

Herausfordernde Zeiten – Chancen für die Zukunft

Merle Schöne (Hrsg.)

HFH · Hamburger Fern-Hochschule Schriftenreihe

Herausfordernde Zeiten – Chancen für die Zukunft

Merle Schöne (Hrsg.)

Impressum

Herausgeber

Merle Schöne
HFH Hamburger Fern-Hochschule

ISSN 2942-6537

Satz/Repro

Haussatz

Auflage 2024

© HFH · Hamburger Fern-Hochschule, Alter Teichweg 19, 22081 Hamburg

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung der Hamburger Fern-Hochschule reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Inhaltsverzeichnis

Einführung	
<i>Merle Schöne</i>	5
1 Pädagogik im Gesundheits- und Sozialwesen	8
1.1 Dilemmasituationen in der Pflege – Implikationen für die Gestaltung von Ethikunterricht in der Pflegeausbildung <i>Peggy Nitschke</i>	9
1.2 Didaktische Kriterien für den Einsatz von digitalen Tools innerhalb der theoretischen generalistischen Pflegeausbildung <i>René Thiel & Marcus Mittenzwei</i>	27
1.3 Auswirkung der Corona-Pandemie auf die Anwendung digitaler Lehre in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen in Nordrhein-Westfalen <i>Sarah Reinecke</i>	51
1.4 Anerkennung Neue pädagogische Ansätze – „Stärke statt Macht“ als Interventionsoption bei aggressiven Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit emotional-sozialer Entwicklungsstörung <i>Steffen Meyer</i>	66
2 Berufsspezifische Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen	81
2.1 Anerkennung pflegerischer Kompetenzentwicklung (AnKomen) – Entwicklung eines Instrumentes zur Anerkennung internationaler Pflegeabschlüsse in der generalistischen Pflegeausbildung <i>Benjamin Bohn</i>	82
2.2 Die Verweildauer von Operationstechnischen Assistenten:innen im Operationsbereich – Umfrage an der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen unter den Abschlussjahrgängen 2011 bis 2020 – <i>Mareike Künzer</i>	102
2.3 Stereotype über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen <i>Yasmin Alice Worbs, Kira Morano, Clara Hartmetz</i>	122
2.4 Zukünftige Führungskompetenzen aus Sicht von Pflegekräften und Führungskräften <i>Ulrike Olschewski & Wolfgang Becker</i>	146
2.5 Klinische Komplexbehandlung von multiresistenten Erregern in Deutschland <i>Stephan Müthel</i>	160

3	Mitarbeitende gewinnen und halten	184
3.1	„Das gehört sich so...“ – Anreize zur Motivation und Bindung für das Ehrenamt im stationären Hospiz <i>Corinna Kohröde-Warnken</i>	185
3.2	Game-Based-Assessment versus Gamified-Assessment – Spielerische Ansätze zur Steigerung der Akzeptanz von Online-Assessments im Rahmen der Eignungsdiagnostik <i>Lars J. Jansen</i>	195
3.3	Mobiles Arbeiten in der Covid-19-Pandemie – Ein Arbeitsmodell für die Zukunft? <i>Julia Turtl & Jessica Heine</i>	214
3.4	Herausforderung Altersdiversität – Wie gelingt der Wissensaustausch in generationenübergreifender Zusammenarbeit? <i>Manuela Holthausen-Walleit & Jessica Heine</i>	232
4	Gesamtgesellschaftliche Chancen und Herausforderungen	248
4.1	Einsamkeit – Die Herausforderungen der Zukunft? <i>Omer Baktash, Nina-Marie Holst, Maren Metz, Stephan Müthel, Maximilian Sommer</i>	249
4.2	Krisen-Trauma-Chance?- Wie Phönix aus der Asche steigen Posttraumatisches Wachstum in herausfordernden Zeiten <i>Sonja Holzner-Michna</i>	275
	Autorenverzeichnis	298

Einführung

„Das Wort Krise setzt sich im Chinesischen aus zwei Schriftzeichen zusammen – das eine bedeutet Gefahr und das andere Gelegenheit“

John Fitzgerald Kennedy (1961) ¹

Zweifelsohne erleben wir angesichts zahlreicher krisenhafter Umstände berufsspezifisch wie gesamtgesellschaftlich herausfordernde Zeiten. Die zentrale Frage besteht darin, wie wir mit Krisen umgehen möchten? Welche Möglichkeiten und Perspektiven bieten sich? Insbesondere als Bildungsinstitution nimmt sich die HFH Hamburger Fern-Hochschule solcher Fragen an.

Zum 25-jährigen Jubiläum der HFH wird mit dem Herausgeberwerk des Fachbereiches Gesundheit und Pflege das breite Spektrum des Wissens und Lernens, insbesondere im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen, zur erfolgreichen gesamtgesellschaftlichen Zukunftsperspektive präsentiert. Als gemeinnützige Fernhochschule ist die HFH eine Institution, die mit Bildung auf Zukunft setzt. Ein Großteil der Studierendenschaft ist berufstätig und somit ist die Hamburger Fern-Hochschule mit der Bewältigung realer Herausforderungen in der Praxis konfrontiert und stellt Überlegungen an, wie diesen auf wissenschaftlich fundierter Basis zu begegnen sind. In diesem Herausgeberwerk kommen Studierende sowie Lehrbeauftragte, wissenschaftliche Mitarbeiter:innen und Professor:innen zu Wort, die facettenreiche Einblicke in unterschiedliche Praxisfelder geben und dabei nicht bei einer Problembeschreibung verbleiben, sondern Perspektiven zum Umgang mit unterschiedlichsten Herausforderungen in krisenhaften Zeiten aufzeigen. Mit der Aufnahme auch studentischer Beiträge wird hier die Möglichkeit geschaffen, den wissenschaftlichen Nachwuchs zu Wort kommen zu lassen und durch eine erste Publikation wertvolle Erfahrungen zu sammeln.

Die ersten vier Beiträge in diesem Werk befassen sich mit der Ausbildung des potenziellen Nachwuchses im Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen und unterschiedlichen Herausforderungen, die damit einhergehen.

¹ Rede vor der Vollversammlung der Vereinten Nationen am 25. September 1961 - Dominik Geppert (2009). Die Freiheitsglocke. In Etienne Francois & Hagen Schulze (Hrsg.), Deutsche Erinnerungsorte 2 (S. 249) C.H.Beck.

Peggy Nitschke beschäftigt sich in ihrem Beitrag mit Dilemmasituationen für Auszubildende in der Pflege und der Aufarbeitung selbiger im Rahmen des Ethikunterrichtes. René Thiel und Prof. Dr. Marcus Mittenzwei zeigen didaktische Kriterien für den Einsatz von digitalen Tools innerhalb der theoretisch, generalistischen Pflegeausbildung auf, um Bildungseinrichtungen auf den digitalen Wandel einzustimmen. Sarah Reinecke beschäftigt sich mit der Anwendung digitaler Lehre, spezifisch in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen in Nordrhein -Westfalen. Steffen Meyer setzt sich in seinem Beitrag mit dem pädagogischen Ansatz *Stärke statt Macht* auseinander, um Lehrenden eine Interventionsoption zum Umgang mit Schüler:innen bei aggressiven Verhalten an die Hand zu geben.

Die nächsten fünf Beiträge widmen sich den berufsspezifischen Anforderungen und Herausforderungen mit denen Berufstätige insbesondere im Pflege- und Gesundheitswesen konfrontiert sind.

