxisanleiter/innen für die Auszubildenden hinsichtlich ihrer Lernbedarfe ergibt.

Akteure

In Anleitungssituationen interagieren verschiedene Akteure miteinander, die auf Grundlage ihrer spezifischen Denk- und Handlungslogiken sowie Rollenerwartungen und -verpflichtungen die Situationsbewältigung entscheidend mit beeinflussen.

Unter diesem Punkt werden die beteiligten Akteure und ihre Hintergründe aufgeführt.

Kontextbedingungen

Berufliches Handeln und Praxisanleitung sind stets in institutionelle und gesellschaftliche Kontexte eingebettet, welche auch das Anleiten und Handeln der Praxisanleiter/innen maßgeblich beeinflussen und somit Auswirkungen auf die Auszubildenden haben. Die hier aufzuführenden Kontextbedingungen nehmen Bedingungen der Mikro-, Meso- und Makroebene in den Blick.

Makroebene: gesellschaftliche Strukturen und gesellschaftliche Entwicklungen wie z.B. Berufspolitik, (Berufs-)Bildungspolitik, Migration, Globalisierung, gesetzliche Vorgaben, Ausbildungspläne; Ökonomisierung, Technisierung und Standardisierung in Gesundheits- und Pflegeberufen sowie im Rettungswesen, berufsdidaktische Diskurse, gesellschaftliche Normen und Werte.

Mesoebene: Aspekte der Professionsentwicklung, Qualitätsmanagement und –sicherung, Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachpersonal, Lernortgestaltung und Lernortkooperation, Rahmenvorgaben und -bedingungen der Institutionen, Standards.

Mikroebene: bezogen auf die Lernorte (Hoch-)Schule, berufliche Praxis und den Dritten Lernort; alle Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in denen Pflegefachpersonen und Physiotherapeut/innen im (teil-)stationären und ambulanten Bereich tätig sind sowie Rettungswachen inklusive Räume der Öffentlichkeit und Häuslichkeit, in denen Notfallsanitäter/innen handeln; Vorbereitung, Planung und Evaluation von Lehr-Lernsituationen sowie direkte Interaktionen in Lehr-Lernzusammenhängen.

Erleben/Deuten/Verarbeiten

Anleitungssituationen werden von den verschiedenen Akteuren vor dem Hintergrund individueller Erfahrungen und Einstellungen stets subjektiv erlebt und ausgedeutet. Dabei sind die persönlichen Deutungen, die Bewältigungsstrategien und erlebten Ressourcen der Auszubildenden und Weiterbildungsteilnehmer/innen zu berücksichtigen.

In beruflichen Situationen gilt es, die verschiedenen Situationsdeutungen aufeinander zu beziehen und möglichst ein gemeinsames Situationsverständnis auszuhandeln. Es sollte darauf geachtet werden, dass verschiedene Akteure, Sichtweisen und ihr Erleben, Deuten und Verarbeiten in den Blick kommen. Abhängig von der jeweiligen Situation kann sich das Erleben, Deuten und Verarbeiten sowohl auf die Perspektive der Auszubildenden, der Praxisanleiter/innen, der Lehrenden der (Hoch-)Schule und des Teams beziehen.

Handlungsoptionen

Handlungsoptionen sind handlungsbezogene Aktivitäten, welche in den jeweiligen Situationen von den beteiligten Akteuren angewendet werden. Hier zeigen sich die formulierten Kompetenzen im konkreten Handeln.

Methodische Anregungen / Lehr- und Lernformen

An dieser Stelle werden methodische Anregungen für die Lehr-Lernprozesse in der Weiterbildung vorgeschlagen. Die Auswahl der Methoden sowie Lehr- und Lernformen richtet sich nach den Situationen und den enthaltenen Lerngegenständen. Dabei werden neben einer Vielseitigkeit vor allem solche Methoden bedacht, die das Erleben der Lebens- und Berufswelt der Weiterbildungsteilnehmer/innen, ihre Deutungen ausgewählter Anleitungssituationen und ihre erlebten Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in den Vordergrund stellen.

Es eignen sich zudem Methoden, die simulierte Lernumgebungen als Lernanlass nehmen, da das Lernen in Simulationen und Szenen ein handlungs- und entwicklungsorientiertes Lernen ermöglicht.

Situationsvorschläge

An dieser Stelle werden exemplarische Situationen aus dem Handlungsfeld von Praxisanleiter/innen als Situationsvorschläge gemacht, die für Lernprozesse in der Weiterbildung verwendet werden können. Sie werden im Begleitmaterial zur Verfügung gestellt. Auch Situationsbeschreibungen von Auszu-

bildenden oder anderweitige authentische Fallsituationen können herangezogen werden.

In der Ausdeutung dieser Situationen und der Verschränkung mit wissenschaftlichem Wissen und Erfahrungswissen können die jeweiligen Kompetenzen angebahnt werden. Diese lassen sich auf ähnliche berufliche Situationen übertragen.

In der Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in sollten die Situationen so variiert werden, dass alle Berufe (Notfallsanitäter/in, Pflegefachkräfte und Physiotherapeut/innen), sowie das soziale und kulturelle Umfeld und die verschiedenen Arbeits- und Versorgungsbereiche berücksichtigt werden.

Vor dem Hintergrund der Bildungsziele, sollten die Situationen sowohl authentisch sein als auch multidimensionale Problem-, Konflikt- oder Dilemmasituationen enthalten.

Modulprüfungsformate

An dieser Stelle werden mögliche Modulprüfungsformate vorgeschlagen. Die Verantwortlichen entscheiden sich *für einen Vorschlag*.

Zu berücksichtigen ist, dass hinsichtlich des vorherrschenden Situationsprinzips und der Kompetenzorientierung keine reinen Wissensprüfungen erfolgen, sondern Prüfungsformate gewählt werden, in denen Kompetenzen bewertet werden.

Mögliche Prüfungsformate:

- Praktische Prüfungen im SkillsLab / mit Hilfe von Simulationen
- Präsentationen von Anleitungsentwürfen
- Präsentation eines Ausbildungsplanes für einen praktischen Einsatz
- Reflexionsbericht zu einer erlebten Anleitungssituation
- Reflexionsgespräche mit Auszubildenden zur Einschätzung der Kompetenzentwicklung
- Analyse eines Prüfungsgesprächs anhand von Wortprotokollen
- Strukturierte Portfolioaufgaben

Literaturhinweise

Hier werden Literaturempfehlungen gegeben, welche zur Unterstützung und Untermauerung der Module hilfreich sind.

3.2. Modulübersicht

M01 Ein professionelles Berufsverständnis als Praxisanleiter/in entwickeln			
Präsenzzeit 60 Std.	Selbststudium 30 Std.	Workload 90 Std.	Leistungspunkte 3 LP

M02 Beziehungen individuell wahrnehmen und gestalten			
Präsenzzeit 45 Std.	Selbststudium 15 Std.	Workload 60 Std.	Leistungspunkte 2 LP

M03 Die praktische Ausbildung planen und Anleitungssituationen vorbereiten, durchführen, evaluieren und Qualität sichern			
Präsenzzeit 100 Std.	Selbststudium 50 Std.	Workload 150 Std.	Leistungspunkte 5 LP

M04 Prüfen und Bewerten			
Präsenzzeit 40 Std.	Selbststudium 20 Std.	Workload 60 Std.	Leistungspunkte 2 LP

M05 Lernortkooperation mitgestalten			
Präsenzzeit 20 Std.	Selbststudium 10 Std.	Workload 30 Std.	Leistungspunkte 1 LP

M06 Achtsam sein und verantwortungsvoll handeln			
Präsenzzeit 35 Std.	Selbststudium 25 Std.	Workload 60 Std.	Leistungspunkte 2 LP

4. Handlungssituationen

Hier finden Sie authentische Handlungssituationen, die in den jeweiligen Workshops gewonnen und im durchgeführten Pilotprojekt in der Weiterbildung eingesetzt wurden. Diese können als exemplarische Situationen für das Handlungsfeld Praxisanleitung bezeichnet werden. Die Situationen sind den jeweiligen Modulen zugeordnet, eignen sich teilweise jedoch auch für andere Module und geben Anregungen für die Arbeit mit Handlungssituationen in der jeweiligen Weiterbildung zum/zur Praxisanleiter/in.

M01	Ein professionelles Berufsverständnis als Praxisanleiter/in entwickeln
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation 1 (Pfleger) „Schluss aus, jetzt suchen wir uns das einfach“ ▪ Situation 2 (Physiotherapie) „Och weißte was, der ist jetzt vier Wochen da und dann pff nach mir die Sintflut“ ▪ Situation 3 (Notfallsanitäter/in) „Du mit deiner Praxisanleitung“ ▪ Situation 4 (Physiotherapie/übergreifend) „Gerade dieses Selbstbewusstsein gehört ja nun mal dazu“

Situation 1 (Pfleger)

„Schluss aus, jetzt suchen wir uns das einfach“

- 1 Meine Anleitungssituation war, was mir soweit einfällt, dass die Auszubildende, die war muss
- 2 man dazusagen im dritten Lehrjahr, kam auf mich zu und meinte, sie hätte noch nie was mit

3 einer PEG zu tun gehabt und da wir auf unserem Wohnbereich eine Bewohnerin ham, die
4 mit einer PEG versorgt wird, habe ich gesagt, ja können wir uns gerne mal Zeit dazu neh-
5 men, suchen wir uns mal aus. Habe ich auch weitergegeben an die Heimleitung und nie eine
6 Antwort bekommen und dann habe ich gesagt „Schluss aus, jetzt suchen wir uns das ein-
7 fach.“ Ich hab dann die PEG- Versorgung abgekoppelt von der Grundpflege und hab gesagt
8 „lass uns das einfach mal gerne mit der Bewohnerin machen“. Wir haben uns dann dort ge-
9 getroffen und im Vorfeld habe ich aber die Auszubildende sich über eine PEG auch kundig ma-
10 chen lassen. Na von den theoretischen Grundlagen her. Ich habe gesagt, es könnte auch
11 sein, ich stelle dir ein paar Fragen. Das habe ich dann aber nicht gemacht, weil ich genau
12 weiß, die ist zu zielstrebig. Die hat glaube ich im nächsten Moment angefangen Informatio-
13 nen zu sammeln.

14 Wir sind dann so rein, die Aufgabe war in dem Moment, die Nahrung, die durchgelaufen war,
15 ab zu machen und die ganze Nachsorge jetzte für die Nahrungsversorgung zu machen.
16 Dann haben wir erstmal ein bisschen die Theorie besprochen, was ist denn die PEG, wozu
17 dient sie, was gibt es noch für andere Möglichkeiten der parenteralen Ernährung. So ein
18 klein bisschen Theoriewissen haben wir dann doch schon im Vorhinein besprochen. Dann
19 habe ich ihr erstmal, das hatte ich ein bisschen vorbereitet, die ganzen Hygienemaßnahmen,
20 Hände desinfizieren, Handschuhe anlegen, Arbeitsfläche desinfizieren. Weil ich gehe in jede
21 Anleitung immer rein mit dem Hintergedanken einer Prüfungssituation, damit sie sich ja
22 nichts Falsches erst aneignen. Dann haben wir uns die ganzen Materialien vorbereitet, die
23 wir brauchen, es sind ja nicht viele und dann habe ich eben das ihr gezeigt, sie sollte wirklich
24 nur zugucken. Das habe ich ihr halt auch alles noch erklärt und mehr war es eigentlich nicht.
25 Hände desinfiziert und dann wars das. Dokumentiert habe ich dann im Nachhinein.

26 Hast du dich in der Anleitung unsicher gefühlt?

27 Nein, aber ich habe gemerkt, dass wenn man nicht in der Anleitersituation ist, dass man
28 manche Schritte auch weglässt. In der Eile der Zeit, wenn man selber die Maßnahme durch-
29 führt. Das ist für uns sicherlich das schwierigste, ich will jetzt nicht sagen Problem, aber
30 durch die Routine und die immer wiederkehrende Tätigkeit, die man ja macht, dann wirklich
31 auch merkt, wo die eignen Defizite sind. Ich würde es nicht Unsicherheit nennen, sondern
32 Achtung und für sich selber reflektieren. Also klar ziehst du immer Handschuhe an, aber des-
33 infizierst du immer die Arbeitsfläche, wenn du Sachen rausholst? Wo stellst du den Müllbeu-
34 tel hin? und so weiter. Genau.

35 Wie würdest du so deine Rahmenbedingungen in der Situation beschreiben?

36 Die Zeit habe ich mir selber geschaffen. Ich habe mir versucht die Zeit einzufordern, was
37 nicht kam. Dann haben wir es einfach für uns beschlossen, heute machen wir das mal. Es
38 wäre natürlich schöner gewesen, wenn die Leitung gesagt hätte „so pass auf, morgen hast
39 du Praxisanleitertag und du übst alles, was sich die Schule gewünscht hat“. Weil man hätte
40 sich dann auch zielgenau darauf vorbereiten können. So war es ja meine Entscheidung, in-
41 nerhalb der nächsten Woche schauen wir, wie es passt.

42 Habt ihr denn einen Praxisanleitertag? Also kriegt ihr von eurer Leitung Praxisanleitertage
43 zur Verfügung gestellt?

44 Nein, noch nicht. Weder die Schüler noch wir. Bloß das ist ja die Zukunft. Weil diese Anfor-
45 derungen, die ab sofort gestellt werden, soweit kann ich das glaube ich schon beurteilen,
46 gerade mit der Generalistik, mit dem System, dass kommt ja nicht vom Himmel gefallen. Das
47 müssen wir uns ja dann als Praxisanleiter auch antrainieren und nicht nur zuhause, sondern

48 sicherlich auch in der Arbeit mit dem Schüler in der Praxis und dazu muss die Leitung freie
49 Kapazitäten zur Verfügung stellen. Und das vergleiche ich immer mit dem Schmerz beim
50 Tätowieren. Das wird nicht ohne Konflikte abgehen mit Sicherheit. Und ich bin auch soweit
51 zu sagen, also wenn ich die Ausbildung abgeschlossen haben, werde ich hingehen zur Lei-
52 tung und sagen „so und so stelle ich mir die Arbeit vor, so und so sind die gesetzlichen An-
53 forderungen.“ Und wenn sie mir dann sagen „ja aber...“ dann werde ich diese Tätigkeit nicht
54 ausüben.

55 Das machen wir dann aber alle drei zusammen, weil drei erreichen mehr als einer allene.

56 Ja, mir ist vollkommen klar, dass das illusorisch ist, dass es haargenau so umzusetzen ist.
57 Aber ansatzweise, dass man sagt „ihr bekommt jetzt einen Tag alle 14 Tage oder einmal im
58 Monat je nachdem wie man es sich einrichtet, wo du wirklich ausschließlich eine Anleitung
59 mit deinem Auszubildenden machst“ muss einfach drin sein. Das ist aber glaube ich, bei un-
60 ser Leitung noch nicht angekommen.

61 Da müsst ihr denen Nahebringen, das wissen die ja primär nicht. Wir haben jetzt ja diese
62 Vorgaben bekommen, wie viel also zum Beispiel 40 Stunden, wie viele Beurteilungen, in
63 welchen Zeiträumen und das muss der Leitung mitgeteilt werden.

64 Ich würde bloß erstmal abwarten bis ich den Abschluss habe. Ich habe jetzt nur mal gesagt,
65 dass einiges auf uns zu kommt.

66 Aber klar, wir müssen wirklich in den Einrichtungen erreichen, dass die Praxisanleitung oder
67 die Ausbildung professioneller organisiert wird, um es mal zusammenzufassen und dafür
68 brauchst du Zeit. Und wir müssen es erreichen, dass die Ausbildung professioneller organi-
69 siert wird, dass Zeit zur Verfügung gestellt wird, denn die Einrichtung erhält dafür ja auch aus
70 dem Ausbildungsfond Geld. Das Geld ist ja dafür da und das müssen wir auch verinnerlichen
71 als Praxisanleiter und bei der Diskussion mit der Leitung auch ins Spiel bringen.

Situation 2 (Physiotherapie)

„Och weißte was, der ist jetzt vier Wochen da und dann pff nach mir die Sintflut“

1 Also ich möchte euch gerne was erzählen von einer Situation, die ich gehabt hab mit einem
2 Auszubildenden Ende des zweiten Lehrjahres, der bei uns im neurologischen Praktikum ge-
3 wesen ist. Und wir sind ein relativ kleines Team. Wir sind also fünf Kollegen miteinander,
4 also wir nehmen die Azubis schon eigentlich relativ ins ins Team auf. Sie werden natürlich
5 am Anfang bei der Belehrung und so weiter drauf hingewiesen, dass sie möglichst offen sein
6 sollen, dass sie immer auf uns zukommen sollen, wenn sie Probleme haben, dass sie auf
7 uns zukommen sollen und Fragen sollen, ob sie mit reinkommen können in die Hospitation.
8 Also sie sollen schon selbst aktiv werden.

9 Das war jetzt also ein Azubi den ich dort hatte, der war sehr sehr sehr vorsichtig. Immer,
10 wenn ich oder Kollegen auf ihn zu kamen und gefragt haben „wir würden gerne mal von dir
11 diese oder jene Technik sehen“, sei es jetzt auch ne klassische Massage, sei es irgendwo
12 aus nem Befund heraus was, dass man irgendwie nen Test nach Janda macht oder ähnli-
13 ches, er konnte immer alles nicht. Er hat das immer alles abgeblockt. Er war immer sehr ab-
14 lehnend. Oder wenn man noch gesagt hat „wir würden Sie jetzt gern mit in die Behandlung
15 hineinnehmen“. Er war immer eher stark „ich möchte nicht eigentlich nicht, rühr mich nicht
16 an“ und so weiter. Das hat natürlich irgendwo auch zu Spannung in dem Praktikum geführt
17 logischerweise, das lässt sich gar nicht vermeiden. Ich krieg ja dann immer das Feedback
18 von meinen Kollegen und das war nicht immer sehr positiv.