Benjamin Bohn befasst sich, auf Grund des eklatanten Fachkräftemangels in der Pflege, mit der Entwicklung eines Instrumentes zur Anerkennung internationaler Pflegeabschlüsse in der generalistischen Pflegeausbildung. Mareike Künzer untersucht die Verweildauer von Auszubildenden zu Operationstechnischen Assistent:innen im OP nach abgeschlossener Ausbildung, um hieraus Rückschlüsse zur potentiell längeren Anbindung im Beruf ziehen zu können. Yasmin Alice Worbs, Kira Morano und Clara Hartmetz setzen sich mit Stereotype über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen auseinander und gehen den Gründen des Ungleichgewichts der Verteilung der Anzahl weiblicher Beschäftigter in medizinischen Fachberufen zu der Anzahl weiblicher Führungskräfte in selbiger Branche nach. Ulrike Olschewski und Prof. Dr. Wolfgang Becker gehen der Frage nach, welche vor allem zukünftigen Führungskompetenzen aus Sicht von Pflegekräften und Führungskräften eine Rolle spielen. Stephan Müthel befasst sich mit der praktischen klinischen Komplexbehandlung von multiresistenten Erregern in Deutschland, die eine zunehmende Bedrohung für die Gesundheitsversorgung darstellen und für die es gilt, geeignete und umsetzbare Maßnahmen zu implementieren.

Die darauffolgenden Beiträge befassen sich mit der Gewinnung und Bindung neuer Mitarbeitenden, wie auch Ehrenamtlichen und derzeitigen Neuerungen/Herausforderungen in der Arbeitswelt allgemein.

Als bedeutender Eckpfeiler in der Hospizarbeit beschäftigt sich Corinna Kohröder-Warnken mit Anreizen zur Motivation und Bindung für das Ehrenamt im stationären Hospiz. Prof. Dr. Lars J. Jansen untersucht, inwiefern spielerische Ansätze zur Steigerung der Akzeptanz von Online-Assessments im Rahmen der Eignungsdiagnostik führen. Er gewährt dadurch einen Einblick in den Bereich des Gamification innerhalb des Personalmarketings. Julia Turtl und Jessica Heine beschäftigen sich mit der Ausweitung des mobilen Arbeitens im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie und

inwiefern dies ein Arbeitsmodell für die Zukunft darstellen könnte. Manuela Holt-hausen-Walleit und Jessica Heine beleuchten das Thema Altersdiversität in Unternehmen. Dabei erörtern sie, wie ein gelingender Wissensaustausch in generations-übergreifender Zusammenarbeit aussehen kann.

Die letzten zwei Beiträge schließen mit einem gesamtgesellschaftlichen Blick auf krisenhafte Zeiten und den Umgang damit.

Omer Baktash, Nina-Marie Holst, Prof. Dr. Maren Metz, Stephan Müthel und Maximilian Sommer befassen sich mit den individuellen sowie gesellschaftlichen Auswirkungen von Einsamkeit. Zum konstruktiven Umgang mit der psychischen Belastung von Einsamkeit bedarf es wirksamer Konzepte, die hier ebenso Beachtung finden. Das Herausgewerk schließt mit dem Beitrag *Krisen-Trauma-Chance?* von Sonja Holzner-Michna. In diesem wird eine neue Perspektive auf den Prozess einer Krise eröffnet, die, hervorgerufen durch die Herausforderung, die Chance auf Weiterentwicklung, Neuerung und Stärke in sich birgt.

Merle Schöne (Hrsg.)

1

Pädagogik im Gesundheits- und Sozialwesen

1.1 Dilemmasituationen in der Pflege – Implikationen für die Gestaltung von Ethikunterricht in der Pflegeausbildung

Peggy Nitschke

Einleitung

Durch den deutschlandweiten Mangel an Pflegekräften kommt es immer wieder zu Situationen, die ethisch nicht vertretbar sind. Auch in der Corona-Krise schildern viele Auszubildende in der Pflege erhebliche Dilemmasituationen (BMBF, 2021). Vor allem Pflegeschüler:innen wissen bei vielen Pflegeinterventionen nicht, wie sie handeln sollen und sind unschlüssig, ob sie die Situation ethisch richtig einschätzen (Schwendemann & Trillhaas, 2017). Dies macht sich besonders im Ethikunterricht bemerkbar. Gerade in Fallbeispielen zeigt sich zuerst keine reine Klarheit, welche Maßnahme die richtige darstellt. Mithilfe der vier Prinzipien der Medizinethik können Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Allerdings auch Situationen, in denen zwei oder mehr Prinzipien miteinander kollidieren und somit eine Dilemmasituation vorliegt. Das Lösen und der Umgang mit den Dilemmasituationen fallen vielen Auszubildenden zu Beginn schwer. Oft wird durch die angehenden Pflegefachpersonen erwähnt, dass sie bei Dilemmasituationen den erfahrenen Pflegekräften zuschauen, dabei aber Situationen erleben, die sie nicht mit sich und ihrer Moral vereinbaren können. In jeder Pflegeschule sollte eine Unterstützungshilfe gegeben werden, bei der Pflegeschüler:innen Sicherheit bekommen und im Umgang mit ethischen Problemsituationen professionell handeln können.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die kritischen Ereignisse innerhalb des Pflegealltags der Auszubildenden aufzuzeigen und die Notwendigkeit darzustellen, den Ethikunterricht in der generalistischen Pflegeausbildung hinsichtlich dieser Problemstellungen anzupassen.

Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden die theoretischen Hintergründe der Ethik im Pflegeberuf und insbesondere in der Pflegeausbildung untersucht und erläutert. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Einbeziehung des ICN-Ethikkodex für Pflegepersonen, der als wesentlicher Bestandteil betrachtet wird. Des Weiteren erfolgt eine Vorstellung der angewandten Forschungsmethode in dieser Arbeit.

Ethik in der Pflege

In der Pflege und in anderen Gesundheitsberufen werden immer wieder Wertentscheidungen getroffen. Bei solchen Entscheidungen spielen ethische Aspekte häufig eine bedeutende Rolle, weil sie zu einem Dilemma führen können. Pflegefachpersonen können sich in einem Konflikt mit den zu Pflegenden oder sogar in einem

Konflikt mit der Gesellschaft sehen. Häufig entsteht eine Spannung zwischen zwei Pflichten bzw. Prinzipien der Ethik. Darüber hinaus kann eine Spannung zwischen den Rechten von Patient:innen und dem Eigeninteresse der Pflegefachpersonen existieren (Fry et al., 2011). Fry et al. untersuchten den Umgang mit ethischen Dilemmasituationen in der Pflege und stellen fest, dass ein Ethikkodex einen Handlungsrahmen bieten kann.

ICN-Ethikkodex

Der ICN-Ethikkodex für Pflegende wurde erstmals 1953 vom International Council of Nurses (kurz: ICN) in Kraft gesetzt. Es ist ein Zusammenschluss von mehr als 130 nationalen Pflegeberufsverbänden. Er vertritt mittlerweile mehr als 27 Millionen Angehörige der Pflegeberufe und arbeitet weltweit daran, eine hochwertige Pflege und Versorgung für alle zu gewährleisten (ICN, 2022). Der seit 1953 kontinuierlich überarbeitete ICN-Ethikkodex liegt mit seiner aktuellsten Fassung aus dem Jahre 2021 in mehreren Sprachen vor. Der Kodex soll ein ethisches Fundament für das Selbstverständnis von Pflegenden bilden. Er darf nicht als Verhaltenskodex verstanden werden, sondern stellt vielmehr einen Leitfaden und unterstützenden Rahmen der ethischen Entscheidungsfindung dar (DBfK, 2021). „Viele Berufskolleginnen und -kollegen sind sich nicht darüber bewusst, dass die im Kodex formulierten Werte wertvolle Entscheidungshilfen für den Alltag bedeuten und damit für die Praxis von hoher Bedeutung sind“ (Bienstein & Zegelin, 2022, S.23). Der Kodex besteht aus vier Hauptelementen und einer Präambel:

Präambel: In diesem Vorwort wird die Wichtigkeit der Menschenrechte und das Recht auf eine respektvolle und würdevolle Behandlung aller Menschen erläutert. Außerdem ist die Gleichberechtigung aller Menschen elementar und jede Person ohne Diskriminierung aufgrund ihres Alters, sozialen oder wirtschaftlichen Status, ihrer sexuellen, kulturellen oder religiösen Orientierung, ihrer Herkunft, ihres Aussehens, Krankheiten, ihrer politischen oder ethnischen Zugehörigkeit sowie ihrer Sprache zu betrachten (DBfK, 2021).