19 Außerdem hatte er ne ganz unangenehme Eigenschaft. Also in unserem Pausenraum die
20 Kaffeemaschine, die war permanent überfordert in diesem Zeitraum. Das war also sehr auf-
21 fallend, was man sonst bei den Azubis nicht so sehr hatte. Und es wirkte eigentlich jeden
22 Tag immer wie als wäre er wie neu in der Praxis. Das war also schon ein sehr schwieriger
23 Auszubildender, sodass wir dann im Prinzip oder ich die Entscheidung getroffen habe, mit
24 ihm ein sehr gründliches Zwischengespräch zu führen, was ich normalerweise üblicherweise
25 allein mache. Hier hab ich aber den Praxisinhaber mit dazu genommen, damit wir sozusagen
26 zwei Personen sind, also, dass wir en Zeugen haben, falls da irgendwo in dieser Richtung
27 was ist. Und ich hab dem Azubi dann die Situation geschildert, wie er im Team wahrgenom-
28 men wird, wie meine Kollegen ihn sehen. Bin damit eingestiegen und hab sozusagen nach-
29 dem ich diesen Einstieg gemacht hab, ihm eigentlich dann die Möglichkeit gegeben, sich zu
30 reflektieren, wie fühlt er sich denn bei uns? Das hab ich bewusst diesmal in diesem Falle so
31 gedreht. Normalerweise lass ich sonst eigentlich die Azubis immer zuerst sich selbst reflek-
32 tieren, aber ich wollte mit der Geschichte schon die Notwendigkeit und den Ernst der Situati-
33 on darlegen, dass das also so ni funktionieren kann und dass er, wenn er die Ausbildung
34 weiter so fortführt, sicher Schwierigkeiten bekommen wird, die Sache überhaupt zu meistern.
35 Was dann mir sehr wichtig war, ich hab nochmal unser Berufsbild, also den Physiotherapeu-
36 ten, im Spannungsbogen zum Patienten geschildert. Wie stehen wir denn als Physiothera-
37 peuten vorm Patienten? Was müssen wir ausstrahlen? Kompetenz, Fachsicherheit, Empa-
38 thie und so weiter und sofort. Also alles Dinge, die er kaum ausgestrahlt hat bzw. garni aus-
39 gestrahlt hat, hab ich hier nochmal besonders unterstrichen, auch dass es jetzt hier ni nur
40 darum geht, uns in der Praxis zu gefallen, sondern eben wirklich, dass ist das Berufsbild. Ich
41 hab ihm Motivation gegeben, hab ihm gesagt, dass er sicherlich mehr kann, dass er auf je-
42 den Fall von dem, was er mir rübergebracht hat an klenen fachlichen Sequenzen, dass er
43 schon in der Lage ist, diesen Beruf zu machen, dass er sich einfach mehr zutrauen muss,

44 dass er einfach forscher sein muss, forscher gegenüber den Patienten, forscher gegenüber
45 den Kollegen. Und dass er mehr Selbstvertrauen in die ganze Sache bringen muss. Und wir
46 haben dann gemeinsam Ziele formuliert für die nächsten zweieinhalb Wochen, die er noch
47 bei uns ist, dass wir das also dann am Ende wieder reflektieren, dass er einen ganz klaren
48 Fahrplan hat, worauf achten die, worauf schauen die, wo muss ich mich verändern. Das war
49 also ein Zwischengespräch, was ich so in der Intensität selten führe muss ich sagen.

50 Der Schüler hat sich dann am Ende beim Endgespräch sogar dafür bedankt. Er war sehr
51 froh, dass eigentlich jemand das mal getan hat. Sonst in vielen Praktika wars eben so, dass
52 naja „sie warn soweit ganz gut und ja ja so im Großen und Ganzen machen sie weiter so und
53 blablabla“. Also dass ihm wirklich mal jemand die Schwierigkeiten und die Eckpunkte, wie er
54 sich gegeben hat, dass die so klar angesprochen wurden, da war er sehr dankbar. Er hat
55 dann nach den vier Wochen gesagt „es war ein sehr gutes Praktikum. Er hat sehr viel bei
56 uns mitgenommen.“ Es wäre sein intensivstes Praktikum gewesen und hat sich wie gesagt
57 noch mal dafür bedankt, was ich also schon eigentlich auch beeindruckend finde und ich der
58 Meinung bin, dass es wichtig ist, dass wir auch dem Schüler, wenn wir spüren, dass es sol-
59 che Problemschüler sind, relativ zeitnah so eine Reflexion führen, damit beide Seiten die Zeit
60 haben, uns sozusagen nochmal das anzuschauen und vor allen Dingen, dass man's auch
61 wirklich dem Schüler mit auf den Weg gibt und nie denkt „och weißte was, der ist jetzt vier
62 Wochen da und dann pff nach mir die Sintflut“. Das halte ich für sehr problematisch.

Situation 3 (Notfallsanitäter/in)

„Du mit deiner Praxisanleitung“

1 Es war relativ unspektakulär. Es ging prinzipiell nur um eine reine strukturelle Sache. Und
2 zwar waren wir auf einem Einsatz gewesen und direkt in der Nähe von der Rettungswache.
3 Und wir waren mit dem Notarzt zusammen bei nem Patienten, der schlecht Luft bekommen
4 hat und der Notarzt hatte dann im Prinzip gesagt, dass da ein Monitoring gemacht werden
5 muss beim Patienten und ich hatte meinen Auszubildenden mit dabei gehabt. Das war da-
6 mals ein Rettungsassistent gewesen und ich hatte mit ihm in der Rettungswache schonmal
7 so sinnvolle Strukturmaßnahmen im Rettungsdienst besprochen, also was macht man zuerst
8 ran und wie werte ich Messwerte mit dem EKG aus etc..

9 Und da fing der dann halt erstmal an, am Patienten n Blutdruck ranzubauen, obwohl wir vor-
10 her gesagt ham, Blutdruck ist erstmal ne das erste, was wir brauchen, sondern, was geht am
11 schnellsten, was geht am einfachsten. Und am einfachsten ist immer der SPO2-Sensor und
12 das macht auch am meisten Sinn bei der Atemnot, nu. Auf jeden Fall hab ich dem das ge-
13 wahren lassen, weil ich mir dachte, wenn ich dem jetzt dazwischen funke, dann bring ich den
14 komplett aus dem Konzept raus, ne und das war halt son kleiner fitzscher Typ gewesen und
15 wenn du da regulierend eingreifst bei so kleinen Sachen, da ist der völlig raus gewesen.

16 Und auf jeden Fall hat der Notarzt das aber bemerkt und quakte da dazwischen und da hab
17 ich dann zu dem Notarzt bloß gesagt, dass er sich zurückhalten sollte, dass ich das schon
18 mache. Auf jeden Fall ging der Einsatz dann so weiter und beim Rausgehen äh kommt dann
19 der Notarzt zu mir und meinte „äh du pass mal auf hier, du mit deiner Praxisanleitung, das
20 musst du aber so und so und so machen!“ Und ich und der Notarzt wir kennen uns nu och
21 schon lange und dann hab ich dem das so erklärt, auch so mit zwei drei Sätzen, dass er sich
22 um sein medizinisches Zeug zu kümmern hat und mir nicht reinzuquatschen hat bei der Pra-
23 xisanleitung, weil das meine Baustelle ist und dass ich mir schon was dabei denke, warum
24 ich das so mache.

25 Auf jeden Fall haben wir dann den Patienten ins Krankenhaus gefahren und das war auch
26 alles ganz schicki gewesen und meine Grundidee war gewesen, dort nicht regulierend ein-
27 zugreifen, dass ich eben mit dem Auszubildenden genau das nachbesprechen kann. Genau
28 diesen Fall nochmal plastisch, genau an dieser Art erklären kann, dass Blutdruck zuerst
29 messen jetzt in dem Fall gar keinen Sinn macht, so und das auch medizinisch-fachlich be-
30 gründen konnte, dass der SPO2-Klipp mehr Sinn macht und weil ich der Meinung bin, dass
31 wenn man zu früh regulierend eingreift, dass die das dann eben ni lernen und gewisse Feh-
32 ler machen müssen, damit man das nachbesprechen kann und die quasi plastisch an diesem
33 Beispiel merken, ok, ja stimmt, da war ja mal was gewesen, das mach ich jetzt in Zukunft
34 anders.

35 Der Auszubildende hats gut aufgenommen und der Lerneffekt war unwahrscheinlich hoch
36 gewesen. Also ich hab das vorher schonmal n paar Mal mit dem probiert und das hat nie
37 funktioniert und ja in dieser Situation die kam halt genau wie gerufen, da hat das halt richtig
38 gut funktioniert und da hat er die Fehler dann nicht mehr gemacht im weiteren Ausbildungs-
39 verlauf.

Situation 4 (Physiotherapie)

„Gerade dieses Selbstbewusstsein gehört ja nun mal dazu“

Ich hab eine Schülerin gerade, die das dritte Studienjahr wiederholen muss. Sie ist noch mal bei uns im Praktikum mit dem großen Ziel, dass sie jetzt die Prüfung schaffen will. Die Aufgabe war meinerseits sie erst mal zu fragen, was war der Grund woran hats gescheitert, dass sie das dritte Studienjahr noch mal wiederholen muss oder warum sie die Prüfung nicht geschafft hat. Das Gute für mich ist, dass die Schülerin schon das zweite mal bei uns im Haus ist und ich sie demzufolge schon mal in der Neurologie als Schülerin hatte. Im Gespräch war die Schülerin dabei und ich.

Die Situation war folgende: Wir haben drüber gesprochen und ich hab die Situation als sehr motivierend erlebt. Ich selber bin sehr motiviert mit der Schülerin zu arbeiten, dass sie das wirklich diesmal richtig gut schafft oder überhaupt schafft. Und die Schülerin selber möchte natürlich das jetzt auch zu Ende bringen, dass sie die Prüfung positiv abschließt. Die Unsicherheit in der Situation war, dass es der Schülerin unangenehm war, mit mir da drüber zu sprechen. Ich hab sie bestärkt, dass es das nicht muss, weil ich das von ihr bloß erfahren möchte, damit ich einfach ihre Stärken kenne und ihre Unsicherheiten, um unser Praktikum daraufhin abstimmen zu können.

Aber das, was es der Schülerin halt schwer macht ist, dass es ihr Grundcharakter ist, dass sie eher ne schüchterne Therapeutin ist und nicht so selbstbewusst dem Patienten gegenüber tritt und die Behandlung plant. Sie hat es so beschrieben, dass sie in der Behandlungssituation sich sehr verunsichern lässt und nicht selbstbewusst gegenüber dem Patienten auftritt, die Anweisung dem Patienten gegenüber demzufolge nicht konkret ausspricht und sich dann in der Behandlungsplanung und Durchführung verunsichern lässt und verhaspelt. Aber gerade dieses Selbstbewusstsein gehört ja nun mal dazu. Und das kann man ja ganz gut üben. Kann man in kleinen Situationen üben, dass sie Teilgebiete der Behandlung übernimmt. Wir ham's theoretisch noch mal besprochen, aber einfach immer wieder übers Selbstbewusstsein gegangen. Also das denke ich ist das Kernproblem von ihr gewesen.

Das Ende des Gespräches war so, dass die Schülerin sehr positiv motivierend aus dem Gespräch gegangen ist. Sie hat Übungsaufgaben von mir bekommen, damit wir gemeinsam daran arbeiten können, sie erfolgreich das Ganze besteht. Und ich hab sie im Selbstbewusstsein gestärkt, dass sie einfach ne gute Therapeutin ist und es wichtig ist, dass sie das den Patienten auch zeigt.

Und eine zweite Sache sind so die Umgangsformen, also nicht nur das Fehlen vom professionellen Auftreten, sondern halt diese Umgangsformen. Das merk ich auch bei unsren anderen Schülern laufend, also sich mal zu bücken und den Patienten die nicht in der Lage sind, die Schuhe an zu ziehen – da muss ich jedes Mal sagen „Bitte Schuhe anziehen, bitte den Rollator hinstellen“. Also die fangen an mit irgendwelchen High-Therapie-Sachen, wie Gleitmobilisation, manuelle Therapie, weil sie gerade mal nen engagierten MT-Lehrer haben in der Schule. Aber diese Grundlagen wie Klopfen, „guten Tag, ich bin der Max ich bin ihr Physiotherapeut, die Aufgabe für sie ist heute an den Betrand umzusetzen und laufen zu üben und ich reiche Ihnen jetzt mal das Zubehör“ und da mal Hand anzulegen, das muss ich alles immer vorgeben.

Also in der Regel ist es so. Es gibt eben halt auch Ausnahmen, wo das dann funktioniert wie sag ich mal bei der Schülerin, die die Prüfung bei uns in der Klinik wiederholt hat. Die war dann auch blickig, die wusste dann, wo sie mit anfassen soll. Da musste man nichts sagen.

Ne aber nen ganzen Großteil gibt es trotzdem auch im dritten Ausbildungsjahr, die dann solche Umgangsformen immer noch nicht beherrschen. Und bei manchen Schülern kriegt man halt einfach auch Bauchschmerzen, wenn die dann ins Berufsleben gehen.

M02	Beziehungen individuell wahrnehmen und gestalten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation 1 (Notfallsanitäter/in) „Ich wäre halt wirklich dafür, dass sie [...] ne individuelle 1:1 Betreuung kriegt“ ▪ Situation 2 (Physiotherapie) „Gerade dieses Selbstbewusstsein gehört ja nun mal dazu“ ▪ Situation 3 (Physiotherapie) „Och weißte was, der ist jetzt vier Wochen da und dann pff nach mir die Sintflut“ 	

Situation 1 (Notfallsanitäter/in)

„Ich wäre halt wirklich dafür, dass sie [...] ne individuelle 1:1 Betreuung kriegt“

1 Ich möchte eine Anleitungssituation schildern, in der ich einer Auszubildenden Medikamente
 2 aufziehen quasi nähergebracht habe. Die Auszubildende ist erstes Lehrjahr und ist ein sehr
 3 zurückhaltender, schüchterner Mensch. Sie hat wenig Vertrauen zu Kollegen, weil sie
 4 schlechte Erfahrungen bei uns auf Arbeit gesammelt hat und hat eigentlich nur zu mir Ver-
 5 trauen und redet auch mit mir als einzige offen über Sorgen, Ängste, Probleme.

6 Die Auszubildende hatte im Unterricht das Thema Medikamente aufziehen theoretisch ver-
 7 mittelt bekommen. Dann hatte sie das Krankenhauspraktikum, was zeitnahe anstand, wo sie
 8 in die Anästhesie sollte, wo ja Medikamente aufziehen ein grundlegender Punkt ist, wo die
 9 das auch verlangen, dass ein Auszubildender auch schon Medikamente aufziehen kann.

10 Sie hat es im Einsatz schon öfter gesehen, aber in verschiedenen Arbeitsweisen, weil ja je-
 11 der Kollege unterschiedlich arbeitet. Dann war ich in einem gemeinsamen Einsatz mit ihr, in
 12 dem Medikamente aufgezo-gen werden mussten. Ich wusste von der Schule, dass es halt im
 13 Unterricht gelaufen ist und habe sie im Einsatz, der nicht sehr zeitkritisch war, gefragt, ob sie
 14 ein Medikament unter meiner Beobachtung aufziehen möchte. Da wirkte sie sehr schüchtern
 15 und verneinte diese Durchführung. Im Einsatznachgespräch habe ich sie direkt auf die Situa-
 16 tion angesprochen und habe sie gefragt, wie wir jetzt vielleicht damit umgehen wollen, da
 17 halt das Krankenhauspraktikum ansteht. Und da kam die Frage von ihr, ob es eine Möglich-
 18 keit gibt, dass ich es ihr mal vormache kann, dass ich es ihr zeige. Darauf bin ich noch mal
 19 bisschen eingegangen, habe sie gefragt, ob sie denn Hemmungen hat und das hatte sie mit
 20 ja beantwortet und konnte mir aber nicht sagen, warum das so ist.

21 Um sie ein bisschen entspannter an die Situation ranzuführen und so ein bisschen die Angst
 22 rauszunehmen, haben wir uns erst mal aufgeschrieben, was für Material überhaupt benötigt
 23 wird. Sie hat erst mal so an die Tafel angeschrieben, was ihr jetzt einfällt, was sie alles
 24 braucht und das haben wir dann noch so ein bisschen ergänzt. Als wir die Liste erstellt hat-
 25 ten, haben wir ein Foto davon gemacht und sind ins Lager gegangen und haben das Material
 26 erst mal gemeinsam zusammengesucht, dass man immer noch mal so den Praxisbezug hat,
 27 dass sie das alles erst mal noch ein bisschen anfassen konnte, raussuchen konnte. Dann
 28 haben wir uns dann gemeinsam unseren Tisch vorbereitet und dann hab ich es zweimal vor-

29 gemacht. Nach dem ersten Mal war sie immer noch sehr verunsichert. Dann hab ich es das
30 zweite Mal vorgemacht, aber so richtig hat sie sich das immer noch nicht richtig getraut.

31 Nachfrage: hast du es das zweite Mal langsamer gemacht als beim ersten Mal?

32 Ja, genau. Wir es wirklich Schritt für Schritt parallel gemacht. Also ich hab erst alles vorge-
33 macht und sie hat jeden Schritt nachgemacht. Gut das Einführen der Kanüle in die Ampulle
34 war jetzt selbsterklärend, aber beim Aufziehen hab ich ihre Hand geführt. Also ich bin quasi
35 von hinten an sie ran gegangen und hab ihre Hände gegriffen und hab quasi mit ihren Hän-
36 den die Ampulle dann aufgezogen. Das haben wir auch alles zweimal gemacht, weil nach
37 dem ersten Mal hat sie es zwar schon einmal praktisch gemacht, aber halt noch nicht verin-
38 nerlicht gehabt.

39 Dann haben wir einen Durchlauf gestartet, wo ich keine praktische Hilfe mehr gegeben habe,
40 aber ich hab ihr verbal permanent erklärt, was sie jetzt zu tun hat. Und dann haben wir einen
41 Durchlauf gestartet, wo sie komplett die Situation alleine durchführen sollte, also Ampulle
42 aufbrechen, Spritze zusammenstecken und das Medikament aufziehen. Dabei hat man dann
43 gemerkt, dass sie so die Angst so langsam abbaut und sie auch mit so nem kleinen Grinsen
44 da stand und sie so ein bisschen stolz war, dass sie es alleine geschafft hat.

45 Daraufhin haben wir eine Feedbackrunde gestartet mit rot, gelb grüner Karte. Da kam ne
46 grüne Karte, also für sie fühlt sich gut, mit der Begründung „ja sie ist jetzt gerade sehr glück-
47 lich, dass sie das geschafft hat und es ist ja eigentlich gar nicht so was Schlimmes.“ Und hab
48 sie dann gefragt, ob sie sich das im nächsten Einsatz zutrauen würde, aber das beantwortete
49 sie mit einer roten Karte, mit der Aussage, dass sie ist sich noch zu unsicher ist und sie gern
50 ein bisschen mehr Übung möchte.

51 Dann haben wir uns für den Nachmittag vorgenommen, dann noch mal zu üben und da hat
52 sie dann halt wirklich ganz selbstständig zig tausend verschiedene Ampullen aufgezogen.
53 Und danach hat sie es dann auch im Einsatz angewendet, aber auch nur unter meiner Füh-
54 rung.

55 Nachfrage: Hat das im Einsatz geklappt?

56 Ja, also da war sie wirklich sehr, sehr, sehr aufgeregt, sehr, sehr nervös. Sie hat auch sehr
57 viel rückversichert- also immer so dieser Blick zu mir „guckst du jetzt auch wirklich?“. Ich hab
58 das auch zu meinem Kollegen und zu dem Notarzt, der mit da war kommuniziert „ich bin mal
59 kurz da und kümmerge mich jetzt um die Auszubildende, sie zieht das erste Mal im Einsatz ihr
60 Medikament auf“. Hab das wirklich auch kommuniziert, dass sie die Sicherheit hat, dass sie
61 jetzt aus dem Geschehen erstmal mehr oder weniger raus ist, und dass ich mich einfach
62 auch um sie kümmern kann, und dass die Kollegen das wussten. Und das hat dann tatsäch-
63 lich auch funktioniert. Wie gesagt, sie war aufgeregt, ohne Frage, aber sie hat's dann ord-
64 nungsgemäß durchgeführt.

65 Nachfrage: Wie du sie jetzt so im Einsatz erlebt hast, denkst du sie ist für den Beruf geeig-
66 net?

67 Das ist ein anderes Thema. Das ist sehr schwierig. Sie hat das erste Lehrjahr ja wiederholt.
68 Sie will das unbedingt. Sie steht sich selbst im Weg. Also sie ist halt von ihrer Art her wirklich
69 sehr schüchtern und hat durch ihre schüchterne Art von vielen älteren Kollegen sehr viel Ab-
70 neigung erlebt und damit hat sie sich noch mehr zurückgezogen. Und das ist das Problem.
71 Bei mir arbeitet sie schon. Also klar, sie ist ein bisschen langsamer, als man sich das viel-
72 leicht wünscht. Deswegen wiederholt sie auch das erste Lehrjahr, aber ich denke schon,

73 dass sie halt ne viel intensivere Betreuung braucht. Das ist das, was ich ihr grad halt gern
74 geben würde, aber nicht kann, weil's einfach der Dienstplan bzw. einfach so die Organisation
75 nicht hermacht. Sie braucht halt wirklich viel mehr Zeit und viel mehr „Bauchgepinsel“. Sie
76 braucht wirklich dieses Schritt für Schritt und dann arbeiten wir das vielleicht einfach noch
77 mal verbal auf und dann machen den nächsten Schritt. Sie braucht wirklich diese ganz Tip-
78 pel-Tappel-Tour immer wieder.

79 Bei mir dürfen die Auszubildenden ich sag mal das erste halbe Jahr, wo die sich ja eh erst-
80 mal so einfinden müssen und so, lernen die in der Schule natürlich Blutdruck messen. Das
81 dürfen die bei mir auch draußen machen. Alles andere läuft bei mir im Einsatz nur unter gu-
82 cken. Gucken und klar Patient mit runtertragen, ja ohne Frage, aber ansonsten alles was
83 wirklich invasiv ist oder wo irgendwas mit viel Handling ist, da ist nur gucken angesagt. Dann
84 erklär ich denen das auch dabei, aber das wird im Einsatz von nem Auszubildenden ja nicht
85 durchgeführt. Das arbeite ich dann nach dem Einsatz auf. Also bei mir sind Einsatznachge-
86 spräche nicht nur, ich stell mich hin und spreche mit dem, sondern bei mir sind Einsatznach-
87 spräche dazu da, Erlebtes nochmal nachzumachen.

88 Nachfrage: Wie lange beobachtest du das? Also ich meine man sieht ja, sie hat sehr, sehr
89 große Probleme, sie ist sehr zeitaufwendig, wie lange beobachtest du das bis du mal ein
90 Gespräch mit ihr suchst, um sie zu fragen, ob sie die Ausbildung wirklich absolvieren möch-
91 te?

92 Das Gespräch lief schon vor gut nem Jahr, also quasi in der Probezeit. Sie möchte das wirk-
93 lich unbedingt. Sie brauch halt die intensivere Betreuung und das wird von den oberen Ebe-
94 nen nicht gehört, einfach aufgrund der Personalnot. Es wär da möglich, sie immer zu mir
95 aufs Auto einzutakten, weil sie ja Probleme mit den älteren Kollegen hat. Aber wegen der
96 Personalnot können wir das an den Dienstplan nicht anpassen und demzufolge sitzt sie halt
97 auch öfters mit Leuten auf dem Auto, mit denen sie nicht warm wird oder halt schon mal Ne-
98 gatives erfahren hat und da verschließt sie sich halt wieder. Und dann fängst du halt wieder
99 weiter vorne an.

100 Also ich habe immer noch so ein bisschen die Hoffnung, dass es sich bessert, wenn sie sich
101 dann auch einfach ein bisschen mehr zutraut. Ich arbeite auch sehr aktiv dran gerade, wenn
102 ich sie halt sehe. Ich komm zum Beispiel auch mal, wenn ich Nachtdienst hab zwei Stunden
103 eher, um einfach noch mal mit ihr was zu machen oder so.

104 Sie hatte halt kurz nach der Probezeit im ersten Lehrjahr so einen Fall. Sie ist mit nem Koll-
105 egen, mit dem sie nicht klarkam, zu nem Toten gefahren. Nichts ganz Dramatisches, der
106 Mann war ungefähr ne halbe Stunde zuvor im Flur umgefallen und war tot. Also wirklich
107 nichts, also für uns jetzt nichts weiter Dramatisches. Aber mit ihr wurde danach kein Einsatz-
108 nachgespräch gemacht, sie wurde nicht gefragt, wie sie mit der Situation umgehen kann. Sie
109 hat das mit nach Hause genommen, hat das komplett emotional verarbeitet und ist aus der
110 Schule heulend weggelaufen und da hat mich dann irgendwann die Schule kontaktiert. Und
111 ich sollte dann fast drei Wochen nach diesem Ereignis mit ihr mal drüber reden.

112 Ja, da hab ich dann einen Kollegen hinzugezogen. Wir haben bei uns einen in der Firma der
113 ist Seelsorger. Und den hab ich dort einfach mit zu Rate gezogen und hab ihr nen Gespräch
114 mit mir und ihm angeboten. Das wurde von ihr auch so angenommen, aber in der Umset-
115 zung ist es dann halt leider einfach gescheitert, weil einfach auch dazwischen drei Wochen
116 lagen. Die hat das komplett einmal emotional verarbeitet. Ich hab dann halt viel Zeit im
117 Nachhinein genutzt und hab das dann einfach komplett mit ihr aufgearbeitet. Einfach, was ist

118 Tod, wie geht man damit um und wie ist der weitere Werdegang, wenn wir festgestellt haben,
119 jemand ist tot. Da hat sie dann auch relativ offen über diesen Fall gesprochen und das wurde
120 dann sukzessive immer ein bisschen besser. Sie hatte seitdem nicht noch mal nen Toten,
121 das ist halt so bisschen meine Angst, also da fühle ich mich auch sehr unsicher mit ihr. Mei-
122 ne Angst ist, wenn sie wieder mit nem Kollegen hat, mit dem sie eh nicht so warm ist und die
123 fahren zu nem Toten oder die reanimieren und der Patient verstirbt dann, wie ist da daraus
124 die Folge oder die Konsequenz für sie? Ich würde mir die Zeit auch definitiv nehmen dann
125 ein Nachgespräch zu führen, aber viele Kollegen sind da zu faul oder haben nicht die Lust,
126 sich da einzufühlen. Ich wäre halt wirklich dafür, dass sie halt permanent bei mir auf dem
127 Auto sitzt und wirklich ne individuelle 1:1 Betreuung kriegt, weil dann können wir sie wirklich
128 voranbringen.

Situation 2 (Physiotherapie)

„Gerade dieses Selbstbewusstsein gehört ja nun mal dazu“

1 Ich hab eine Schülerin gerade, die das dritte Studienjahr wiederholen muss. Sie ist noch mal
2 bei uns im Praktikum mit dem großen Ziel, dass sie jetzt die Prüfung schaffen will. Die Auf-
3 gabe war meinerseits sie erst mal zu fragen, was war der Grund woran hats gescheitert,
4 dass sie das dritte Studienjahr noch mal wiederholen muss oder warum sie die Prüfung nicht
5 geschafft hat. Das Gute für mich ist, dass die Schülerin schon das zweite mal bei uns im
6 Haus ist und ich sie demzufolge schon mal in der Neurologie als Schülerin hatte. Im Ge-
7 spräch war die Schülerin dabei und ich.

8 Die Situation war Folgende: Wir haben drüber gesprochen und ich hab die Situation als sehr
9 motivierend erlebt. Ich selber bin sehr motiviert mit der Schülerin zu arbeiten, dass sie das
10 wirklich diesmal richtig gut schafft oder überhaupt schafft. Und die Schülerin selber möchte
11 natürlich das jetzt auch zu Ende bringen, dass sie die Prüfung positiv abschließt. Die Unsi-
12 cherheit in der Situation war, dass es der Schülerin unangenehm war, mit mir da drüber zu
13 sprechen. Ich hab sie bestärkt, dass es das nicht muss, weil ich das von ihr bloß erfahren
14 möchte, damit ich einfach ihre Stärken kenne und ihre Unsicherheiten, um unser Praktikum
15 daraufhin abstimmen zu können.

16 Aber das, was es der Schülerin halt schwer macht ist, dass es ihr Grundcharakter ist, dass
17 sie eher ne schüchterne Therapeutin ist und nicht so selbstbewusst dem Patienten gegen-
18 über tritt und die Behandlung plant. Sie hat es so beschrieben, dass sie in der Behandlungs-
19 situation sich sehr verunsichern lässt und nicht selbstbewusst gegenüber dem Patienten auf-
20 tritt, die Anweisung dem Patienten gegenüber demzufolge nicht konkret ausspricht und sich
21 dann in der Behandlungsplanung und Durchführung verunsichern lässt und verhaspelt. Aber
22 gerade dieses Selbstbewusstsein gehört ja nun mal dazu. Und das kann man ja ganz gut
23 üben. Kann man in kleinen Situationen üben, dass sie Teilgebiete der Behandlung über-
24 nimmt. Wir ham's theoretisch noch mal besprochen, aber einfach immer wieder übers
25 Selbstbewusstsein gegangen. Also das denke ich ist das Kernproblem von ihr gewesen.

26 Das Ende des Gespräches war so, dass die Schülerin sehr positiv motivierend aus dem Ge-
27 spräch gegangen ist. Sie hat Übungsaufgaben von mir bekommen, damit wir gemeinsam
28 daran arbeiten können, sie erfolgreich das Ganze besteht. Und ich hab sie im Selbstbe-
29 wusstsein gestärkt, dass sie einfach ne gute Therapeutin ist und es wichtig ist, dass sie das
30 den Patienten auch zeigt.

31 Und eine zweite Sache sind so die Umgangsformen, also nicht nur das Fehlen vom professi-
32 onellen Auftreten, sondern halt diese Umgangsformen.

33 Das merk ich auch bei unsren anderen Schülern laufend, also sich mal zu bücken und den
34 Patienten die nicht in der Lage sind, die Schuhe an zu ziehen – da muss ich jedes Mal sagen
35 „Bitte Schuhe anziehen, bitte den Rollator hinstellen“. Also die fangen an mit irgendwelchen
36 High-Therapie-Sachen, wie Gleitmobilisation, manuelle Therapie, weil sie gerade mal nen
37 engagierten MT-Lehrer haben in der Schule. Aber diese Grundlagen wie Klopfen, „guten
38 Tag, ich bin der Max ich bin ihr Physiotherapeut, die Aufgabe für sie ist heute an den Bett-
39 rand umzusetzen und laufen zu üben und ich reiche Ihnen jetzt mal das Zubehör“ und da mal
40 Hand anzulegen, das muss ich alles immer vorgeben.

41 Also in der Regel ist es so. Es gibt eben halt auch Ausnahmen, wo das dann funktioniert wie
42 sag ich mal bei der Schülerin, die die Prüfung bei uns in der Klinik wiederholt hat. Die war

43 dann auch blickig, die wusste dann, wo sie mit anfassen soll. Da musste man nichts sagen.
44 Ne aber nen ganzen Großteil gibt es trotzdem auch im dritten Ausbildungsjahr, die dann sol-
45 che Umgangsformen immer noch nicht beherrschen. Und bei manchen Schülern kriegt man
46 halt einfach auch Bauchschmerzen, wenn die dann ins Berufsleben gehen.

Situation 3 (Physiotherapie)

„Och weißte was, der ist jetzt vier Wochen da und dann pff nach mir die Sintflut“

1 Also ich möchte euch gerne was erzählen von einer Situation, die ich gehabt hab mit einem
2 Auszubildenden Ende des zweiten Lehrjahres, der bei uns im neurologischen Praktikum ge-
3 wesen ist. Und wir sind ein relativ kleines Team. Wir sind also fünf Kollegen miteinander,
4 also wir nehmen die Azubis schon eigentlich relativ ins ins Team auf. Sie werden natürlich
5 am Anfang bei der Belehrung und so weiter drauf hingewiesen, dass sie möglichst offen sein
6 sollen, dass sie immer auf uns zukommen sollen, wenn sie Probleme haben, dass sie auf
7 uns zukommen sollen und Fragen sollen, ob sie mit reinkommen können in die Hospitation.
8 Also sie sollen schon selbst aktiv werden.

9 Das war jetzt also ein Azubi den ich dort hatte, der war sehr sehr sehr vorsichtig. Immer,
10 wenn ich oder Kollegen auf ihn zu kamen und gefragt haben „wir würden gerne mal von dir
11 diese oder jene Technik sehen“, sei es jetzt auch ne klassische Massage, sei es irgendwo
12 aus nem Befund heraus was, dass man irgendwie nen Test nach Janda macht oder ähnli-
13 ches, er konnte immer alles nicht. Er hat das immer alles abgeblockt. Er war immer sehr ab-
14 lehnend. Oder wenn man noch gesagt hat „wir würden Sie jetzt gern mit in die Behandlung
15 hineinnehmen“. Er war immer eher stark „ich möchte nicht eigentlich nicht, rühr mich nicht
16 an“ und so weiter. Das hat natürlich irgendwo auch zu Spannung in dem Praktikum geführt
17 logischerweise, das lässt sich gar nicht vermeiden. Ich krieg ja dann immer das Feedback
18 von meinen Kollegen und das war nicht immer sehr positiv.