Pflegefachpersonen und Patient:innen und Menschen mit Pflegebedarf: Das erste Hauptelement ist gegliedert in elf Unterpunkte. Hier steht der professionelle Umgang mit pflegebedürftigen Menschen im Mittelpunkt. Empathie, Einfühlungsvermögen, Vertraulichkeit und Verlässlichkeit sind dabei wichtige Eigenschaften. Auch dem Datenschutz und der Privatsphäre sowie Menschenrechten, Ritualen und Bräuchen wird eine große Bedeutung beigemessen (DBfK, 2021).

Pflegefachpersonen und die Praxis: Im zweiten Element des Kodex geht es um das Arbeitsumfeld von Pflegefachpersonen. Wichtige Bestandteile sind die fachlichen Kompetenzen, die immer wieder aktualisiert werden sollen, die Wertschätzung der eigenen Gesundheit, das Bestreben das Berufsbild und Image der Pflege durch

professionelles Verhalten zu stärken sowie Menschen bzw. Patient:innen vor Missbrauch von Technologien oder Missbrauch durch andere Menschen bzw. Pflegefachpersonen zu schützen (DBfK, 2021).

Pflegefachpersonen und der Beruf: Das dritte Element ist in sieben Unterpunkte gegliedert. Angesprochen werden Themen aus der Profession und dem Berufsfeld Pflege. Die Gestaltung der Arbeitsumgebung und das Beteiligen der Berufsorganisation sind dabei wichtige Rollen einer Pflegefachperson. Darüber hinaus hat die Erweiterung des Berufswissens durch kontinuierliche Forschung der Pflegewissenschaftler:innen einen hohen Stellenwert. Die Durchsetzung und Festlegung von Standards wird als Aufgabe von Pflegefachpersonen fixiert. Neu in der aktualisierten Fassung ist der letzte Punkt des dritten Elementes: Notfälle und Katastrophen. Inbegriffen sind dort Pandemien, Kriege und sonstige Situationen, in denen Pflegefachpersonen mit dem Vorhandensein von wenigen Ressourcen rechnen müssen (DBfK, 2021).

Pflegefachpersonen und die globale Umwelt: Zum letzten Element gehören acht Unterpunkte, die Solidarität, Zusammenarbeit und Chancengleichheit und -gerechtigkeit beinhalten. Gemeint sind damit bspw. ein allseitiger Zugang zur Gesundheitsversorgung, der Erhalt und Schutz der natürlichen Umwelt, das Einsetzen für das öffentliche Wohl und unseres Planeten sowie der Wert aller Menschen und das Abwenden von jeglicher Form der Ausbeutung (DBfK, 2021).

Ethik in der Pflegeausbildung

Durch die neuen Ausbildungsziele in der neuen generalistischen Pflegeausbildung ist vorgesehen, den Fokus stärker auf die Entfaltung ethischer Kompetenzen zu legen. Dabei müssen die Lehrkräfte ihren Unterricht didaktisch und inhaltlich anpassen. Wichtig sind nicht mehr die allgemeinen ethischen Kompetenzen, sondern diese müssen den unterschiedlichen Aufgabenbereichen der Auszubildenden angeglichen werden (Riedel & Giese, 2019). Das Thema Ethik sollte sich wie ein roter Faden durch alle Fächer bzw. Module in der Pflegeausbildung ziehen. Um dies zu gewährleisten, wäre es ratsam, direkt am Anfang der Pflegeausbildung eine Einführung in die Ethik und die dazugehörigen Begrifflichkeiten zu geben. Nur so können Auszubildende Ethik und Pflege als zusammengehörig verstehen und anerkennen (Rabe, 2017). Rabe fasst einen weiteren Aspekt der Ethik in der Pflegeausbildung zusammen: die ethische Kompetenz. Ethik bewegt sich zwar in allen vier Bereichen der geforderten Schlüsselqualifikationen der Pflegeausbildung, dennoch ist das Ziel des Ethikunterrichtes die ethische Kompetenz. Dabei ist die Reflexionsfähigkeit der wichtigste Aspekt. Diese muss immer wieder mit den Auszubildenden geübt werden. Dabei ist wichtig, dass nicht nur der theoretische Teil erläutert, sondern eine Verbindung zur Praxis hergestellt wird. Am besten lässt sich die sogenannte Kluft zwischen Theorie und Praxis durch fallorientierte Beispiele überwinden (Rabe, 2017).

Forschungsmethode

Die Grundlage dieses Artikels stellt eine qualitative empirische Untersuchung dar. Diese Forschung folgt der Critical-Incident-Methode (Flanagan, 1954), um die individuellen und beobachtbaren kritischen Ereignisse im Pflegealltag aufzuzeigen. Die Critical-Incident-Technik (kurz: CIT) beschreibt ein Verfahren, mit dem beobachtbare Vorfälle oder Verhaltensweisen systematisch gesammelt werden, um zu einer Lösung für praktische Probleme zu gelangen. Wörtlich übersetzt bedeutet critical incident kritisches Ereignis. Entwickelt wurde CIT von dem Psychologen John Flanagan, um Verhaltenskriterien aufzuzeigen, die zum Erfolg oder Versagen von Menschen in bestimmten Situationen führen. Es handelt sich um eine qualitative Methode zur Erfassung und Auswertung von kritischen Situationen. Flanagan selbst definiert es als eine Technik zur Sammlung von spezifischen Verhaltensweisen. Um kritische Situationen in Erfahrung zu bringen, bedarf es bei der CIT offener Fragen und eines leitfadengestützten Fragebogens oder Interviews (Flanagan, 1954). Die Auswertung erfolgt meist durch Inhaltsanalysen, indem die beobachtbaren und beschriebenen Situationen übertragen, strukturiert und kategorisiert werden. Die Verwendung von Kategorien, die sich aus den Daten selbst entfalten oder aus Modellen stammen, sind dabei kennzeichnend (Hemmecke, 2007).

Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument dieser qualitativen Studie dient ein Fragebogen. Die Fragen sind dabei offen gestellt mit einem freien Textfeld als Antwortmöglichkeit. Dadurch erhalten die Befragten die Möglichkeit, ihre eigenen Erfahrungen aufzuschreiben. Zu Beginn des Fragebogens wird eine Einleitung zum Thema und zum Hintergrund des Fragebogens gegeben. Hier wird auf die Freiwilligkeit und Anonymisierung aller Teilnehmenden hingewiesen. Die zweite Phase des Fragebogens ist der Hauptteil. Dieser beinhaltet die offenen Fragen mittels freier Textfelder für die qualitative Studie. Der Fragebogen besteht aus insgesamt sechs Fragen. Dabei ist die erste Frage die elementarste, für deren Antworten der meiste Platz vorgesehen ist. Die weiteren fünf Fragen bauen auf der ersten auf und beziehen sich immer auf die Ereignisse, die dort durch die Teilnehmer:innen beschrieben werden. In der ersten Frage wird nach ethischen Problemen oder ethischen Dilemmasituationen gefragt, die die Pflegeschüler:innen in der bereits absolvierten Ausbildungszeit erfahren haben. Zweitens wird nach der Ursache der Situation gefragt. In Frage drei sollen die Pflegeschüler:innen ihre Gefühle und in Frage vier die beteiligten Personen in der Situation schildern. In Frage fünf wird nach den Konsequenzen/Folgen gefragt und in der letzten Frage sollten die Teilnehmenden schildern, ob das ethische Problem gelöst werden konnte. Der letzte Teil des Fragebogens beinhaltet persönliche Daten, die die Befragten freiwillig angeben können. Dazu gehören Geschlecht und Altersgruppe, bei denen bereits Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind und die Teilnehmenden nur ankreuzen müssen. Außerdem können die Befragten frei formulierte Angaben zu ihrem Herkunftsland und ihrer Berufserfahrung machen.

Stichprobe

Die Stichprobe ergab sich aus den Schüler:innen von zwei generalistischen Pflegekursen, deren Ausbildungsbeginn im September 2020 war. Gewählt wurden die Kurse aufgrund ihrer bisherigen Erfahrung in den vergangenen 1,5 Jahren. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung befanden sich die Lernenden im zweiten Lehrjahr. Dabei hatten sie fast alle Pflichtbereiche der Generalistik durchlaufen (ambulante Pflege, stationäre Langzeitpflege, akute Pflege und Pädiatrie). Die Befragung fand zu Beginn des Ethikunterrichtes an zwei aufeinanderfolgenden Tagen im März 2022 in den Räumlichkeiten der Pflegeschule in Friedrichshafen am Bodensee statt. Dabei zeigt sich eine Heterogenität in jedem Bereich. Die Stichprobe besteht aus 20 weiblichen und 15 männlichen Personen aus 13 verschiedenen Nationalitäten mit unterschiedlich ausgeprägtem Sprachniveau und variierender Berufserfahrung. Insgesamt beläuft sich die Stichprobengröße auf $n = 32$. Die persönlichen Daten, die die Teilnehmenden im dritten Bereich des Fragebogens freiwillig angeben könnten, wurden in der Stichprobenliste eingeordnet. Aus datenschutzrechtlichen Gründen und um die Anonymisierung zu gewährleisten, wurde der Fragebogen persönlich übergeben und nicht per E-Mail versendet.

Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgt durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Dabei werden Antworten aus Interviews oder Fragebögen betrachtet und strukturiert ausgewertet. Hierbei werden Inhalte eines Textes analysiert. Dieser Umgang mit den Texten erfolgt qualitativ-interpretativ (Mayring & Fenzl, 2019). Grundlage für eine qualitative Inhaltsanalyse sind die Kategoriensysteme. Die einzelnen Kategorien sollten sich in diesem System klar voneinander abgrenzen (Mayring, 2015). Wichtige Komponenten sind dabei die Kategorien und Unterkategorien. Somit können die Kategorien hierarchisch sortiert sein. Außerdem ist es möglich, dass manchen Kategorien mehrere Textstellen zugeordnet werden können. Dadurch ist das Kategoriensystem das wichtigste Instrument der Analyse (Mayring & Fenzl, 2019).

Die Datenauswertung und die Kategorisierung werden in dieser Arbeit tabellarisch aufgezeigt. Dabei sind Ober- und Unterkategorien hierarchisch aufgebaut. Die Tabelle ist in sieben Spalten unterteilt.

Tabelle 1.1: Kategoriensystem (eigene Darstellung)

FID	Zitate/ Textstellen	Sub- kategorie Gefühle + Gründe	Generali- sierung	Kategorie	Über- kategorie	Gesamt
-----	------------------------	--	----------------------	-----------	--------------------	--------

In der ersten Spalte wird die Fragebogen-ID benannt. Dieser FID ist in der sogenannten Stichprobenliste einsehbar. In der zweiten Spalte werden die beschriebenen Er-

lebnisse der Auszubildenden dargestellt. Diese beziehen sich auf die erste Frage des Fragebogens. Dabei werden die signifikantesten Textstellen herausgefiltert. Werden bei der Auswertung Textstellen in der Schilderung des Erlebnisses ausgelassen, wird dies mit ‚[...]‘ gekennzeichnet. Die Zitate werden bei der Auswertung nicht verändert und mit Anführungszeichen dargestellt. Auch Rechtschreibfehler, Grammatik, Satzbau und Interpunktionen werden übernommen. Unter den jeweiligen Textstellen wurden die Folgen des Ereignisses für die Lernenden erwähnt. Diese Folgen beziehen sich auf die fünfte Frage des Fragebogens. Ähnlich ist die Handhabung in der dritten Spalte der Auswertungstabelle. In dieser Subkategorie werden die Gefühle der Lernenden in der geschilderten Situation und die vermuteten Gründe formuliert. Diese Spalte bezieht sich auf Frage 2 und 3 des Fragebogens. Auch hier werden die Antworten als Zitate mit Anführungszeichen wiedergegeben. Satzbau, Interpunktionen und Grammatik werden übernommen. Die vierte Spalte zeigt die Generalisierung. Die Aussagen aus Spalte zwei und drei werden verallgemeinert dargestellt. Dazu werden die Zitate in ein paar Wörtern zusammengefasst und anschließend in der fünften Spalte zu Kategorien gebildet. Dabei werden die in der Generalisierung zusammengefassten Aussagen in induktive Kategorien eingeordnet. Diese Kategorien entstehen während des Vorgangs der Auswertung und sind nicht vorgegeben. Damit die Forschungsfrage beantwortet werden kann, wurden im Rahmen dieser Arbeit die Überkategorien der sechsten Spalte deduktiv dem ICN-Kodex zugeordnet. Dabei werden die Kategorien aus Spalte fünf mit den Unterpunkten der vier Hauptelemente des ICN- Kodex verglichen. So kann nachvollziehbar aufgezeigt werden, in welchen Themenfeldern ethische Problematiken in der alltäglichen Praxis bestehen. In der letzten Spalte wird die Gesamtzahl (n =) der Teilnehmenden benannt, die Probleme in den jeweiligen Überkategorien empfunden haben. So lässt sich leicht feststellen, in welchem Bereich sich die meisten kritischen Situationen ereignet haben.