19 Außerdem hatte er ne ganz unangenehme Eigenschaft. Also in unserem Pausenraum die
20 Kaffeemaschine, die war permanent überfordert in diesem Zeitraum. Das war also sehr auf-
21 fallend, was man sonst bei den Azubis nicht so sehr hatte. Und es wirkte eigentlich jeden
22 Tag immer wie als wäre er wie neu in der Praxis. Das war also schon ein sehr schwieriger
23 Auszubildender, sodass wir dann im Prinzip oder ich die Entscheidung getroffen habe, mit
24 ihm ein sehr gründliches Zwischengespräch zu führen, was ich normalerweise üblicherweise
25 allein mache. Hier hab ich aber den Praxisinhaber mit dazu genommen, damit wir sozusagen
26 zwei Personen sind, also, dass wir en Zeugen haben, falls da irgendwo in dieser Richtung
27 was ist. Und ich hab dem Azubi dann die Situation geschildert, wie er im Team wahrgenom-
28 men wird, wie meine Kollegen ihn sehen. Bin damit eingestiegen und hab sozusagen nach-
29 dem ich diesen Einstieg gemacht hab, ihm eigentlich dann die Möglichkeit gegeben, sich zu
30 reflektieren, wie fühlt er sich denn bei uns? Das hab ich bewusst diesmal in diesem Falle so
31 gedreht. Normalerweise lass ich sonst eigentlich die Azubis immer zuerst sich selbst reflek-
32 tieren, aber ich wollte mit der Geschichte schon die Notwendigkeit und den Ernst der Situati-
33 on darlegen, dass das also so ni funktionieren kann und dass er, wenn er die Ausbildung
34 weiter so fortführt, sicher Schwierigkeiten bekommen wird, die Sache überhaupt zu meistern.
35 Was dann mir sehr wichtig war, ich hab nochmal unser Berufsbild, also den Physiotherapeu-
36 ten, im Spannungsbogen zum Patienten geschildert. Wie stehen wir denn als Physiothera-
37 peuten vorm Patienten? Was müssen wir ausstrahlen? Kompetenz, Fachsicherheit, Empa-
38 thie und so weiter und sofort. Also alles Dinge, die er kaum ausgestrahlt hat bzw. garni aus-
39 gestrahlt hat, hab ich hier nochmal besonders unterstrichen, auch dass es jetzte hier ni nur
40 darum geht, uns in der Praxis zu gefallen, sondern eben wirklich, dass ist das Berufsbild. Ich
41 hab ihm Motivation gegeben, hab ihm gesagt, dass er sicherlich mehr kann, dass er auf je-
42 den Fall von dem, was er mir rübergebracht hat an klenen fachlichen Sequenzen, dass er
43 schon in der Lage ist, diesen Beruf zu machen, dass er sich einfach mehr zutrauen muss,
44 dass er einfach forscher sein muss, forscher gegenüber den Patienten, forscher gegenüber

45 den Kollegen. Und dass er mehr Selbstvertrauen in die ganze Sache bringen muss. Und wir
46 haben dann gemeinsam Ziele formuliert für die nächsten zweieinhalb Wochen, die er noch
47 bei uns ist, dass wir das also dann am Ende wieder reflektieren, dass er einen ganz klaren
48 Fahrplan hat, worauf achten die, worauf schauen die, wo muss ich mich verändern. Das war
49 also ein Zwischengespräch, was ich so in der Intensität selten führe muss ich sagen.

50 Der Schüler hat sich dann am Ende beim Endgespräch sogar dafür bedankt. Er war sehr
51 froh, dass eigentlich jemand das mal getan hat. Sonst in vielen Praktika wars eben so, dass
52 naja „sie warn soweit ganz gut und ja ja so im Großen und Ganzen machen sie weiter so und
53 blablabla“. Also dass ihm wirklich mal jemand die Schwierigkeiten und die Eckpunkte, wie er
54 sich gegeben hat, dass die so klar angesprochen wurden, da war er sehr dankbar. Er hat
55 dann nach den vier Wochen gesagt „es war ein sehr gutes Praktikum. Er hat sehr viel bei
56 uns mitgenommen.“ Es wäre sein intensivstes Praktikum gewesen und hat sich wie gesagt
57 noch mal dafür bedankt, was ich also schon eigentlich auch beeindruckend finde und ich der
58 Meinung bin, dass es wichtig ist, dass wir auch dem Schüler, wenn wir spüren, dass es sol-
59 che Problemschüler sind, relativ zeitnah so ne Reflexion führen, damit beide Seiten die Zeit
60 haben, uns sozusagen nochmal das anzuschauen und vor allen Dingen, dass man's auch
61 wirklich dem Schüler mit auf den Weg gibt und nie denkt „och weißte was, der ist jetzt vier
62 Wochen da und dann pff nach mir die Sintflut“. Das halte ich für sehr problematisch.

Die praktische Ausbildung planen

- Situation 1 (Pflege)
„Überall und nirgendwo“
- Situation 2 (Pflege)
„Ich kannte da nicht einmal meinen Mentor“
- Situation 3 (Notfallsanitäter/in)
„Dafür haben wir bei uns ein Werkkabinett“

Anleitungssituationen vorbereiten, durchführen und evaluieren

- Situation 1 (Notfallsanitäter/in)
„Trage rein, Trage raus“
- Situation 2
„Weil sie das gerne mit uns trainiert“
- Situation 3 (Physiotherapie)
„Ich wusste einfach nicht, was so auf mich zukommt“
- Situation 4 (Pflege)
„Und dann war sie im Prinzip einmal der Handlanger“
- Situation 5 (Pflege)
„Dann haben wir am Phantom geübt“
- Situation 6 (Pflege)
„Er hat da aber echt ganz schön zu tun bei der Sache“

Die praktische Ausbildung planen**Situation 1 (Pflege)****„Überall und nirgendwo“**

1 So, ja meine Praxisanleiterstunde war auch im ersten Lehrjahr. Zudem muss man sagen,
 2 das war vor der praktischen Prüfung, vor meiner Sichtstunde. Und es war aber kein Praxis-
 3 anleiter, sondern unsere Wohnbereichsleiterin. Unsere Wohnbereichsleiterin ist wie so ein
 4 aufgeschrecktes Huhn und so hat dann am Ende auch die Praxisanleiterstunde stattgefunden.
 5 Also mir wurde kurz gesagt: „ja wen willst du zur Prüfung denn überhaupt nehmen?“
 6 Dann habe ich mir irgendjemanden ausgesucht und dann meinte sie nur: „ja gut dann
 7 nimmst du die.“ Und bis um 9 hatte ich dann schon fast acht neun Leute durchgewaschen
 8 von halb 7 an. Ich meinen neun Leute mit Essen reichen, da bist du sowieso schon mal fertig
 9 und dann hieß es: „ja du kannst dir jetzt Zeit nehmen, geh zu deiner Bewohnerin und wasche
 10 sie so, wie du sie in der Prüfung waschen würdest - also musst. Dass du das mal alles
 11 durchgehst, ich bin dann auch mit dabei.“ Es war dann so, dass ich dann reingegangen bin
 12 zu meiner Bewohnerin, ich habe mich dann vorgestellt, ich habe ihr gesagt: „wir gehen ein-
 13 mal alles so durch, wie in der Prüfung.“ Da war aber meine Wohnbereichsleiterin nicht mit
 14 dabei. Ich habe alles vorbereitet, mir alles hingestellt und die Grundpflege des Oberkörpers
 15 selber durchgeführt. Dann kam Sie auch irgendwann dann einmal rein mit einem Putzeimer
 16 und fing an, die Möbel zu desinfizieren und guckte immer mal drauf, was ich da so mache.

17 Da war ich dann auch schon bei den Beinen unten am Waschen. Dazu sagte sie mir dann
18 auch bloß: „nimm vielleicht auch zwei Schüsseln, es ist einfach von der Hygiene her besser;
19 wir haben es auch so in den Unterlagen drinstehen, dass wir mit zwei Waschschüsseln wa-
20 schen. Das hilft die Fehler zu vermeiden.“ Okay, der Hinweis kam auch sehr zeitig. Dann hat
21 sie mir dann kurz, während sie das Bett von der anderen gemacht hat in dem Zimmer, mir
22 dann noch kurz was zum Krankheitsbild gesagt. Irgendwas hat sie mir da erzählt und ja also
23 auf was ich da halt so ein bisschen achten sollte. Dann ist sie wieder rausgerannt, weil es
24 wieder geklingelt hat, dann ist sie mal wieder rein, dann ging sie mal wieder raus, dann hat
25 sie mir beim Drehen geholfen als es ans IKM gegangen ist. Ich habe dann das IKM wieder
26 angelegt und sie meinte, ich habe das ganz gut gemacht. Also das war eher keine Anleitung,
27 sondern eher so zwischendurch. Ja dann klingelte es wieder, sie ging wieder raus und die
28 Nachbereitung und die Lagerung habe ich alleine selber gemacht. Also eigentlich war nie-
29 mand da. Und dann hat sie noch gesagt: „ja morgen kannst du ja dann nochmal alles in Ru-
30 he durchgehen, nimm dir doch vielleicht einen Zettel mit, damit du nochmal alles durchgehen
31 kannst, wie man es richtig macht.“ Das war meine Praxisanleiterstunde vor meiner prakti-
32 schen Prüfung im ersten Lehrjahr.

33 Hast du dich sicher gefühlt?

34 Ne, sicher habe ich mich überhaupt nicht gefühlt. Ich wusste schon was ich mache, ich habe
35 mich auf das verlassen, was ich gelernt hab und wie ich es machen würde, ich bin einfach
36 mal von mir ausgegangen und habe mir halt auch die Abläufe, wir haben so Waschabläufe,
37 wie wäscht man jemanden, Standards, habe ich mir vorher auch immer mal wieder durchge-
38 lesen und hab das auch versucht bei anderen Bewohnern so anzuwenden. Mir wurde dann
39 allerdings ständig erzählt, dass ich zu langsam wäre am Morgen und dass ich schneller wer-
40 den müsste.

41 Und auch insgesamt die Rahmenbedingungen fand ich furchtbar, erstens aufgrund dessen,
42 dass ich vorher schon total fertig war eigentlich und wenn du frühs neun Leute durchgewa-
43 schen hast und noch mit Essen gereicht hast, dann eigentlich schon am Triefen bist, dir dann
44 plötzlich die Zeit zu nehmen, noch mal alles durchzugehen, dann bist du nicht mehr so auf-
45 nahmefähig einfach. Du machst einfach Schusselfehler dann, das ist einfach so. Ich habe
46 teilweise für die Leute 10 Minuten, wenn, nicht mal. Irgendwann kannst du es nicht mehr, die
47 Qualität leidet drunter oder du lässt dich halt ständig von deiner Wohnbereichsleitung anpö-
48 beln, warum du so langsam bist. Ja du musst dann halst einfach ein System entwickeln, wie
49 zum Beispiel du bist im Dienst den ersten Tag und da machst du wirklich alles so wie du es
50 willst, so wie du es wirklich machen willst, also komplett. Und am nächsten Tag sagst du
51 dann halt, okay jetzt muss ich da mal die Füße weglassen bei dem einen und bei dem ande-
52 ren machst du es wieder, so versuchst du es halt, dass du einfach schneller bist. Bei man-
53 chen nimmst du dir einfach mehr Zeit als bei anderen. Damit du einfach schneller bist.

Situation 2 (Notfallsanitäter/in)

„Dafür haben wir bei uns ein Werkkabinett“

1 In der Pflege und der Physiotherapie kann man immer gut sehen, dass man die Praxisanlei-
2 tung immer sehr schön am Patienten machen kann. Im Rettungsdienst ist das dort vom Zeit-
3 faktor her und weil dort auch manchmal was anderes gemacht werden muss schwierig. Des-
4 halb wird gern die Anleitersituation in einem besonderen Raum oder in einem RTW durchge-
5 führt und das als Situation dargestellt. In der Anleitung, über die ich jetzt erzählen will, geht
6 es um das Aufziehen von Medikamenten. Dafür haben wir bei uns ein Werkkabinett, wo wir
7 das machen können, wo wir viele Materialien haben, die wir nutzen können und wo wir auch
8 unsere Ruhe haben, wo wir ein bisschen abgeschottet sind - wo jetzt nicht so dieser Durch-
9 lauf ist.

10 Ja, es war ein Auszubildender Ende des ersten Lehrjahres mit dem ich es gemacht habe.
11 Das erste was wir gemacht haben, war erstmal die Materialien zusammenzusuchen, die wir
12 dafür verwenden werden und diese sind wir erstmal einzeln durchgegangen. Natürlich wollte
13 ich dann auch wissen - er hat ja schließlich alle schon mal gesehen - was er denkt, was das
14 alles ist. Kennt er das, was das ist? Gemacht, getan. Dann habe ich ihm einmal die Situation
15 komplett gezeigt, also wie geht es von Anfang an bis Ende, das heißt Eigenschutz, Sicher-
16 heitsmaßnahmen, die Hygiene, dass er auch die Sterilität des Patienten beachtet und auch
17 meine eigene. Weil ich ja doch mit spitzen Nadeln, steilen Spritzen, etc hantiere. Ich habe
18 das dann gezeigt und habe dann auch erklärt, dass man nach dem Vieraugenprinzip han-
19 deln sollte. Das heißt, das Medikament immer demjenigen zeigen, der es spitzt, dass der das
20 auch sieht, dass in dieser Spritze dieses Medikament drinnen ist. Bzw. wenn man es selber
21 spritzt, dass man es nochmal jemanden zeigt und sich absichert, dass ich auch das richtige
22 genommen habe. Das macht einfach sicherheitstechnisch Sinn, weil auch im Notfall kann
23 schnell was falsch laufen, falsch verstanden sein oder oder.

24 Dann gibt es natürlich auch noch verschiedene Ampullen-formen, die ja auch schon nochmal
25 ein besonderes Handling benötigen. Das habe ich dann eben auch nochmal alles gezeigt.
26 Danach sollte er es nachmachen. Alles, was ich vorgemacht habe, sollte er dann nachma-
27 chen. Ich stand ihm dabei beratend zur Seite. Das heißt, wenn was ist, dann hätt ich gesagt,
28 das wird so und so gemacht. Es ging relativ gut und relativ zügig muss ich sagen. Das hat
29 gut funktioniert, so dass wir dann noch über Alternativen reden konnten, wie zum Beispiel
30 Glasampullen. Da habe ich mehrerer Varianten gezeigt, damit er selber für sich sehen kann,
31 hey das ist für mich die schönere Variante. Arbeite ich mit dem Unterdruck oder tue ich es
32 lieber entlüften mit der zweiten Kanüle? Wo man dann für sich selbst eine Entscheidung tref-
33 fen kann. Er konnte da dann alles machen, alles drum und dran.

34 Der Vorteil ist dabei natürlich gewesen, dass wir ziemlich zeitnah dann einen Einsatz hatten,
35 wo wir dann auch Medikamente gegeben haben. Und ich konnte dort dann halt wunder-
36 schön sehen, wie er es macht, aber jetzt nicht unter Druck, sondern erst das, dann das usw.
37 Er durfte die Medikamente aufziehen, weil es kein dramatischer Notfall und das Zeitma-
38 nagement keine Rolle gespielt hat. Er hat das alles ordnungsgemäß gemacht und somit war
39 das für mich auch eine Kontrolle, wo ich sage „okay passt - jetzt funktioniert es gut“. Natürlich
40 muss man sehen, das muss man immer, ob es beim nächsten Mal alles noch so beibehalten
41 ist und sich nicht irgendwelche Sachen einschleichen, die man vielleicht noch von anderen
42 Leuten sieht. Das muss man natürlich dann auch immer wieder korrigieren logischerweise.
43 Aber wie gesagt, das war eine erfolgreiche Anleitung, es hat gut funktioniert.

Situation 3 (Pfleger)

„Ich kannte da nicht einmal meinen Mentor“

1 Ich weiß jetzt gar nicht was ich so erzählen soll, weil so richtig Anleitungsstunden hatte ich
2 jetzt noch nicht. Ich war das erste Lehrjahr im Heim und ja da habe ich gar keine Anleitung
3 bekommen, auch nicht nach Nachfragen: Ich war da sogar bei der Chefin, weil ich die erste
4 Sichtstunde hatte und das war zwar bloß Grundpflege aber trotzdem. Und da hatte halt nie
5 irgendjemand Zeit für mich. Ich kannte da nicht einmal meinen Mentor, denn der war auch
6 gar nicht auf meiner Station und der war immer im Urlaub gefühlt. Und ja, daher habe ich halt
7 gar nichts erfahren. Und im zweiten Lehrjahr hatte ich dann, vor meiner Sichtstunde, so die
8 erste Anleitung, wo es um Behandlungspflege ging, mit Insulin und allem drum und dran und
9 das Theoretische wusste man ja aus der Schule. Aber das dumme war halt, dass sie mega
10 unter Zeitdruck stand und das hat sich immer so angefühlt, als ob ich immer schneller ma-
11 chen muss, weil wir jetzt gleich wieder losmusste und dadurch war es halt auch naja. Im
12 Grunde kann ich jetzt halt nicht so viel erzählen, weil ich bis jetzt noch nicht wirklich angelei-
13 tet wurde. Ich hätte mir halt einfach gewünscht, dass sie sich Zeit nimmt und einfach mit an
14 den Patienten rankommt, weil sie stand auch einfach nur daneben und hat gesagt: „mach
15 das, mach das mach das“, ohne etwas vorzuzeigen. Was mir allerdings gut gefallen hat, war,
16 dass sie Infomaterial hatte, dass ich mir irgendwie nochmal selber so ein bisschen die Schrit-
17 te, in den Kopf prügeln kann, quasi für die Sichtstunde. Genau.

18 Ich finde es halt wirklich schade, dass bei unseren Prüfungen und Testaten vorher halt nicht
19 mehrere Übungstage stattfinden, sondern halt wenn überhaupt einfach nur eine Übung. Und
20 die dann halt auch nicht korrekt, weil man halt auch gestört wird oder ein Anruf kommt, dass
21 Personalmangel ist und man mal in den anderen Wohnbereich kommen könnte.

22 Es wäre einfach mal schön, wenn es halt auch feste Tage für uns mal gibt, wo man sich für
23 uns sich mal Zeit nimmt und nicht noch woanders ist. Und ich würde es halt auch schön fin-
24 den, wenn man halt informiert wird, wenn es mal einen Praxistag gibt, gerade wenn wir mal
25 im ambulanten Dienst sind oder so. Dass man dann ne Email oder ne WhatsApp bekommt
26 mit der Ankündigung: „dann und dann ist ein Praxisanleitertag, klärt das mit der Chefin oder
27 ich kläre das. Dann kommt ihr und wir üben zusammen.“ Nicht das die einen Vorteil haben
28 und die anderen ein Nachteil. Das ist halt so bei uns auch noch das Problem.