Anschließend werden die vier Elemente des ICN-Kodex mit deren jeweiligen Unter-elementen kurz zusammengefasst:

Tabelle 1.2: Darstellung der Unterelemente des ICN-Kodex (eigene Darstellung in anlehnung DBfK, 2021)

Element	Unterelemente			
1	Verantwortung bei Pflegebedürftigen	Menschenrechte werden gewahrt	Autonomie und Zustimmung der Pflegebedürftigen	Datenschutz und Privatsphäre
	Datenschutz in (sozialen) Medien	Sozialen Bedürfnissen gerecht werden	Chancengerechtigkeit und soziale Gerechtigkeit	Professionelle Werte wie Respekt, Mitgefühl, Empathie
	Förderung einer Sicherheitskultur	Evidence-informed und personenzentriert	Sicherheit bei Einsatz von Technologien und Wissenschaft	
2	Aufrechterhaltung von Kompetenzen durch Fortbildung	Fachliche Kompetenz aufrecht erhalten	Praktizieren innerhalb der Kompetenzgrenze	Auf eigene Gesundheit und Wohlbefinden achten
	Repräsentation des Berufes und Image	Wissen durch Anleitung an Berufsanfänger: innen	Fürsprecher: innen für Pflegebedürftige	Prozeduren aus Gewissensgründen ablehnen erlaubt
	Vertraulichkeit bei genetischen Informationen	Eingreifen bei jeglicher Gewalt in der Pflege	Ethisches Verhalten bei (Beinahe-)Fehler	Korrektheit und Vollständigkeit der Daten
3	Festlegung und Umsetzung der Standards	Aktives mitgestalten des Berufswissens	Erhaltung eines Kerns von beruflichen Werten	Beteiligung einer Berufsorganisation
	Ethische und gute Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Erstellung und Anwendung von Forschung	Vorbereitung auf Notfälle, Pandemien, Katastrophen etc.	
4	Recht auf universellen Gesundheitszugang	Gegen alle Formen der Ausbeutung	Übernehmen Führungsrolle	Tragen zur Gesundheit der Bevölkerung bei
	Soziale Determinanten von Gesundheit	Stärken und schützen die natürliche Umwelt	Einsatz des öffentlichen Wohles und des Planeten	Länderübergreifende Zusammenarbeit

Ergebnisse

Zwei der Befragten haben keine persönlichen Daten im unteren Drittel des Fragebogens angegeben. Vier Personen haben kein Herkunftsland benannt und fünf Teilnehmende haben keine Berufserfahrung beschrieben. Eine Person kreuzte keine Altersgruppe an. Insgesamt haben laut Stichprobenliste 14 männliche und 16 weibliche Personen an der Studie teilgenommen. Da zwei der Befragten keinerlei Daten angegeben haben, ist kein Geschlecht der beiden bekannt. Die meisten Teilnehmer:innen ($n = 10$) gehören der Altersgruppe 26 – 34 an, danach folgen die Altersgruppe 17 – 25 ($n = 9$) und die Altersgruppe 35 – 43 ($n = 7$). Mit zwei Nennungen ($n = 2$) wurde die Altersgruppe 44 – 52 erfasst. Nur eine Person gab an, zur Altersklasse 53 – 61 zu gehören. Die meisten Teilnehmer:innen ($n = 10$) gaben als Herkunftsland Afrika allgemein oder spezifische afrikanische Staaten an. Deutschland als Herkunftsland wurde am zweithäufigsten genannt ($n = 7$). Weitere Teilnehmer:innen gaben die Herkunftsländer Italien, Türkei, Polen, Kasachstan, Vietnam, Bulgarien, Afghanistan und Rumänien an. Eine Person nannte Europa als Herkunftsland. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen ($n = 19$) gaben an, eine Berufserfahrung von 1,5 Jahren, das heißt seit Ausbildungsbeginn, zu besitzen. Vier Personen nannten eine Berufserfahrung von zwei bis fünf Jahren. Zwei der Teilnehmenden nannten eine Berufserfahrung von über fünf Jahren. Es haben $n = 7$ der Lernenden zwei oder mehr kritische Situationen geschildert. Insgesamt wurde von 42 prägenden Ereignissen und/oder ethische Dilemmasituationen berichtet.

Erstes Element (Pflegefachpersonen und Patienten bzw. Patientinnen und Menschen mit Pflegebedarf):

Im ersten Element haben insgesamt $n = 7$ Befragte zehn ethische Problemsituationen benannt. Darunter war ein Pflegeschüler (FID 12), der im Element 1.1 eine kritische Situation erlebt hat. Er schilderte einen Konflikt zwischen ihm und der Pflegedienstleitung. Der Befragte kam zu einem geplanten Gespräch mit der Pflegedienstleitung fünf Minuten zu spät. Als Grund gab er an, noch einen Patienten gepflegt zu haben, da an diesem Tag ein gravierender Mangel an Personal herrschte. Der Pflegeschüler sah sich in einem Konflikt, da er die zu pflegende Person nicht unfertig allein lassen wollte, schließlich ist dies seine pflegerische Aufgabe. Im Folgenden bekam der Befragte Ärger mit der Pflegedienstleitung und fühlte sich danach „schrecklich und hilflos“. Generalisiert wurde diese Situation in Konflikt zwischen Verantwortung von Patient:innen und Einrichtungsbezogenen Terminen und in die Kategorie Pflichtbewusstsein in beruflicher Praxis eingeordnet. Bei der Auswertung im Rahmen dieser Arbeit wurde diese Problemstellung dem Element 1.1 zugeordnet, da laut ICN-Kodex die Verantwortung jeder Pflegekraft den Patient:innen gilt (DBfK, 2021). Zwei Teilnehmer:innen gaben Probleme im Element 1.2 an. Darunter gab FID 24 Verunsicherung an, wie bei einer Patientenverfügung richtig zu handeln ist. Dabei geht es beispielsweise um die Frage, wer letztendlich die Ent-

scheidung hinsichtlich der Reanimierung trifft oder ob die Patientenverfügung ihre Gültigkeit behält. Dazu gab die Person an, dass es in jeder Einrichtung, in der sie war, ein großes Thema ist. Generalisiert wurde dieses Problem als *Umgang mit Patientenverfügung*. Ein weiterer Teilnehmer berichtete über einen Patienten, der unter einer Lungenkrankheit leidet, aber auf das Rauchen nicht verzichten möchte. Der Patient möchte sich dies nicht verbieten lassen, da er weiß, dass er sterben wird. Generalisiert wird diese Situation als *Dilemmasituation zwischen medizinischen Fakten und Wunsch der Patient:innen* beschrieben. Beide Problemsituationen wurden bei der Auswertung der Kategorie Autonomie der Patient:innen zugeordnet, da beide Erlebnisse Situationen aufzeigen, bei denen Patient:innen ihre Selbstbestimmung behalten möchten und ihre Lebenswünsche klar äußern. Auch bei Unterpunkt 1.3 des ersten Elementes gaben n = 2 Befragte ähnliche Probleme an. FID 8 schilderte beispielsweise das Problem, dass ein Pflegeempfänger nicht gern duscht, da ihm häufig kalt ist. Auch die Grundpflege im Allgemeinen gestaltet sich oft schwierig. Allerdings sehen viele Pflegepersonen dies als unhygienisch an und holen ihn ggf. mithilfe von anderen Pflegepersonen aus dem Bett und duschen ihn gegen seinen Willen. Der Pflegeschüler äußert schlechte Gefühle, v. a. auch Trauer, wenn er bei diesem Geschehen mitwirken muss. Ein weiterer Teilnehmer äußerte eine ähnliche Situation, in der Pflegeempfänger:innen gegen ihren Willen geduscht werden. In beiden dargestellten Situationen äußerten die Befragten, dass sich die Patient:innen stark wehren, aber festgehalten werden. Beide Fälle wurden bei der Auswertung in *Pflegemaßnahme wird durch Bewohner:in (BW) nicht zugestimmt* generalisiert. Beide wurden in die Kategorie Autonomie der Patient:innen eingeordnet. Die Zuordnung zum dritten Unterpunkt des ersten Elementes erfolgte, da im ICN-Kodex in diesem Unterpunkt beschrieben wird, dass jede:r Patient:in eine ausreichende Information über geplante Pflegeinterventionen erhalten soll und daraufhin ihre oder seine Zustimmung für die Pflegemaßnahmen geben muss (DBfK, 2021). Zum vierten Unterpunkt des ersten Elementes gab FID 24 folgende Problematik an: Ein Patient wünscht keinen Kontakt zu seinen Angehörigen, möchte auch nicht, dass das Pflegepersonal Daten und Fakten von ihm preisgibt. Nun kam es für die Pflegeschülerin zu der Situation, dass seine Angehörigen kamen und nach ihm gefragt haben. Es war eine unangenehme Situation, die für die Befragte mit Unbehagen einherging, da sie den Angehörigen nichts sagen durfte. Generalisiert wurde dieses geschilderte Erlebnis zu *Personenbezogene Daten nicht an Angehörige weitergeben* und in die Kategorie Datenschutz eingeordnet. Der vierte Unterpunkt des ersten Elementes wurde gewählt, da dort beschrieben steht, dass personenbezogene Daten vertraulich behandelt werden und bei der Übermittlung auch die Wünsche der Patient:innen respektiert werden müssen (DBfK, 2021). Beim achten Unterpunkt wurden zwei kritische Situationen durch zwei Befragte geäußert. FID 20 schilderte eine kritische Situation bei einem Palliativpatienten. Es bestand die Problematik, dass durch die Coronakrise keine Angehörigen zu Besuch kommen durften, demnach auch nicht zu diesem Patienten. Dabei bestand die ethische Dilemmasituation darin, dass die Pflegeschülerin bei dem Patienten am Bett bleiben wollte, um diesen auf seinem letzten Lebens-