Anleitungssituationen vorbereiten, durchführen und evaluieren

Situation 1 (Notfallsanitäter/in)

„Trage rein, Trage raus“

- 1 Also das Ganze ist jetzt auch schon so zwei Jahre her oder so in der Notfallsanitäterausbildung.
2 Die Auszubildende war schon im dritten Praktikumsblock und die kriegen ja im ersten
3 Block die ganzen Basissachen gelehrt die das Fahrzeug betrifft: also Umgang mit der Trage,
4 dem Tragestuhl alles, Trage rein-raus, Kopfteil bewegen usw.. Und im dritten Block war sie
5 schon lange da und die Beschwerden von den Kollegen haben sich gehäuft, dass sie das
6 eben nicht hinkriegt. Naja und dann dachte ich mir so „nagut, dann nimmst du sie mit aufs
7 Auto, fährst mit ihr“. Haben wir gemacht und ich hab mir das alles mal angeguckt. Und das
8 war wirklich ein Desaster. Die konnte die Trage nicht runtermachen, die konnte das Kopfteil
9 nicht bewegen, die hat die Trage aus dem RTW einfach nicht rausgekriegt.
- 10 Ja, so dass wir noch vor der Rettungsstelle geübt haben den ganzen Ablauf, Trage rein,
11 Trage raus, Kopfteil bewegen, Knie hoch machen, alles was da so geht. Und das hat be-
12 stimmt sieben bis zehn Mal gedauert, bis sie das hingekriegt hat. Für mich zählte sie, weil es
13 auch noch paar andere Sachen so gab, eher zu den schwierigeren Azubis, der man mache
14 Dinge eben mehrmals erklären muss.
- 15 Weil es war bei ihr kein Einzelfall, sondern da gab es auch noch paar andere Sachen. Dazu
16 kommt noch, dass sie naja sie ist so umgangssprachlich n Baurülp (= abwertender Aus-
17 druck für Bauarbeiter). Sie tut sich selber auch sehr wenig reflektieren. Das muss man schon
18 aktiv mit ihr machen, bis sie merkt, dass sie hier n Fehler gemacht hat. Sie selber kriegt das
19 garnisch so risch mit, das kommt dann eher noch flach, sag ich mal. Zum Beispiel hat sie
20 auch zu mir gesagt im RTW, wo ich sie nach dem Blutdruck gefragt hab, „das muss ich dir
21 nicht sagen, nur dem Notarzt“.
- 22 Und wie haben sie reagiert?
- 23 Naja ich hab sie erstmal gewähren lassen, weil vor dem Pateinten wertet man sowas mal gar
24 nicht erst aus und hab sie mir danach dann nochmal herangezogen. Also ich habe erstmal
25 versucht, ruhig zu bleiben, ist mir auch gelungen. Dann hab ich ihr dann auch versucht klar-
26 zumachen, dass das so nicht funktioniert, dass wir immer im Team arbeiten, denn wenn der
27 Notarzt mal abgelenkt ist oder oder es passiert irgendwas, dass man eben auch handeln
28 kann.
- 29 Aber ich muss sagen, die hat sich dann zu Beginn des dritten Lehrjahres massiv gebessert,
30 also die hat dann auch richtig selber was getan.

Situation 2 (Notfallsanitäter/in)

„Weil sie das gerne mit uns trainiert“

1 Okay, also wir trainieren bei uns auf der Wache öfters mal in einem Skilltraining. Wir machen
2 das dann Lehrjahrübergreifend aber auch nur für unser Lehrjahr und das steht dann direkt
3 auch so im Dienstplan und dann treffen wir uns halt morgens um acht auf der Wache mit
4 unserer Praxisanleitung und machen halt so einen ganzen Tag Skilltraining oder Fallbeispie-
5 le.

6 Und an dem Tag war halt die Beckengurtanlage dran. So einen Beckengurt müsst ihr euch
7 vorstellen wie so einen breiten Hüftgurt, der bei Traumata ums Becken drum geschlungen
8 wird, wenn man davon ausgeht, dass das Becken kaputt ist. Dazu haben wir uns eben ge-
9 getroffen und dann sind wir erstmal mit der Praxisanleitung die theoretischen Grundlagen
10 durchgegangen, also wann legen wir so einen Beckengurt an, warum legen wir so einen Be-
11 ckengurt an und wie machen wir das. Also wir sind erstmal ganz einfach alles theoretisch
12 durchgegangen, ganz entspannt. Das war halt an einem Tisch, so wie wir jetzt hier sitzen
13 und haben das besprochen und dann hat sie uns das auch gezeigt. Einer von uns hat halt
14 das „Opfer“ gespielt und sie hat dann auf die einzelnen Kleinigkeiten hingewiesen, worauf
15 geachtet werden muss bei der Anlage, worauf auch die Prüfer achten. Also sie hat dann
16 schon gesagt, „ja ihr müsst das vielleicht so und so machen, damit der Prüfer das als gut
17 empfindet.“ Das haben wir das halt so lange gegenseitig trainiert, also zu dritt. Einer war der
18 Patient und die anderen beiden haben immer an dem Patienten gearbeitet und es wurden so
19 lange der Beckengurt angelegt, bis sie keine Fehler mehr gefunden hat bei der Anlage und
20 danach haben wir das dann nochmal in Fallbeispiele eingebaut. Also damit haben wir auch
21 die Entscheidung trainiert, lege ich ihn jetzt an oder lege ich ihn jetzt nicht an.

22 Dann haben wir eben danach dann Praxisbeispiele gemacht, ganz normale Traumata, sag
23 ich jetzt mal. Da wollte sie sehen, ob wir die Entscheidung treffen können, den Beckengurt
24 anzulegen oder ob wir es sein lassen.

25 Das heißt, ihr ward sozusagen drei Azubis und die Praxisanleiterin. Und wie lange habt ihr
26 das trainiert?

27 Ja genau wir drei und die Praxisanleitung und das haben wir von 8 bis 16 Uhr trainiert. Also
28 es waren effektiv sieben Stunden und vormittags haben wir halt das Theoretische und das
29 praktische Üben gemacht und nachmittags haben wir dann noch die Fallbeispiele durchge-
30 spielt.

31 Und das Theoretische, wie hat sie das aufgezogen? Also hat sie das nochmal in einer Art
32 Vortrag gemacht oder musstet ihr erzählen oder war das wie eine Art Gruppengespräch,
33 jeder hat etwas eingeworfen?

34 Grundsätzlich ist die Theorie ja vorher gelaufen, weil wir es in der Schule schon hatten. Sie
35 wollte eher so in einer lockeren Runde wissen, wie viel von dem noch da ist. Also sie hat die
36 Fragen zu der Theorie eingeworfen, ganz entspannt und hat dann nochmal, wenn sich keiner
37 dazu geäußert hat dann nochmal dazu die Theorie wiederholt. Und hat dann hat sie prak-
38 tisch durchgesprochen, wie es sein muss. Aber jetzt nicht als Vortrag, sondern wirklich wie
39 ein ganz normales lockeres Gespräch untereinander.

40 Und die Fallbeispiele hat sie sich die Situationen immer ausgedacht?

41 Ja genau die hat sie sich ausgedacht. Also sie hatte sich vorher schon Gedanken gemacht,
42 was sie für Fallbeispiele nimmt. Gerade wenn es um diese Entscheidungen ging, Beckengurt

43 ja oder halt auch kein Beckengurt. Das wollte sie eindeutig sehen, dass wir auch sagen,
44 wenn´s z.B. die Kontraindikation mit dem Oberschenkelhals gibt, dass wir dann sagen „ne
45 wir legen den jetzt nicht an“ usw.

46 Ausgewertet hat sie die Fälle dann auch danach. Sie konnte sich ja rausnehmen, also es war
47 immer einer der Patient, die anderen beiden haben das Team dargestellt und sie hat quasi
48 von außen draufgucken können, ob es richtig gemacht wurde oder nicht. Und die Selbstrefle-
49 xion natürlich. Also wenn wir fertig waren mit dem Fallbeispiel, hat sie uns zur Selbstrefle-
50 xion klar aufgefordert. Wir mussten durchgehen, ob unsere Strukturierung da war und wir
51 mussten uns auch zu unseren Maßnahmen rechtfertigen, warum wir das gemacht haben und
52 ob das jetzt auch überhaupt indiziert war, das jetzt zu machen. Und danach hat sie uns halt
53 entweder gesagt „ja das war richtig“ oder halt „ne die Indikation war überhaupt nicht gegeben
54 oder falsch durchgeführt“, wie auch immer. Und das mussten auch alle Beteiligten. Also es
55 ist nicht so wie in der Schule, dass nur der Teamführer quasi dran ist, sondern dort sind halt
56 wirklich alle gefragt. Weil sie das gerne mit uns trainiert, dass wir das draußen auch machen,
57 weil wir draußen ja auch immer als Team arbeiten und das draußen nicht klar abgestaffelt
58 ist, der eine ist Teamführer und der andere hat keine Ahnung. Sie trainiert das schon gleich
59 so, dass beide auf einem Stand sind und auch beide sich untereinander im Team klar sein
60 müssen, wollen wir das jetzt machen oder wollen wir es nicht machen.

Situation 3 (Physiotherapie)

„Ich wusste einfach nicht, was so auf mich zukommt“

1 Also mein Praktikum war das Hospitationspraktikum. Ich hatte immer so eine Tabelle, in der
2 immer die Patienten drinstanden, die ich Montag, Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Freitag
3 halt hatte. Und ich habe erstmal hospitiert bei meiner Mentorin, die auch ausgebildete Pra-
4 xisanleiterin war. Und dann kam sie halt einen Tag zu mir und hat mir einen Patienten zuge-
5 teilt.

6 Dann haben wir erstmal im Raum hinten, die Diagnose, was gemacht worden ist, was sie mit
7 ihr immer macht und auch schon die Behandlung besprochen, die ich mit ihr machen sollte,
8 bzw. was ich machen würde, wie ich vorgehen würde. Und dann hat sie sich eben mit rein-
9 gesetzt in die Behandlung und einfach zugeschaut und mich einfach machen lassen. Sie hat
10 nicht eingegriffen und die Behandlung ging 20 Minuten und ich habe dann eben so mein
11 Ding gemacht. Also die Patientin wurde einen Tag vorher vorgewarnt, dass eben der Prakti-
12 kant das jetzt einmal macht und sie war auch einverstanden.

13 Als ich dann fertig war, kam dann die Auswertung, wie es ihr gefallen hat und dann haben
14 wir im Zweiergespräch besprochen, was ich hätte besser machen können, was Alternativen
15 gewesen wären. Da kamen dann immer so ein paar Vorschläge und nochmal eine Reflexion.
16 Dann sollte ich der Patientin noch ein Hausübungsprogramm vorzeigen und das haben wir
17 dann auch nochmal ausgewertet.

18 Also du hast jetzt nicht vorher schon bei mehreren Behandlungen der Patientin mit drinnen
19 gesessen, sondern du hast sie am Tag der Behandlung zum ersten Mal gesehen?

20 Genau, also sie hat sie mir kurz vorher die Akte vorgestellt und dann musste ich halt einfach
21 aus der Akte herausnehmen, was ich so machen würde. Ich hatte vorher noch keine Be-
22 handlung von ihr gesehen, sondern musste das so selbst machen. Ich musste mir die Be-
23 handlung quasi komplett selbst zusammenstellen und da wurde ich schon so ins kalte Was-
24 ser geworfen, was ich persönlich jetzt nicht so gut fand. Ich hätte mir da schon gerne von der
25 Praxisanleiterin persönlich nochmal eine Behandlung angesehen, das wäre mir leichter ge-
26 fallen. So musste ich mir halt alles selbst zusammenreimen, was jetzt auch klar für die Erfah-
27 rung nicht schlecht ist, aber das war dann halt schon, wo man erstmal ein bisschen überle-
28 gen musste. Ich wusste einfach nicht, was so auf mich zukommt.

Situation 4 (Pfleger)

„Und dann war sie im Prinzip einmal der Handlanger“

1 Also es war fast ein ganz normaler Arbeitstag. Frühs angekommen auf Station und war ganz
2 überrascht, dass ich heute mal mit der Praxisanleiterin mitfahren sollte. Es war ein ganz nor-
3 maler Arbeitstag muss man dazu sagen, also kein direkter Anleitertag nur für mich oder. Wir
4 sind dann zu einer Patientin gefahren. Und bis dahin hab ich immer nur zugeschaut und
5 Handlanger gespielt, wenn ich mit der Praxisanleiterin unterwegs war. Aber heute hatte sie
6 sich halt was anderes überlegt und hatte mir das nur noch nicht gesagt. Wir sind dann bei
7 der Patientin angekommen und da musste der Wundverband gemacht werden mit Wundver-
8 band und ganzem Pipapo dazu.

9 Und als ma rein sind, meinte sie zu der Patientin, dass der Lehrling wieder mit ist und der
10 das heute mal machen wird. Normalerweise dauert der Wundverband so 10-15 Minuten ins-
11 gesamt. Als es losging, ist sie dann mit mir nochmal durchgegangen, was ich für Materialien
12 brauche, wie ich mich verhalten muss und wir sind nochmal hygienische Beachtungsregeln
13 durchgegangen und dann hat sie mich einfach mal machen lassen. Und dann war sie im
14 Prinzip einmal der Handlanger und ich war tierischst aufgeregt, habe auch bisschen gezittert.

15 Und ja aus so normalen 10 Minuten bis viertel Stunde, die man so braucht, ist eine dreiviertel
16 Stunde geworden, weil ich es halt ganz akribisch machen wollte. Und gerade bei der Wund-
17 reinigung brauch man wirklich Zeit, bis ich fast alle Belege abgekriegt habe. Denn wenn man
18 sich ein bisschen länger Zeit nimmt, dann kriegt man schon viel runter von dem ganzen Mist,
19 der störend ist.

20 Und ich dann habe ich halt auch noch die Bene eingecremt und habe den Verband wieder
21 umgemacht. Dann durfte ich zusätzlich noch die Kompressionsverbände machen. Ich muss
22 dazusagen, dass sie sehr extrem dicke Beine hatte. Und ein Kompressionsverband für mich
23 muss halten egal wie. Und ich hab mir da so eine kleine Technik angewöhnt gehabt, dass es
24 halt gerade bei den dicken Beine nicht wie normal hoch geht, sondern erstmal ganz hoch
25 und dann runterzus es nochmal genauer wickelt, dass es über dem Schenkel halt, über der
26 Wade halt schön hält.

27 Die Patientin war dann auch froh, als es endlich vorbei war, weil es war ja schon eine länge-
28 re Zeit, aber sie war da sehr lieb und war auch ruhig geblieben. Hinterher waren wir dann im
29 Auto und da hat sie dann gefragt „wie fanst es?“ Da habe ich dann gesagt „alles gut, ich
30 muss jetzt aber erstmal eine rauchen“. Weil sie hat im Prinzip nur den Handlanger gespielt
31 und mir zwar alles gereicht, was ich brauchte und mir mal einen Tipp gegeben, aber direkt
32 geholfen hat sie nicht. Also sie war da.

33 Im Prinzip habe ich mir durch das vorhergehende Zusehen die Abläufe abgeguckt und so
34 habe ich es im Prinzip nachgeahmt. Und sie sagte dann: „och, das nächste Mal machste es
35 wieder, nur dann ein bisschen schneller.“

36 Also es wurde dann auch von Mal zu Mal schneller und am Ende war ich dann auch bei einer
37 Viertelstunde. Und ich wurde auch von Mal zu Mal routinierter und ich war nicht mehr so
38 aufgeregt.

39 Und dir hat jetzt praktisch geholfen, dass du die Patientin schon kanntest, ihr das vorher
40 nochmal kurz durchgegangen seid und dass sie dir eben noch Tipps gegeben hat?

41 Ja, und sie hat unglaubliche Ruhe ausgestrahlt. So in der Art „ich weiß, dass er es kann,
42 dass er es auch richtig macht.“ Man hatte bei ihr nicht das Gefühl, dass sie einem im Rücken

43 steht und auf die Finger guckt, weil das macht ja unheimlich nervös. Sie hat zwar geguckt,
44 aber nicht von dem Gefühl her, dass sie sich jetzt, wenn du nen Fehler machst gleich zu-
45 sammenschießen will, sondern einfach geguckt. Das hat halt richtig geholfen, dass sie so
46 eine Ruhe ausgestrahlt hat. Und wenn ich gesagt hab, ich bin mir nicht hundertprozentig
47 sicher, ob ich das jetzt hinkriege, dann hat sie auch gesagt „Kein Problem, wenn du auf
48 Schwierigkeiten stößt. Dann sag Bescheid, dann gehen wir das nochmal durch, oder wenn
49 du im Vorfeld nochmal was wissen willst, sags!“

50 Des war auf jeden Fall ein sehr aufregender Tag, weil es war auch mein erster Wunderver-
51 band, ganz allein, also nicht ganz allein, aber den ich so strukturiert selbst gemacht habe. So
52 ja, war cool auf jeden Fall.

53 Also du meintest ja, du musstest erstmal eine rauchen, aber habt ihr es im Nachhinein dann
54 auch noch durchgesprochen?

55 Ja, wir haben es dann als wir wieder auf Station waren, nach 46 Patienten und 7 Stunden,
56 besprochen. Da wollte sie dann wissen, wie es so war und auch auf der Autofahrt haben wir
57 uns natürlich auch die ganze Zeit unterhalten. Ich bin an dem Tag auch mit einem sehr guten
58 Gefühl nach Hause gegangen. Man hat sich, wie sagt man, man hat sich erfahrbar gefühlt.
59 Man konnte zeigen was man kann, und nicht nur Handlanger spielen.