weg zu begleiten. Eine Arbeitskollegin wiederum verbot es der Auszubildenden mit dem Argument, ihre Arbeit weiterzumachen und nicht Menschen beim Sterben zu begleiten. Die Kollegin zeigte sich durch den Sterbeprozess des Patienten genervt. Die Pflegeschülerin entschied jedoch, gegen die Anweisung zu handeln, und blieb bei dem Patienten, bis dieser verstorben war. Es wurden unterschiedliche Gefühle beschrieben: zuerst schlechte Gefühle aufgrund der Situation, danach wiederum gute Gefühle, dass dem sterbenden Patienten geholfen worden ist und dieser nicht allein sterben musste. Allerdings wurde die Geste der Befragten durch die Arbeitskollegin mit Ärger geahndet und sie wurde von dieser nach Hause geschickt. Generalisiert wurde diese Situation mit *Würdevolles Sterben ermöglichen*. FID 7 schilderte eine weitere Problematik. Dabei ging es um eine Bewohnerin, die auf die Toilette musste und dies einer Pflegekraft gegenüber äußerte. Allerdings wollte die Pflegekraft diese Art der Pflegeintervention nicht durchführen und suchte eine:n Pflegehelfer:in. Allerdings fand sie keine:n und ließ die Bewohnerin weiterhin warten. Der Auszubildende beschrieb seine Gefühle so, dass er danach ein schlechtes Bild von der Pflegekraft hatte. Diese Situation wurde bei der Auswertung in Rechte der *Patient:innen respektieren und unterstützen* zusammengefasst. Beide dargestellten Begebenheiten wurden in der Kategorie Umgang mit Patient:innen verortet, da dies einen wichtigen Bestandteil des achten Unterpunktes darstellt. Dort steht beschrieben, dass Pflegefachpersonen den zu Pflegenden emphatisches Verhalten und Werte wie Respekt, Gerechtigkeit und Mitgefühl zeigen sollen. Auch heißt es dort, dass die Würde und die Rechte der Menschen respektiert und eingehalten werden müssen (DBfK, 2021). Im letzten Unterpunkt 1.9 des ersten Elementes schilderten zwei Pflegeschülerinnen jeweils eine Situation. FID 13 beschrieb ein Problem aus dem Krankenhaus. Dort hat eine Frau in der 35. Schwangerschaftswoche ihr Kind verloren. Sie sollte danach wieder auf dieselbe Station gebracht werden. Allerdings äußerte die Patientin Unbehagen, da auf dieser Station viele Babybilder hängen und auch Laute von anderen Babys zu hören sind. Die befragte Pflegeschülerin schilderte heftige Gefühle. Sie musste weinen angesichts des toten Kindes und empfand es als unfair der trauernden Frau gegenüber. Die Situation wurde in *Belastende Situationen von Patient:innen vermeiden* generalisiert und in die Kategorie Sicherheitskultur in der Arbeitsumgebung aufrechterhalten eingeordnet. Eine andere kritische Situation äußerte eine weitere Teilnehmerin. Dabei ging es um einen Patienten, der neu ins Krankenhaus gekommen war und unter Stimmungsschwankungen litt. Laut der Befragten war der Patient in einem Moment sehr nett und im nächsten Moment laut und zeigte abwehrendes Verhalten. In der geschilderten Situation klingelte der Patient, weil dieser bzgl. seiner Stuhlinkontinenz Hilfe benötigte. Allerdings war es der Pflegeschülerin und einer Kollegin nicht möglich, sofort zu ihm zu gehen. Nach ein paar Minuten kamen beide ins Zimmer. Sie wurden von dem Patienten abwertend behandelt: „[...] Er hat meine Fachkraft und mich sowas von angeschrien, dass habe ich noch nie erlebt. Die Sätze und Worte sind aus der untersten Schublade gewesen und wir wurden persönlich beschimpft“ (FID 24). Die Kollegin bemühte sich um Deeskalation, was aber nicht möglich war. Vielmehr mussten beide das Zimmer ver-

lassen, um Schlimmeres zu verhindern. Sowohl die befragte Pflegeschülerin als auch ihre Kollegin empfanden den Vorfall als eine Dilemmasituation, weil sie dem Patienten helfen wollten, er es aber in diesem Moment nicht zuließ. Generalisiert wurde diese Situation bei der Auswertung in *Umgang mit Patient:in, der/die abwehrendes Verhalten zeigt* und wurde in der Kategorie Förderung sicherer Pflegeumgebung verortet. Eingegliedert in den neunten Unterpunkt des ersten Elementes wurde es aufgrund der Tatsache, dass Pflegefachpersonen eine sichere Pflegeumgebung garantieren und Risiken für Patient:innen erkennen und eine sichere Versorgung gewährleisten sollen (DBfK, 2021).

Zweites Element (Pflegefachpersonen und die Praxis):

Aus dem zweiten Element schilderten 19 Pflegeschüler:innen insgesamt 24 Situationen, die in sechs Unterpunkte gefasst werden konnten. Beim Element 2.3 wurden fünf Sachlagen beschrieben. FID 10 beschrieb die Problematik, dass er Küchendienst hatte und gleichzeitig für mehrere Patient:innen zuständig war. Darunter war eine Bewohnerin, die eine Hinlauftendenz zeigte. Es kam zu dem Umstand, dass diese Bewohnerin verschwunden war und eine Arbeitskollegin von dem Befragten verlangte, sie draußen allein zu suchen, obwohl das Abendessen noch nicht beendet war. Der Teilnehmer schrieb bei der Frage, welche Gefühle er dabei gespürt hat, dass in so einem Fall eigentlich jeder füreinander da sein muss und er die Situation falsch eingeschätzt hat, da leider ein gravierender Personalmangel herrschte. Zusammengefasst wurde diese Situation in *Faire Aufgabenverteilung bei personellem Notstand*. Das zweite Erlebnis in diesem Unterpunkt beinhaltet ein pflegenderisches Problem. Dabei sollte ein Pflegeschüler (FID 26) auf der pädiatrischen Station bei einer Patientin Medikamente stellen und auch eingeben, obwohl er dies als Schüler noch nicht darf. Eine Kollegin wurde darauf hingewiesen, die allerdings zu verstehen gab, dass bei einer Ablehnung dieser Aufgabe die Person nicht für den Beruf geeignet sei. Das belastete den Auszubildenden sehr. Generalisiert wurde das Erlebnis bei der Auswertung in *Keine rechtliche Befugnis zum alleinigen Medikamenten Richten*. FID 27 schilderte eine ähnliche Sachlage. Dabei ging es um eine subkutane Injektion mit Heparin. Auch hier sprach der Schüler die Pflegefachperson darauf an, dass er diese Pflegemaßnahme noch nicht allein durchführen darf. Allerdings bekam er keine Antwort und fand danach die Pflegefachperson im Frühstücksraum wieder. Der Befragte spürte eine Unsicherheit und fühlte sich nicht wohl. Eine vierte in der Befragung berichtete Sachlage beinhaltet ebenfalls das unerlaubte Spritzen subkutaner Injektionen und das Messen von Blutzucker. Dabei wurde durch FID 28 beobachtet, wie ungelernete Pflegehelfer:innen bei Diabetiker:innen diese pflegenderischen Maßnahmen nicht sachgemäß durchführen und dabei Hämatome und andere Verletzungen verursachen. Als Grund wurde auch hier Personalmangel genannt. Schockierung und Enttäuschung wurden als Gefühle angegeben. Die dritte und vierte Sachlage wurden gleich generalisiert: *Keine rechtliche Befugnis für alleinige Injektionen ohne Begleitung*. Die letzte Konstellation in diesem Unterpunkt bein-

haltet eine Situation, bei der ein Lernender den ersten Tag auf der pädiatrischen Station war. Dies war der Pflegefachperson bekannt, dennoch gab sie dem Pflege­schüler die Patientenakten in die Hand und ordnete ihm einen Rundgang an. Es wurden keine Anlernphase gewährt und keine Erklärungen gegeben. „Sehr unfreundlich sagte sie zu mir: wir diskutieren jetzt nicht. Ich soll anfangen“ (FID 31). Der Befragte gab an, traurig gewesen zu sein und dass er am liebsten wieder gegangen wäre. Auch äußerte er, dass er nichts in der Pädiatrie gelernt hat. Zusammengefasst wurde es in: *Ohne Einarbeitung allein „Rundgang“ machen lassen*. Alle geschilderten Situationen im Unterpunkt 2.3 wurden in dieselbe Kategorie eingeordnet: Übernahme und Delegation von Aufgaben/Verantwortung. Deshalb wurde es auch im dritten Unterpunkt des zweiten Elementes verortet, da dort dargelegt wird, dass Pflegefachpersonen nur in dem gesetzlichen Bereich und nach ihren Kompetenzen handeln und Pflege­­tätigkeiten ausführen sollen. Darüber hinaus dürfen Aufgaben an andere Personen nur delegiert werden, wenn die Pflegefachperson der Auffassung ist, dass diese die Tätigkeiten auch ausführen dürfen und können (DBfK, 2021). Unter dem Punkt 2.4 wurde bei der Auswertung eine Situation eingeordnet, bei der eine Auszubildende Diskriminierung durch Patient:innen erlebte. Auch schrieb die Teilnehmerin, dass sie nun zu ihrem Vorgesetzten gehen möchte, da sie durch Patient:innen beschimpft wird: „Andere sagen das ich Neger bin!“ (FID 19). Sie äußerte gegenüber der Geschäfts­führung, dass sie nicht mehr zu einer bestimmten Patientin möchte, wofür die Geschäfts­führung Verständnis zeigte. Dennoch waren die Gefühle mit Trauer und Wut belegt. Generalisiert wurde es zu *Diskriminierung vonseiten der Patient:innen* und dadurch in der Kategorie Anerkennung in Arbeitsumgebung wichtig eingegliedert. Gewählt wurde der vierte Unterpunkt des zweiten Elementes, da es geprägt von der eigenen Würde und Gesundheit ist. Diese Komponenten können nur gewährleistet werden, wenn eine positive und sichere Arbeitsumgebung vorhanden ist, in der sich Pflegefachpersonen anerkannt und sicher fühlen (DBfK, 2021). Acht Situationen konnten bei der Auswertung dem Element 2.6 zugeordnet werden. Bei den geschilderten Problematiken wurden fünf von n = 5 Lernenden identisch beschrieben (FID 19, 9, 18, 26, 23). Demnach wurden die Pflegeschüler:innen im Krankenhauseinsatz anders behandelt als die internen Krankenhausschüler:innen. Alle fünf gaben an, dass die Tatsache, ihren Vertrag in einer Altenpflegeeinrichtung unterschrieben zu haben, der Grund dafür ist. Geäußert hat sich die ungerechte Behandlung darin, dass alle Befragten nur für die Grundpflege eingeteilt worden sind oder nur Essen eingeben durften. Das wurde gegenüber einigen der Auszubildenden auch offen durch das Pflegepersonal geäußert: „Die Schüler muss immer Körperpflege machen und Essen eingabe sonst nichts [...], sie sagt zu uns wir sind vom Pflegeheim [...] wir habe keine Idee wie alles läuft im Krankenhaus“ (FID 9). Auch werden bei Anleitungen andere Schüler:innen bevorzugt behandelt. Die Gefühle waren bei allen Teilnehmer:innen ähnlich: traurig, wütend, sie fühlten sich unterschätzt und motivationslos. Ein Teilnehmer gab an, dass er deshalb die Ausbildung abbrechen wollte. Bei FID 15 war es ähnlich. Sie wurde ungerecht behandelt, weil sie ein paar Unklarheiten und Fragen bezüglich Insulinarten äußerte. Eine Pflegefachperson verspottete-

te die Fragen und stichelte weiter. Auch hier äußerte die Pflegefachperson der Befragten gegenüber, dass sie nur eine Altenpflegerin sei. Dabei fühlte sich die Pflegeschülerin peinlich berührt und musste weinen. Alle sechs Personen gaben an, wenig im Krankenhaus gelernt zu haben, obwohl die behandlungspflegerischen Maßnahmen in der Theorie besprochen worden sind. Alle sechs geschilderten Sachlagen wurden in *Alle Auszubildenden aus allen Bereichen akzeptieren und fördern* zusammengefasst. Eine weitere Teilnehmerin (FID 32) schilderte eine Situation im Zusammenhang mit dem eigenen Alter. Dazu beschrieb sie einen Vergleich mit einem anderen Schüler, der besser beurteilt wurde und wo auch der Umgang mit ihm als besser empfunden worden ist. Als Grund wurde das Alter genannt. Demnach äußerte das Pflgeteam, dass der andere Schüler einfach jünger ist. Die beiden letzten benannten Umstände wurden gleich generalisiert in *Ungerechte Behandlung der Lernenden aufgrund Herkunft/Sprache/Alter*. Alle acht Konstellationen in diesem Unterpunkt wurden in dieselbe Kategorie eingeordnet: Anleiten aller Auszubildende. Gewählt wurde der vierte Unterpunkt, da dort inhaltlich dargestellt wird, dass alle Pflegefachpersonen ihre Kenntnisse und ihr Wissen anderen Personen und Schüler:innen weitergeben und demnach auch Anleitungen bieten sollen (DBfK, 2021). Fünf Sachlagen konnten in den Unterpunkt 2.10 eingeordnet werden. Dieser Unterpunkt beinhaltet die Anforderung, andere Menschen, darunter auch Patient:innen, vor anderen Personen, Gruppen, Technologien oder auch Pflegefachpersonen zu schützen, wenn ihr Wohlbefinden gefährdet ist (DBfK, 2021). Eine Teilnehmerin (FID 2) erzählte beispielsweise von einer an Demenz erkrankten Person, die ihre Exkremate im Zimmer verteilte. Die Befragte beobachtete bei einer Kollegin ein unkorrektes Verhalten, indem diese mit der Patientin laut geschimpft hatte und sehr wütend wirkte. Im Text schilderte die Teilnehmerin, dass sie Angst bekam und sehr verwirrt war. Eine weitere Schülerin schrieb über einen Pfleger, der seine Launen und privaten Probleme immer an den Bewohner:innen ausgelassen habe. Das ging sogar in körperliche Gewalt über: „[...] stark an die Hände gezogen, dass am Ende, die Bewohner Schürfwunde haben oder alleine unter kalter Dusche Bewohner gelassen“ (FID 21). Der Auszubildenden wurde übel und sie versetzte sich in die Lage der Bewohner:innen, die im Altenheim zu Hause sind und sich eigentlich wohl und sicher fühlen sollen. Außerdem gab sie an, dass dem Pfleger irgendwann gekündigt worden ist. Eine ähnliche Situation wurde von FID 29 beschrieben. Dieselbe Schülerin beschrieb eine zweite Situation, bei der eine Pflegefachkraft aus einer Leiharbeitsfirma mit ihr auf der Station arbeitete. An diesem Tag suchte sie nach der Fachkraft und kam in das Zimmer einer 100-jährigen Patientin. Diese hielt die Auszubildende am Arm fest und bat sie, bei ihr zu bleiben, da die Fachkraft sie grob behandeln würde. Die Befragte entschied sich dafür, bei der Patientin zu bleiben. In beiden Situationen fühlte sich die Auszubildende nicht gut. Alle fünf geschilderten Situationen wurden gleich generalisiert in *Verhalten von anderen Kolleg:innen gegenüber Patient:innen und Bewohner:innen* und demnach in dieselbe Kategorie eingeordnet: Umgang mit Patient:innen/Bewohner:innen. Dem Unterpunkt 2.11 konnten bei der Auswertung vier Sachlagen zugeordnet werden. FID 5 schilderte eine Dilemmasituation im Kran-