Situation 5 (Pfleger)

„Dann haben wir es am Phantom geübt“

1 Meine Anleitersituation ist ein steriler Verbandswechsel. Zunächst haben wir die theoretischen Grundlagen besprochen, also wie wird der Verbandswechsel durchgeführt bezogen auf eine Patientin auf das Krankheitsbild. Natürlich haben wir auch das Krankheitsbild durchgesprochen, die Patientin kurz vorgestellt und das alles aber zunächst mal ohne den Patienten im Vorfeld. Dann haben wir es am Phantom geübt, das Phantom war mein Unterschenkel, also mein Bein. Da haben wir gesagt, jetzt habe ich diesen Ulcus cruris und der Schüler hat das dann erstmal „trocken“ geübt sozusagen. Wir haben diesen Verbandswechsel demonstriert und sind dann zum Patienten gegangen und haben dann die Patientin über unser Vorhaben unterrichtet und auch darüber, dass es eine Lernsituation ist. Der Schüler hat seine Materialien gerichtet, wobei wir es ja vorher schon trocken geübt hatten. Der Schüler hat seine Materialien vorbereitet, hat die hygienischen Maßnahmen durchgeführt, und auch immer mit der Patientin kommuniziert während der gesamten Maßnahme. Und er hat dann den sterilen Verbandswechsel auch exakt durchgeführt.

14 Wir haben sehr darauf geachtet, dass wenn es jetzt keine lebensbedrohlichen Fehler waren, wie z.B. eine falsche Berechnung bei der man einschreiten müsste, haben die Fehler direkt es vor der Patientin zu besprechen. Also es ging um die Patientin, also sie stand auch in der Anleitersituation im Vordergrund. Er hat mir ihr kommuniziert, aber nicht über den Verbandswechsel, sondern über sie selbst. Dann wurde die Maßnahme dokumentiert und dabei habe ich als Anleiter die Wichtigkeit der Dokumentation klargestellt - also die Exaktheit und die rechtlichen Grundlagen und den rechtlichen Hintergrund von Dokumentationen, weil ich finde, da besteht immer noch ein ganz großes Defizit in den meisten Einrichtungen. Auch Mitarbeiter und nicht bloß Schüler widmen der Dokumentation einfach zu wenig Aufmerksamkeit, die aber auch rechtlich gesehen, immer wichtiger wird und entscheidender wird.

24 Dann haben wir nachbereitet unter den erforderlichen hygienischen Bedingungen, haben die Sterilität nochmal besprochen, haben die Entsorgung des Materials beim Verbandswechsel besprochen. Ja und dann haben wir das ganze nochmal reflektiert. Der Schüler hatte die Möglichkeit dazustellen, wie er die ganze Situation beurteilt, wie er den Ablauf beurteilt, ob er das alles in seinen Augen richtig gemacht hat. Es ist auch alles gut gelaufen, also es gab keine Probleme, wo man sagt, man hätte einschreiten müssen. Und wir haben trotzdem beschlossen, die Maßnahme immer wieder zu wiederholen.

31 Hast du da im Vorfeld auch mal anderes Theoriewissen reingebracht?

32 Nein, also wirklich nur den sterilen Verbandswechsel und in diesem Falle war es ein Ulcus cruris, der ja viel gerade in der Häuslichkeit vertreten ist. Also es muss ja laut Ärzten nicht unbedingt steril sein, aber ich als Krankenschwester bin der Meinung, es muss steril sein. Wer in der ambulanten Pflege arbeitet weiß, dass der Arzt nur unzureichendes Material verschreibt, dann musst du eben ein Sterilisator aufstellen.

37 Ja aber so die theoretischen Grundlagen und die Übungen am Phantom halte ich schon für sehr wichtig bei solchen Sachen, also vor allem bei „frischen“ Schülern.

39 Also wenn ein Schüler oder eine Schülerin den Verbandswechsel schon mehrfach in der Praxis gemacht hat, muss sie es sicherlich nicht mehr machen, aber in diesem Fall war es ein erster Verbandswechsel den der Schüler selbstständig gemacht hat bei der Patientin, dass wollten wir vorher wirklich nochmal richtig trainieren.

43 Wie hast du das Feedback gegeben?

44 Also ich bin Schritt für Schritt nochmal durchgegangen und habe kleinere Hinweise gegeben.
45 Aber es ist jetzt nichts Gravierendes gewesen, dass er zum Beispiel irgendwas fallen lassen
46 hat. Und ich habe dann auch so persönliche Erfahrungen von mir erzählt, aus meinem eigenen
47 Examen. Denn dort ist mir der Handschuh gerissen und so was vergisst man nicht.

48 Wir hatten mal darüber diskutiert, dass es Situationen gibt, die man nicht vergisst und mir ist
49 im Staatsexamen der Handschuh durchgerissen. Und ich hatte natürlich fast einen Herzstill-
50 stand und ich habe den Handschuh einfach nur gewechselt, ich habe es den Prüfern kurz
51 gezeigt und ich sollte das auch nicht kommentieren und habe den Handschuh korrekt ge-
52 wechselt. Das kann einem ja passieren in der Aufregung. Also du musst richtig reagieren und
53 das versuche ich dem aufgrund dieses Beispiels nahe zu bringen. Es kann ja passieren,
54 dass der Handschuh reißt, dass die Pinzette runterfällt, aber man muss es merken, man darf
55 es nicht verdrängen und es korrigieren. Und das mache ich bei jedem Verbandswechsel,
56 dass mögliche Fehler korrigiert und nicht vertuscht oder ignoriert werden.

Situation 6 (Pflege)

„Er hat da aber echt ganz schön zu tun bei der Sache“

5 Ich hatte eine Anleitersituation mit einem Schüler, da ging es ums Medikamente ausrechnen und aufziehen. Ja, schwieriges Thema. Wir haben uns zuerst das Medikament vorgenommen und sind durchgegangen, was wir jetzt genau für eine Dosis brauchen, in welcher Darreichungsform es verabreicht wird, bzw. wie er es eben aufziehen muss. Der Schüler hat sich damit beschäftigt und sollte das eben berechnen und schrieb da auf seinem Zettel so rum und ich guckte so und dachte mir „er hat da aber echt ganz schön zu tun bei der Sache“. Ich habe dann versucht, Hilfestellungen zu geben, die er aber auch nicht so wirklich umsetzen konnte, bis er dann irgendwann gesagt hat „ich komme hier nicht so ganz weiter.“ Und dann habe ich ihm einen Rechenweg aufgezeigt, was er ja eigentlich hätte, laut seinem Ausbildungsstand, kennen müssen. Damit hat er dann auch weitergerechnet und plötzlich hat er dann auch ein ordentliches Ergebnis rausbekommen.

Also du hattest ihm im Vorfeld gesagt, was du machen möchtest?

15 Ne, wir sind ja immer zugewiesen und dann läuft der Schüler einfach praktisch mit. Also das war jetzt keine direkte Rausnahme aus dem Stationsablauf, sondern einfach eine integrierte Anleitung. Als er es dann endlich raus hatte, hat er sich auch gefreut, dass er dann doch endlich auf den richtigen Weg gekommen ist. Dann haben wir natürlich alles vorbereitet, die Fläche vorbereitet, die Materialien bereitgelegt usw. . Und dann hat er es, also das konnte er dann, direkt aufgezogen, die ganzen Richtlinien auch beachtet, alles ordentlich beschriftet und zum Schluss haben wir dann noch die Arbeitsfläche wieder aufgeräumt und gesäubert und dann haben wir noch eine kurze Reflexion auf die Situation hin gemacht. Und da hat er auch eingeräumt, dass es ihm allgemein sehr schwerfällt mit der Berechnung. Was ich momentan wirklich von sehr vielen Schülerinnen höre, dass es aktuell wirklich wenige gibt, die noch im Kopf rechnen können. Viele müssen sich wirklich Hilfsmittel hinzuziehen.

25 Das Problem ist, dass in der Großen Krankenpflege überwiegend ganze Ampullen aufgezogen werden oder das Medikament schon als Ganzes fertig verabreicht werden kann. Aber bei uns in der Kinderkrankenpflege musst du ja ganz häufig berechnen. Es ist ja alles gewichtsadaptiert. Und da haben so viele Schüler zu straucheln, weil es ja auch unterschiedliche Dosierungen gibt und dann muss man auch noch schauen, wie zieht man es auf, womit muss man es lösen, wie muss man es lösen oder wie musst du es ggfs. verdünnen.

Wie reagierst du jetzt als Anleiter darauf, wenn du merkst, dass da wirklich grundlegende Defizite herrschen?

35 Das fiel mir bis jetzt tatsächlich sehr schwer damit umzugehen, gerade wenn man merkt, dass die überhaupt nicht auf den Zweig kommen. Ich hoffe natürlich, dass ich durch die Ausbildung zur Praxisanleiterin noch ein paar andere Ansätze gewinnen kann, um anders mit der Situation umzugehen. Aber ich gucke natürlich schon, dass ich dann irgendwie versuche, Aufgaben zu stellen. Wenn wir wirklich merken, die Schüler können es nicht, dann geben wir denen Proberechnungen, die sie dann lösen müssen. Ja und ansonsten sollen sie den Taschenrechner nehmen.

40 Ich musste tatsächlich auch in dieser Situation tief durchatmen, weil ich wirklich erschrocken war. Gewisse Dinge sollten einfach bei einem gewissen Ausbildungsstand sitzen. Dass das nicht alles perfekt von statten geht, ist klar, aber die Berechnung sollte schon stimmen. Du musst dem Schüler ja auch die Tragweite erzählen, wenn du das jetzt falsch berechnest,

- 45 dann nimmt das Kind in dem Falle einen Schaden. Und dann eben auch den Schaden benennen. Ich bin wirklich für Offenheit! Wenn du zu viel oder zu wenig berechnest, dann kann das und das passieren. Aber ich versuche auch immer das Angebot zu machen, dass wenn sie sich nicht sicher fühlen, dass sie mich dann ruhig fragen können und wir dann beide nochmal rüber gucken – also dass man diese Geduld aufbringt und ein Ansprechpartner ist.

M04	Prüfen und Bewerten
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation 1 (Physiotherapie) „Insofern wars für mich wirklich überraschend [...]“ ▪ Situation 2 (Pfleger) ▪ Situation 3 (Pfleger) ▪ Situation 4 (Pfleger) 	

Situation 1 (Physiotherapie)

„Insofern wars für mich wirklich überraschend [...]“

1 In meiner Situation geht es um einen Abschluss eines Praktikums, genauer um eine Hospita-
2 tion einer Herz-Kreislauf- Gymnastik zum Abschluss des Praktikums. Die Praktikantin war
3 beginnendes zweites Ausbildungsjahr und die Fachkompetenzen waren mittelgradig ausge-
4 prägt. Der Auftrag wurde vorher besprochen und alle Rahmenbedingungen waren vorgege-
5 ben, auf die besonders die Benotung und die Beachtung lag. Erstens war es die Raumvorbe-
6 reitung, dann die Therapiegerätevorbereitung und das Verhalten zum Patienten und viertens
7 natürlich die Therapieplanung und die Durchführung dieser Planung. Die Praktikantin war
8 vorher im Praktikum sehr schüchtern, ihre Sprache war immer leise und monoton, aber sie
9 war sehr motiviert und hatte sich in dem Praktikum auch entwickelt. Die Therapie wurde
10 mehrfach unter Supervision, später Hospitation und Teilhospitation durchgeführt, wobei die
11 bisherigen Hospitationen in der Ausführung immer stark fehlerhaft waren. Das Zeitmanage-
12 ment konnte durch sie nicht eingehalten werden und somit war für mich diese Hospitation
13 zum Abschluss des Praktikums eine richtige Überraschung, weil ich dann von der Praktikant-
14 in eine echt gute Entwicklung gesehen habe. Die Praktikantin erfüllte vollständig alle Aufträ-
15 ge der Vorbereitungsphase, ohne vorher große Umstände zu erfragen. Also sie handelte
16 selbständig, hatte vollständig die Raumvorbereitung, die Patientenvorbereitung und das zeit-
17 liche Management eingehalten. Sie hatte während der Therapie dem Patienten eine klare
18 und auffordernde Stimme geboten, mit Schwingungen und zur Motivation. Fehler am Patien-
19 ten wurden danach auch gut reflektiert.

20 Danach wurden die Fehler der Behandlung ausgewertet und die Ziele wieder erarbeitet. In-
21 sofern wars für mich wirklich überraschend, wie sich eben eine Praktikantin, die sich bis fast
22 zum Schluss bedeckt hielt, dann doch in der letzten Hospitation eben richtig nochmal ver-
23 ausgab hat und ihr Wissen, was sie mitgenommen hat, eben wirklich gezeigt hat.

24 Kannst du dir erklären, wie es zustande gekommen ist, dass sie dann plötzlich so selbst-
25 ständig agiert hat?

26 Nein, da kann ich nur vermuten....

Situation 2 (Pflege)

„Das war ein ganz klassischer Blackout“

1 Bei meiner Auszubildenden ging es um die Behandlungspflege im zweiten Lehrjahr. Die
2 Auszubildende war Mitte Vierzig, alleinerziehende Mutter und war auf Arbeit immer sehr ge-
3 wissenhaft, sehr sachlich, sehr organisiert. Sie hat immer alles gut vorausplanen können und
4 war auch immer sehr kommunikativ, wenn es Probleme gab, sodass immer Lösungen ge-
5 funden werden konnten.

6 An dem Tag der Prüfung war die Schülerin auch gut vorbereitet. Sie hatte in den Vorprüfun-
7 gen, auch in den Fachgesprächen immer alles in einem zufriedenstellenden Rahmen ge-
8 wusst, sodass sie sich immer von den Fachkenntnissen her zwischen eins und zwei bewegt
9 hätte. Auch am Tag der Prüfung lief die praktische Durchführung sehr gut an. Das Thema
10 der Behandlungspflege war der Stomawechsel bei einer mobilen Bewohnerin, die auch noch
11 örtlich und zeitlich und zur Person orientiert war. Sie musste zuerst die Bewohnerin vorstel-
12 len. Das hat sie ihrer Prüferin gegenüber auch relativ frei wiedergeben können. Sie musste
13 dann noch sowohl das Krankheitsbild als auch den Mediplan wiedergeben können, was sie
14 auch inhaltlich von den Fachtermini und den wiederzugebenden Informationen beherrscht
15 hat.

16 Als dann die praktische Durchführung an sich startete war die Auszubildende sehr sicher in
17 ihrem Handeln und hat das auch wirklich gut durchgeführt. Sie hat die Bewohnerin auch ab-
18 geholt, weil die gerade noch beim Frühstück war. Hat sie dann in ihr Zimmer begleitet und
19 hat ihr dort alles ordentlich erklärt. Hat sich nochmal das Einverständnis zu dieser Prüfung
20 eingeholt und alles ging eigentlich seinen Gang, bis der Auszubildenden dann beim Zurecht-
21 schneiden des Stomabeutels die Schere runtergefallen ist.

22 Und ab diesem Punkt haben alle Beteiligten dann gemerkt ‚oh jetzt ist was passiert‘ und das
23 war dann auch unterm Strich der Punkt, wo die Auszubildende dann keinen roten Faden
24 mehr gefunden hat. Sowohl inhaltlich als auch fachlich hat sie da komplett den Faden verlo-
25 ren, konnte selbst den Stomabeutel dann nicht mehr anbringen, war sich auf einmal nicht
26 sicher, auf welche Größe sie den zuschneiden muss. Hat ihre Schere drei, viermal desinfi-
27 ziert, weil sie der Meinung war, sie hatte das grad noch nicht gemacht, aber hatte se ge-
28 macht. Und das hat die Auszubildende halt so rausgebracht, dass die Bewohnerin, die halt
29 den Stomawechsel stattfinden lassen hat, zehn Minuten lang ohne angelegten Stoma da lag
30 und da hat dann die Lehrerin schon versucht einzugreifen, hat sie versucht zu beruhigen und
31 gesagt, dass sie mal durchatmen soll. Die Lehrerin hat dann nochmal kurz Revue passieren
32 lassen, wo sie gerade war, was grad passiert ist und dann sollte sie an diesem Punkt halt
33 nochmal einsetzen. Sie hat also ne zweite Chance von der Lehrerin bekommen und konnte
34 aber damit auch nicht umgehen, sodass unterm Strich die Bewohnerin dann fast 20 Minuten
35 ohne angelegten Stoma da lag auch mit hochgezogenem Pullover und allem. Daraufhin hat
36 die Prüferin dann den Weg gewählt, diese Prüfung an dem Zeitpunkt abzubrechen, um auch
37 einfach das Bewohnerwohl hier in den Vordergrund zu stellen. Sie hat dann die Schülerin
38 herausbegleitet und ich habe in der Situation dann die Behandlungspflege zu Ende gebracht
39 und habe dann erstmal in einem Fachgespräch mit der Auszubildenden und der Prüferin das
40 Stattgefundene ausgewertet. Aber im Gespräch konnte jetzt nicht einzeln herausgestellt
41 werden, ob es noch irgendwelche externen Gründe für diesen Blackout gab. Also die Auszu-
42 bildende hat gesagt, es wäre in der Früh nichts gewesen und sie hat auch einen normalen
43 Eindruck gemacht und hat sich nicht anders als sonst verhalten. Es war halt etwas schwer zu
44 verstehen für mich und für die Prüferin, warum sie nur wegen einer heruntergefallenen Sche-

45 re ein solchen Blackout hatte Das war leider ein Widerspruch zu der sonstigen Realität und
46 dem sonstigen Alltag, wo sie wie gesagt sehr handlungssicher war. Also die Behandlungs-
47 pflege hat sie vorher schon mehrmals ordnungsgemäß und auch zeitgemäß durchgeführt.
48 Und das auch immer zur vollsten Zufriedenheit. Sie hat sich realistisch einschätzen können
49 in ihrem Handeln und den Fehlern, die sie begangen hat und das war an diesem Tag leider
50 gar nicht mehr möglich. Das Beeindruckende für mich in der Situation war, dass ich der Hin-
51 sicht komplett machtlos war, in keinster Weise eingreifen konnte, weil die Schülerin an und
52 für sich sicher war und sich auch durch weitere Unterstützung durch Prüferin und Praxisan-
53 leiter halt kein Weg mehr zurück an ihren roten Faden gefunden hat.

54 Das war ein ganz klassischer Blackout und sie ist dann halt erstmal durchgefallen.

Situation 3 (Pfleger)

„Wir fangen jetzt mit der Prüfungsvorbereitung an“

1 Ich möchte gerne etwas über eine Körperpflege im Hinblick auf eine bevorstehende Prüfung
2 erzählen. Erstmal habe ich mich mit dem Azubi im Frühdienst getroffen. Und da wir uns im
3 Vorfeld immer absprechen, wenn es auf die Prüfung zugeht, habe ich schon vor Wochen
4 zum Auszubildenden gesagt: „Wir fangen jetzt mit der Prüfungsvorbereitung an.“ Damit er
5 sich halt eben Gedanken dazu machen kann und ich mich praktisch im Hintergrund befinde,
6 weil er im dritten Lehrjahr praktisch fast fertig ist und ich theoretisch nur noch im Notfall ein-
7 greife.

8 Also haben wir uns zum Frühdienst getroffen und er hat sich die Übergabe durchgelesen.
9 Dann sind wir zu dem Patienten hingefahren, haben geklingelt und ganz normal aufge-
10 schlossen. Und dann haben wir dem Patienten erklärt, dass heute der Azubi für die Wa-
11 schung und Körperpflege zuständig ist und dass ich mich im Hintergrund behalte. Der Pati-
12 ent war damit einverstanden und die Grundpflege wurde dann am Waschbecken durchge-
13 führt und anschließend gab es noch die Medikamentengabe. Der Azubi hat dabei teilweise
14 seine Schritte erklärt, also was er getan hat und hat sich aber gleichzeitig mit dem Patienten
15 unterhalten und mit ihm ein Gespräch angefangen. Er war jetzt nicht stille, sondern hat halt
16 sich eben kommunikativ hervorgetan. Des Weiteren ist es bei uns im Ambulanten auch wich-
17 tig, dass wir die Zeit beachten. Also eigentlich haben die Azubis bloß in der Prüfung richtig
18 viel Zeit für die Grundpflege. Im richtigen normalen Arbeitsablauf haben wir glaube ich
19 15 oder 20 Minuten für eine normale Pflege. Und das hat er aber gut gemacht und die Mediga-
20 be erfolgte ebenfalls durch den Azubi. Nach Verlassen des Haushaltes haben wir das dann
21 halt eben noch mal zusammen reflektiert. Dabei sollte noch mal seine Arbeitsschritte ansa-
22 gen, noch mal auf die Prophylaxen eingehen, welche er durchgeführt hat, warum er das so
23 gemacht hat und außerdem noch auf die Medgabe eingehen. Deswegen habe ich ihn darauf
24 hingewiesen, dass er sich die Medikamente einprägen soll, welche er geben wird, und die
25 Wirkungsweise erklären können muss.

26 Anschließend hab ich ihm aufgezeigt, was es noch zu verbessern gibt, was er eventuell an-
27 anders machen kann beim nächsten Mal und habe drauf hingewiesen, dass er sich das auf-
28 schreibt und nicht bloß gedanklich festhält. Danach haben wir dann nach unserem Dienst
29 noch die Pflegeplanung für den Patienten geschrieben, welche ich dann noch kontrolliert hab
30 und mit ihm gemeinsam nochmal durchgegangen bin. Mir ist es dabei wichtig, dass die Azu-
31 bis halt Pflegeplanungen schreiben lernen. Je öfter du es machst, umso besser und einfa-
32 cher wird es nun mal. Aber das lernen die auch in der Schule nicht richtig. Die nehmen eine
33 mal durch und dann heißt es eben üben, üben, üben bis zum Erbrechen. So, und so nehme
34 ich das auch bei der Prüfungsvorbereitung dran, dass also wir uns jedes Mal eine Pflegepla-
35 nung raussuchen. Die muss er schreiben. Dann gehen wir sie zusammen durch und so übt
36 er auch das Formulieren von Zielen, Ressourcen usw.

37 Wie hast du ihm rückgemeldet, was er falsch oder richtig gemacht hat?

38 Ich habe ihn auf die Situation aufmerksam gemacht und wenn mir dann irgendetwas aufge-
39 fallen ist, dann habe ich ihm gesagt „das könntest du anders machen“. Also ich habe nicht
40 direkt gesagt, dass es falsch ist, sondern dass es noch einen anderen Weg gibt und dass er
41 es vielleicht beim nächsten Mal anders probiert.

42 Hast du dich dabei gefühlt?

43 Ich fühl mich immer gut, wenn wir so ne Prüfungsvorbereitung machen, weil ich mir dafür
44 Zeit nehmen kann. Das bestärkt mich in meinem Beruf. Und ich sehe es meinem Azubi dann
45 an, dass er dann ein bisschen erleichterter ist und weiß, okay wir bereiten uns jetzt auf die
46 Prüfung vor und er kriegt langsam den Ablauf immer besser rein. Das nimmt ein bisschen die
47 Angst. Aber manchmal fühl ich mich unsicher in der Prüfungsvorbereitung, weil ich nicht di-
48 rekt weiß, was von den Schülern so erwartet wird. Also das erfährt man ja immer erst nach
49 den Sichtstunden, was sie falsch gemacht haben und was die Lehrer noch so haben wollen.
50 Und da bin ich manchmal unsicher, ob wir da alles erfasst haben und gut vorbereitet sind auf
51 eine Prüfung. Und das leidige ist leider auch, dass der Azubi in der Schule dann nicht nach-
52 fragt und sich das explizit noch mal aufschreibt.

53 Bekommen die dann nicht von der Schule noch mal so einen Auftrag direkt?

54 Ne, mhmh in keinster Weise.

55 Das ist dann doch von der Schule eigentlich schlecht. Weil wir haben damals von der Schule
56 direkt eine A4 Seite gekriegt, was die sehen wollten.

Situation 4 (Pfleger)

„Anleitung für eine Sichtstunde“

1 Also bei uns gibt es einmal die Anleitungen, bei denen die Auszubildenden mit uns mitfah-
2 ren, sowohl mit Pflegehelfern, als auch mit Fachkräften, dann gibt es noch die Sichtstunden,
3 wo die Lehrer gucken kommen aber keine Noten vergeben und dann gibt es noch Testate,
4 wo die Auszubildenden Noten bekommen. Und ich möchte gerne von einer Anleitung für die
5 Sichtstunde erzählen.

6 Die Auszubildende war vorher schon mal bei der Patientin mit dabei und hat auch wirklich
7 alles perfekt vorbereitet. Sie sollte eine Grundpflege machen bei der Patientin, die den Pfl-
8 egrad 2 hatte, mobil war, aber eben Unterstützung brauchte und am Waschbecken gewa-
9 schen wurde. Das war eine Schülerin im zweiten Lehrjahr und sie hat es gut gemacht, alles
10 wirklich perfekt vorbereitet, wie gesagt. Sie hat die Ressourcen der Patientin gut beachtet,
11 sie hat sie unterstützt wo es ging, aber eben auch selber machen lassen. Sie hat auch gut
12 mit ihr geredet, obwohl man am Anfang gemerkt hat, dass die Patientin noch ein bisschen
13 verschlafen war und noch gar nicht so richtig reden wollte. Aber das ging dann aber immer
14 besser und die wurde dann auch immer redseliger. Sie hat die Prophylaxen beachtet und ist
15 sie mit mir nochmal durchgegangen. Sie hat auch gefragt, welche Prophylaxen wir noch ma-
16 chen können, Denn wenn die Patientin fröhs aufsteht, putzt sie immer schon alleine Zähne,
17 aber wenn die Lehrerin da ist, muss sie dann sagen, sie ist schon aufgestanden das macht
18 sie selbstständig und du kannst sie dann nochmal fragen. Die Lehrer wollen wirklich immer
19 alle Prophylaxen sehen, aber wir können am Patienten halt nicht immer alle zeigen, weil die
20 halt auch noch selbstständig sind.

21 Zwischenzeitlich hatte sie immer mal die Angewohnheit, dass sie irgendwo was hingestellt
22 hat und was runtergerissen hat, wo ich dann immer gesagt habe „pass mal auf, gleich fliegt
23 es ins Waschbecken“, aber das lag einfach an ihrer Aufregung. Und bei der Nachbereitung
24 hat sie da mal was hingelegt und da mal was hingelegt und hat es dann aber selber gemerkt,
25 dass das nicht so wirklich in Ordnung war, also das es ein wenig unstrukturiert war. Da hat
26 ihr einfach noch die Umsicht gefehlt. Dann habe ich zu ihr gesagt „da nimmst du das nächste
27 Mal einfach einen Müllbeutel und tust es alles an einen Ort.“ Aber ansonsten gab es eigent-
28 lich nichts zu korrigieren. Das Problem bei der Schülerin ist halt nur, dass sie ist sehr intro-
29 vertiert ist und sich nicht so richtig traut. Sie hat wirklich alles toll gemacht, aber hatte dann
30 noch so Fragen für Dinge, die aber eigentlich gar nicht wichtig sind. Wir haben halt jede
31 Menge Diagnosen bei uns drinnen stehen, die irgendwann ein Arzt mal getätigt hat und da
32 hat sie für ihre Patientenvorstellung nun alles draufgeschrieben, was aber teilweise gar nicht
33 pflegerelevant ist. Ihr fehlt da so ein bisschen der Blick für das Detail.

34 Und ihr fällt auch immer schwer einzuschätzen, was sie gut und schlecht gemacht hat. Da
35 fällt ihr halt immer das Schlechte ein und nicht das Gute. Die Pflege war super, aber dann ist
36 halt immer auch noch das Problem bei ihr, dass sie zwar sagt, dass sie alles versteht, aber
37 dann doch häufig der Hintergrund fehlt und dann doch noch nicht so sicher ist. Das finde ich
38 im zweiten Lehrjahr dann schwierig. Weil sie kann es wirklich perfekt, aber sie hat so Selbst-
39 zweifel, dass ich nicht weiß, wie ich da noch eingreifen soll?

40 Es war nun mal die Übung für die Sichtstunde, wo es keine Note für gibt. Und trotzdem war
41 sie schon im totalen Stress wegen dieser Sichtstunde. Die andere Anleiterin war krank und
42 ich hätte nicht kommen können, weil ich Spätdienst hatte. Da war sie dann auch total aufge-
43 regt und da hat die Chefin dann gefragt „wollen wir es verschieben?“. Aber das wollte sie

- 44 auch nicht und hat dann aber fast geheult, weil sie es dann ohne jemanden von uns machen
45 sollte und dann bin ich wieder zur Chefin und meinte „des geht auch nicht“. Sie ist halt relativ
46 jung, das merkt man ihr dann auch an.
- 47 Aber für ein Erfolgserlebnis hast du sie doch bestimmt gelobt oder ihr gesagt „du das war
48 total super“?
- 49 Ja natürlich, aber sie war trotzdem immer noch total verzweifelt.

M05	Lernortkooperation mitgestalten
Situation 1 (Notfallsanitäter/in) „Dafür haben wir bei uns ein Werkkabinett“	

Situation 1 (Notfallsanitäter/in)

„Dafür haben wir bei uns ein Werkkabinett“

In der Pflege und der Physiotherapie kann man immer gut sehen, dass man die Praxisanleitung immer sehr schön am Patienten machen kann. Im Rettungsdienst ist das dort vom Zeitfaktor her und weil dort auch manchmal was anderes gemacht werden muss schwierig. Deshalb wird gern die Anleitersituation in einen besonderen Raum oder in einem RTW durchgeführt und das als Situation dargestellt. In der Anleitung, über die ich jetzt erzählen will, geht es um das Aufziehen von Medikamenten. Dafür haben wir bei uns ein Werkkabinett, wo wir das machen können, wo wir viele Materialien haben, die wir nutzen können und wo wir auch unsere Ruhe haben, wo wir ein bisschen abgeschottet sind - wo jetzt nicht so dieser Durchlauf ist.

Ja, es war ein Auszubildender Ende des ersten Lehrjahres mit dem ich es gemacht habe. Das erste was wir gemacht haben, war erstmal die Materialien zusammenzusuchen, die wir dafür verwenden werden und diese sind wir erstmal einzeln durchgegangen. Natürlich wollte ich dann auch wissen - er hat ja schließlich alle schon mal gesehen - was er denkt, was das alles ist. Kennt er das, was das ist? Gemacht, getan. Dann habe ich ihm einmal die Situation komplett gezeigt, also wie geht es von Anfang an bis Ende, das heißt Eigenschutz, Sicherheitsmaßnahmen, die Hygiene, dass er auch die Sterilität des Patienten beachtet und auch meine eigene. Weil ich ja doch mit spitzen Nadeln, steilen Spritzen, etc hantiere. Ich habe das dann gezeigt und habe dann auch erklärt, dass man nach dem Vieraugenprinzip handeln sollte. Das heißt, das Medikament immer demjenigen zeigen, der es spitzt, dass der das auch sieht, dass in dieser Spritze dieses Medikament drinnen ist. Bzw. wenn man es selber spritzt, dass man es nochmal jemanden zeigt und sich absichert, dass ich auch das richtige genommen habe. Das macht einfach sicherheitstechnisch Sinn, weil auch im Notfall kann schnell was falsch laufen, falsch verstanden sein oder oder.

Dann gibt es natürlich auch noch verschiedene Ampullen-formen, die ja auch schon nochmal ein besonderes Handling benötigen. Das habe ich dann eben auch nochmal alles gezeigt. Danach sollte er es nachmachen. Alles, was ich vorgemacht habe, sollte er dann nachmachen. Ich stand ihm dabei beratend zur Seite. Das heißt, wenn was ist, dann hätt ich gesagt, das wird so und so gemacht. Es ging relativ gut und relativ zügig muss ich sagen. Das hat gut funktioniert, so dass wir dann noch über Alternativen reden konnten, wie zum Beispiel Glasampullen. Da habe ich mehrerer Varianten gezeigt, damit er selber für sich sehen kann, hey das ist für mich die schönere Variante. Arbeite ich mit dem Unterdruck oder tue ich es lieber entlüften mit der zweiten Kanüle? Wo man dann für sich selbst eine Entscheidung treffen kann. Er konnte da dann alles machen, alles drum und dran.

Der Vorteil ist dabei natürlich gewesen, dass wir ziemlich zeitnah dann einen Einsatz hatten, wo wir dann auch Medikamente gegeben haben. Und ich konnte dorte dann halt wunderschön sehen, wie er es macht, aber jetzt nicht unter Druck, sondern erst das, dann das usw.

Er durfte die Medikamente aufziehen, weil es kein dramatischer Notfall und das Zeitmanagement keine Rolle gespielt hat. Er hat das alles ordnungsgemäß gemacht und somit war das für mich auch eine Kontrolle, wo ich sage „okay passt - jetzt funktioniert es gut“. Natürlich muss man sehen, das muss man immer, ob es beim nächsten Mal alles noch so beibehalten ist und sich nicht irgendwelche Sachen einschleichen, die man vielleicht noch von anderen Leuten sieht. Das muss man natürlich dann auch immer wieder korrigieren logischerweise. Aber wie gesagt, das war eine erfolgreiche Anleitung, es hat gut funktioniert.

M06	Achtsam sein und verantwortungsvoll handeln
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situation 1 (Pfleger) <ul style="list-style-type: none"> „Naja die ganze Sache ist nicht ohne“ ▪ Situation 2 (Notfallsanitäter/in) <ul style="list-style-type: none"> „Und dann hab ich meinen Praktikanten angeguckt“ ▪ Situation 3 (Physiotherapie) <ul style="list-style-type: none"> „Greif ich sofort ein [...] oder was tut man?“ 	

Situation 1 (Pfleger)

„Naja die ganze Sache ist nicht ohne“

1 Bei mir ging es drum, dass ich unserem Auszubildenden das Anlegen von einer s.c. Infusion
 2 gezeigt habe. Es war bei einer älteren Patientin mit einer geistigen Behinderung, also die ist
 3 auch in einer Wohnstätte für geistig behinderte Menschen, die wir mitversorgen und im
 4 Endeffekt war es auch eine Finalpflege.

5 Und es war so, dass ich ihm erstmal vor dem Zimmer erklärt habe was wir machen und wa-
 6 rum wir das machen und welche Indikation es dafür gibt, also eine Dehydratation, Exsikkose,
 7 ne. Sie trinkt von allein nicht mehr und auch die Hilfestellung durch das Heimpersonal funkti-
 8 oniert nicht mehr. Dann habe ich ihm an der Patientin gezeigt, welche Körperstellen geeignet
 9 sind und vor allem da, wo Unterhautfettgewebe auch ausreichend vorhanden ist. Dann habe
 10 ich das Material gezeigt, was benötigt wird und wie das Material im Einzelnen heißt - Überlei-
 11 tungssystem, Butterfly, Kanüle - und die ganzen Sachen. Dann habe ich ihm gezeigt, wie
 12 man das Infusionssystem vorbereitet, Schritt für Schritt und dann die hygienischen Maßnah-
 13 men erklärt, wo man auf Sterilität achten muss, wo desinfiziert wird, wo Händehygiene und
 14 die ganzen Sachen. Dann habe ich ihm direkt an der Patientin nochmal gezeigt, welche
 15 Punktionsstellen geeignet sind, also da wo Hämatome sind, da wo Narben sind, das man
 16 das halt nicht nehmen kann. Je nachdem wie sie gelagert sind, dass man nicht in den Arm
 17 infundieren kann, wo man drauf liegt zum Beispiel. Du kannst ja die Oberarme nehmen, die
 18 Oberschenkel kannst du auch nehmen, ich habe mal gehört, du kannst es theoretisch auch in
 19 den Nacken machen. Hab ich aber auch noch nicht gemacht.

20 Dann gezeigt, wie es angelegt wird, auch dieses Handling, wie fixiere ich die Butterflykanüle,
 21 weil sich da ja einfach die Azubis auch schwertun. Man hat halt zwei Hände aber man
 22 bräuchte eigentlich vier Hände, um das alles zu halten und gleichzeitig festzulegen. Welche
 23 Komplikationen können auftreten ne, wenn du es beispielsweise zu schnell laufen lässt, dass
 24 es dann zu einem Absterben des Gewebes kommen kann, weil einfach eine Kompression
 25 von innen stattfinden kann, ne.

26 Infusion abnehmen und so einen kleinen Druckverband anlegen, dass konnte ich ihm halt
27 nicht zeigen, weil wir dann auch wieder gegangen sind und das eine Weile braucht. Aber im
28 Nachhinein haben wir dann nochmal ein Gespräch geführt, zwecks ethischer Bedenken, die
29 es da gibt, einfach in der Finalpflege: sollen da noch Infusionen angehängt werden? Was
30 dem ganzen einfach widerspricht etc.. Und rechtliche Sachen, dass du eine Verordnung
31 brauchst, dass die Leute zustimmen müssen bzw. dass die Betreuer zustimmen müssen, ja
32 genau.

33 Nachfrage: Bei ethischen Sachen, was hast du denn damit gemeint? Weil im übertragenen
34 Sinne hast du damit gemeint, dass du es sinnlos findest es noch anzuhängen.

35 Sinnlos nicht, ich finde es eher bedenklich, muss ich ehrlich sagen, weil es wird über den
36 Kopf hinweg entschieden bei einem Menschen, der es nicht selber entscheiden kann, sein
37 Leben zu verlängern und ob er es überhaupt will, vor allem unter Schmerzen. Finde ich be-
38 denklich. Ich habe versucht es relativ bewertungsfrei zu machen und pro und contra darzu-
39 stellen, aber der Schüler hat es halt so gesehen, naja die ganze Sache ist nicht ohne. An der
40 Menschenwürde wird da schon ein wenig gekratzt, denke ich, wenn ein Arzt dort einfach
41 sagt, die kriegt jetzt ein Liter am Tag zusätzlich Infusion, weil sie nichts mehr trinken will oder
42 kann. Schwierig, wenn du was machen muss, wo du nicht dahinterstehst.

43 Nachfrage: Gab es dann da nochmal Gesprächsbedarf von Seiten des Schülers wegen der
44 Geschichte? „Können wir da nochmal drüber reden, oder finde ich jetzt komisch, dass ich so
45 was machen muss, wenn es nicht im Sinne des Patienten ist.“

46 Nicht ausführlich, aber in kleineren Gesprächen schon, weil du in dem Fall muss man ehrlich
47 sagen man hat das Leben dort wirklich, ich muss jetzt raten und schätzen, ein halbes Jahr
48 verlängert und das in einem nicht guten Zustand. Gerade die Schmerzsituation, es sind ja
49 auch, muss man ehrlich sagen, wenn man viel mit Menschen mit Behinderung zusammen-
50 arbeitet, das sind nicht bloß Menschen zweiter Klasse, sondern dritter Klasse, das ist
51 so. Schwierig... Also nicht für mich aber...

Situation 2 (Notfallsanitäter/in)

„Und dann hab ich meinen Praktikanten angeguckt“

1 So stellt euch vor, mein Auszubildender drittes Lehrjahr - und wie das so ist bei uns, tun wir
2 uns früh drüber unterhalten, was wir heute so machen wollen. Ernsthaft natürlich erst, was
3 wir wiederholen wollen erst kurz vor der Prüfung und dann aber auch Dinge, die er eigentlich
4 die ganzen drei Jahre ni gemacht hat. Da hat er dann paar Sachen gesagt, wie Pneumotho-
5 rax, Spannungspneu und Entbindung - hat er nie gehabt. 20 Minuten später geht der Melder,
6 steht Entbindung drauf, sag ich „Ja schade, sind aber nur 5 Minuten bis zur Klinik, da simmer
7 glei da. So schnell kannst du gar ni gucken“.

8 Da simmer hingekommen. Die Patientin hat wirklich gewartet bis es nimmer geht, weil se
9 gewartet hat, bis ihr Mann wieder von der Nachtschicht kommt. Und ich hab dann meinem
10 Auszubildenden erklärt, dass das ne Hausentbindung wird. Hammer dann schon alles vorbe-
11 reitet, aber hammer ni mit der Frau gerechnet, die sich dagegen entschieden hat. Also sim-
12 mer in Rettungswagen gegangen.

13 Im Rettungswagen fing das ganze natürlich an. Dann hab ich meinem Auszubildenden - hat
14 ich gedacht wunderbar, ham ne Entbindung - alles schön erklärt und den Notarzt gerufen,
15 natürlich. Und erklär so „hier guck mal hier das Köpfchen schneidet ein ne? Hm, kam nur so
16 n Hm. Nu hat ich ja mit der Frau zu tun. Man hat sowas ja auch selber nicht ständig jeden
17 Tag. Dann meinte ich noch „So guck mal jetzt hier, das Köpfchen kommt, ne“ und dachte gut
18 soweit und hatte ja echt zutun mit der Patientin. Dann kam der Notarzt, der hat sich dann
19 leider vor den RTW gestellt hat und meinte, ich soll das alleine machen. Da war ich dann mit
20 dem Praktikanten immer noch alleine im Auto. Und dann kam es also - hat lange gedauert.
21 Das Köpfchen steckte ne Weile fest und wir ham alles schön begleitet und ich habe immer
22 wieder erklärt „so wir machen jetzt das“ und vorher hab ich den Dammschutz noch erklärt
23 und jetzt tun wir die Schulter entwickeln, ne, und dann kam das Kind raus und ich hab das
24 soweit alles schön gemacht.

25 Und dann hab ich mein Praktikanten angeguckt und ihr könnt euch vorstellen, was ich gese-
26 hen hab. Einen blassen, grauen jungen Mann. Ich hab den völlig überfordert, hab ni gemerkt
27 in dieser ganzen halben Stunde, dass der wirklich blass, kaltschweißig dort in der Ecke steht,
28 weil ich den überhaupt ni angeguckt hab. Und der hat sich aber auch nicht getraut, mir zu
29 sagen, dass er das ni kann, der arme Kerl Selbst der Notarzt hat das nicht gemerkt, als der
30 kurz drinne war. Und das fand ich doch schon so en Beispiel, dass man doch öfters ma gu-
31 cken muss, wies grad dem Azubi geht. Deswegen hab ich hier aufgeschrieben, Seelsorge
32 hab ich hier echt en bissl vernachlässigt, weil's dem halt wirklich überhaupt ni gut dabei ging.

Situation 3 (Physiotherapie)

„Greif ich sofort ein [...] oder was tut man?“

Ich berichte von ner Anleitungssituation und nun bleiben uns ja tatsächlich immer die schwierigeren Dinge im Gehirn hängen und das sind dann so Sachen, wo ich auch an meine Grenzen stoße, merke ich. Gerade wenn ich dann ni mehr weiß, was ich tun soll, dann ja, wünschte ich mir Unterstützung.

Also es war ne Praktikantin im zweiten Ausbildungsjahr. Und da sind ja eigentlich die Grundlagen der Gelenkmessung erledigt. Und ich hab im Vorfeld das schon bei Befundaufnahme immer gemerkt, dass wir mit Winkelmesser und Neutralnull - Durchgangsmethode nicht einen Schritt weiterkamen. Irgendwie wusste se ni, was se machen soll. Jedenfalls hatte ich dann die Hausaufgabe gegeben, sie soll sich darüber informieren und ich gucke mir das beim nächsten Mal an. Und das nächste Mal war dann und das ging schon damit los, dass die Patientin mit Rolle unterm Knie gelagert wurde, womit ich also schon ma gar keine Gelenkmessung vernünftig anfangen kann. Und dann steh ich natürlich auch vor der Entscheidung, greif ich sofort ein, um's Schlimmste zu verhindern oder was tut man? Also vor den Patienten mach ich's immer ni gerne, da scheu ich mich immer bissl. Ich hab dann also immer bissl eingegriffen und dann kam natürlich das Anlegen des Winkelmessers und es war falsch wie immer. Dann hab ich so versucht, Hinweise zu geben. Die hat sie gar nicht verstanden, wahrscheinlich weil Grundlagen völlig fehlten. Da konnte sie mit meinen Hinweisen auch nichts anfangen. Also hab ich das dann abgebrochen, eben wegen der Patienten und dann hab ich sie bei mir messen lassen. Ich dacht, „woll'n mer doch ma gucken.“ Ich hatte im Übrigen Abduktion von 135 Grad. Wusste gar ni, dass das geht - egal. Sie hatte ja auch, wenn ich einfach mal aus der Geometrie vierte Klasse ma schätzen soll, wo ist denn 90 Grad, wo is'n 45 Grad Winkel, gar kein Plan. Nicht. Null. Und sie hat's ja auch vorher als Hausaufgabe gehabt. Da stoß ich dann wirklich an meine Grenzen.

Ja das war so mein Erlebnis und das hat sich auch nicht gelöst im gesamten Praktikum. Genau. In dem Falle war ich hilflos.

5. Ausblick

Die hier vorgestellte modularisierte und kompetenzorientierte Weiterbildungskonzeption für Praxisanleiter/innen ermöglicht den Weiterbildungsträgern und den dort verantwortlichen Lehrenden die Anforderungen, die aus den aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen und den neuen Berufsgesetzen wie z.B. dem PflBG (2017) resultieren, curricular umzusetzen. Bei der Gestaltung der praktischen Ausbildung sind die Praxisanleiter/innen sowohl in ihrer beruflichen Expertise als Notfallsanitäter/in oder als Pflegefachfrau/-mann oder als Physiotherapeut/in als auch in ihrer pädagogischen Kompetenz gefordert. Dazu bedarf es ein Rollen- und Anleitungsverständnis zu entwickeln, in dem die Praxisanleiter/innen nicht nur die Anleitung von Einzelverrichtungen in den Blick nehmen, sondern vielmehr bei der „[...] Entwicklung von prozessorientierter Verantwortungsfähigkeit wirken [...], und sie müssen bereit sein, gemeinsam mit den Lernenden [...] in deutungs-offenen und unsicheren Handlungssituationen Entscheidungen zu treffen und reflektierend zu prüfen.“ (Darmann-Finck/Muths 2016, S. 205) Die hier erarbeiteten Module geben dazu zahlreiche Anregungen, damit dieser Anspruch in Zukunft auch gelebt werden kann.

Literatur

- Benner, Patricia (1994): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern u.a.: Huber.
- Böhle, Fritz; Porschen, Stephanie (2011) Körperwissen und leibliche Erkenntnis. In: Keller, Reiner; Meuser, Michael (Hrsg.): Körperwissen. Wiesbaden: VS Verlag, S. 53-67.
- Böhnke, Ulrike (2011): Dem Leibkörper auf der Spur. Theoretischer Begründungsrahmen professioneller reflexiver Könnerschaft im Berufsfeld Pflege. Göttingen: V&R unipress.
- Bohrer, Annerose (2013): Selbstständigwerden in der Pflegepraxis. Eine empirische Studie zum informellen Lernen in der praktischen Pflegeausbildung. Berlin: wvb
- Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I (2018): Pflegeberufe – Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV). Bonn. [online] URL: https://dejure.org/BGBl/2018/BGBl_I_S_1572 [Abfrage 06.12.2020].
- Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I (2017): Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). Bonn. [online] URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/PflBG.pdf> Abfrage 06.01.2020].
- Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I (2013): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV). [online] URL: <https://www.buzer.de/gesetz/11044/index.htm> [Abfrage 03.01.2021]
- Bundesgesetzblatt (BGBl.) Teil I (1994): Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (PhysTh-APrV). [online] URL: https://dejure.org/BGBl/1994/BGBl_I_S_3786 [Abfrage 03.01.2021].
- Darmann, Ingrid (2000): Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein fachdidaktisches Konzept auf Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Darmann-Finck, Ingrid (2010): Interaktion im Pflegeunterricht. Frankfurt am Main: Lang.
- Darmann-Finck, Ingrid; Muths, Sabine (2016): Lernen am Arbeitsplatz – Konzepte für das betriebliche Bildungspersonal. In: Brinker-Meyendriesch, Elfriede; Arens, Frank (Hrsg.): Diskurs Berufspädagogik Pflege und Gesundheit. Wissen und Wirklichkeiten zu Handlungsfeldern und Themenbereichen. Berlin: wvb, S. 188-209.
- Dehnbostel, Peter (2007): Lernen im Prozess der Arbeit. Münster: Waxmann.
- Dütthorn, Nadin (2014): Pflegespezifische Kompetenzen im europäischen Bildungsraum – eine empirische Studie in den Ländern Schottland, Schweiz und Deutschland. Göttingen: V&R unipress.
- Ertl-Schmuck, Roswitha (2010): Subjektorientierte Pflegedidaktik. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa, S. 55-90.

Erpenbeck, John; Heyse, Volker (2007): Die Kompetenzbiographie. Wege der Kompetenzentwicklung. Münster: Waxmann.

Erpenbeck, John; von Rosenstiel Lutz (2003): Handbuch Kompetenzmessung. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Fachkommission (2020): Begleitmaterialien zu den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 PflBG. O.O.

Fachkommission (2019). Rahmenpläne der Fachkommission nach §53 PflBG. Online: www.bibb.de/dokumente/pdf/geschst_pflgb_rahmenplaene-der-fachkommission.pdf. [Abfrage 01.03.2020].

Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja (2010). Pflege gestalten lernen – pflegedidaktische Grundlagenforschung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska (Hrsg.): Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim und München: Juventa, S. 91-123.

Fichtmüller, Franziska; Walter, Anja (2007). Pflegen lernen. Empirische Begriffs- und Theoriebildung zum Wirkgefüge von Lernen und Lehren beruflichen Pflegehandelns. Göttingen: V&R unipress.

Friesacher, Heiner (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Göttingen: V&R unipress.

Greb, Ulrike (2013): Berufliche Curriculumentwicklung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 10-25.

Greb, Ulrike (2010): Die pflegedidaktische Kategorialanalyse. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Fichtmüller, Franziska (Hrsg.). Theorien und Modelle der Pflegedidaktik. Eine Einführung. Weinheim: Juventa, S. 124-165.

Habermas, Jürgen (1995): Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. 1: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hacker, Winfried; Sachse Pierre (2014): Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Tätigkeiten. 3., vollständig überarb. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Holzkamp, Klaus (1993). Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung. Frankfurt am Main und New York: Campus.

Hülken-Giesler, Manfred (2013): Hochschuldidaktik als Disziplin – eine Einführung. In: Ertl-Schmuck, Roswitha; Greb, Ulrike (Hrsg.): Pflegedidaktische Handlungsfelder. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 66-89.

Joas, Hans (1996): Die Kreativität des Handelns. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Lisop, Ingrid (1999): Bildungstheoretische und didaktische Dimensionen der Lernfeldorientierung – eine kritische Systematik, In: Huisinga Richard; Lisop, Ingrid; Speier, Hans-Dieter (Hrsg.): Lernfeldorientierung. Konstruktion und Unterrichtspraxis. Frankfurt am Main: G.A.F.B-Verlag, S.15-48.

Lisop, Ingrid; Huisinga Richard (1999): Exemplarik – eine Forderung der KMK –Handreichungen. In: Huisinga Richard; Lisop, Ingrid; Speier, Hans-Dieter (Hrsg.): Lernfeldorientierung. Konstruktion und Unterrichtspraxis. Frankfurt am Main: G.A.F.B-Verlag, S. 163-216.

Meueler, Erhard (2009): Didaktik der Erwachsenenbildung – Weiterbildung als offenes Projekt. In: Tippelt, Rudolf; von Hippel, Aiga (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. 3., überarb. und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS, S. 973-987.

Reetz, Lothar; Seyd, Wolfgang (2006): Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, Rolf; Lipsmeier, Antonius (Hrsg.): Handbuch der Berufsbildung. 2., überarb. und aktualisierte Auflage. Opladen: Leske + Budrich, S. 227-259.

Robinson, Saul Benjamin (1967): Bildungsreform als Revision des Curriculum. Neuwied: Luchterhand.

Uzarewicz, Charlotte; Uzarewicz, Michael (2005): Das Weite suchen. Einführung in eine phänomenologische Anthropologie für Pflege. Stuttgart: Lucius.

Wagenschein, Martin (1999): Verstehen lehren. Weinheim: Beltz.

Walter, Anja; Dütthorn, Nadin (2019): Fachqualifikationsrahmen Pflegedidaktik. Duisburg.