kenhaus, in der ein Ärzteteam sich uneinig über eine medizinische Maßnahme bei einem Patienten auf der Intensivstation war. Für die Schülerin war es schwer mit anzusehen, da nicht sicher war, ob diese Behandlung überhaupt medizinisch notwendig ist. Sie konnte es zunächst nicht ertragen und musste kurz allein sein, da ihr die Tränen kamen. Allerdings schilderte sie, dass die Stationsleitung dies bemerkte und sie auffing. Dieselbe Lernende schilderte eine weitere Sachlage, die auch dem gesamten Team naheging: „Mama wollte Kind nicht per Secio [gemeint ist Sectio, Anm. d. Verf.]. Unterschreibt aber, dass sie den Kindestod in Kauf nimmt“ (FID 5). Die empfundenen Gefühle wurden als sehr schlecht beschrieben. Beide Situationen wurden in *Pflegeinterventionen müssen besprochen sein, um die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten zusammengefasst*. Ebenso wurden beide der Kategorie Ethische Fallbesprechung im Team zugeordnet. Darüber hinaus wurde folgende weitere Sachlage eingeordnet: FID 25 kam nach einem freien Wochenende wieder auf die Krankenhausstation. Dabei half er einer Patientin auf den Toilettenstuhl, was andere Kolleg:innen auch bereits gemacht haben. Allerdings kollabierte die Patientin dabei und eine Ärztin wurde hinzugerufen. Diese war sehr erbost über den Pflegegeschüler und äußerte Kündigungsdrohungen und Schuldzuweisungen, falls die Patientin sterben sollte. Der Auszubildende beschrieb, dass andere Kolleg:innen genauso geschockt waren wie er selbst. Zudem wurden Reue, Motivationslosigkeit und Peinlichkeit beschrieben. Auch diese Situation wurde bei der Auswertung in *Pflegeinterventionen müssen besprochen sein, um die Sicherheit der Patient:innen zu gewährleisten* generalisiert. Allerdings wurde eine andere Kategorie gewählt, und zwar Ethisches Verhalten auch bei Fehlern anderer. Durch eine andere Teilnehmerin (FID 24) wurde ein Fehler bei der Medikamentengabe beobachtet. Dabei vertauschte eine Pflegefachperson Medikamente bei zwei Patient:innen. Als die Pflegeschülerin die Pflegefachperson darauf ansprach, unternahm diese nichts, da es sich nur um Schmerzmittel handelte. Als Gefühle beschrieb die Teilnehmerin, dass sie unsicher war, was man als Auszubildende in so einer Situation machen darf. Sie fühlte sich unbeholfen. Generalisiert wurde es in *Medikamentengabe nicht an richtige Person verabreicht* und die Kategorie Fehler bei Medikamentengabe wurde gewählt. Diese vier Situationen wurden dem Unterpunkt 2.11 zugeordnet, da es sich inhaltlich um die Sicherheit der Patient:innen handelt, auch wenn Fehler oder Beinahe-Fehler durch Pflegepersonal auftreten (DBfK, 2021). Dem letzten Unterpunkt 2.12 im zweiten Element wurde eine Sachlage zugeordnet. Dabei berichtete FID 11 über eine Patientin, die im Laufe der ersten Woche eine vertrauensvolle Pflegebeziehung mit der Schülerin aufbaute, was auch im Pflege team kommuniziert wurde. Allerdings wurde die Befragte zurechtgewiesen, dass die Freude nicht groß sein darf, da die Patientin eine Höherstufung bekommen soll und demnach mehr Leistungen dokumentiert werden sollen, wie die Pflegeempfängerin eigentlich benötigt: „[...] Dann ein Tag bei Übergabe kam eine Vollkraft zu mir und sagt das ich darf nicht mich sehr freuen wenn die Frau X so gut geht und überhaupt dass sagen das sie besser geworden ist weil es geht um Geld, dass die Frau X soll zu die nächste Pflegegrad kommen und mehr Leistungen dokumentieren, bedeutet mehr zahlen kann! Das ist unmoralische

und ein Dilemma weil wir lernen die Menschen zu verbessern und nicht das Gegenteil!“. Für die Teilnehmerin war das nicht nachvollziehbar, da man die Ressourcen der Patient:innen fördern und nicht eindämmen soll. Es wurden Empfindungen von Motivationslosigkeit und Verständnislosigkeit genannt. Diese Sachlage wurde zusammengefasst zu *Höherstufung des Pflegegrades mit Dokumentation von falschen Pflegeinterventionen* und in die Kategorie Dokumentation ressourcengetreu formulieren eingeordnet. Es wurde im Unterpunkt 2.12 verortet, da es in diesem Bereich um die Korrektheit und Vollständigkeit der Daten geht (DBfK, 2021).

Drittes Element (Pflegefachpersonen und der Beruf):

Im dritten Element des ICN-Ethikkodex wurden acht Situationen in zwei Unterpunkten eingeteilt. Zum Element 3.5 wurden sieben Sachlagen beschrieben. Darunter beschrieb FID 3, dass eine Kollegin in einem Patientenzimmer sie plötzlich anschrie und ein Bettlaken warf, das beinahe den Patienten traf. Als Grund gab die Kollegin an, dass sie sich durch die Pflegeschülerin diskriminiert fühlte. Daraufhin fühlte diese sich sehr schlecht, musste weinen, da sie gern zu der Kollegin ging, um Fragen zu stellen, manchmal sogar auf Englisch, wenn es sprachlich Schwierigkeiten gab. Geklärt hat sich das Problem nicht, da die Kollegin nicht mehr mit der Schülerin kommunizierte. FID 5 schilderte eine Situation mit einer Assistenzärztin in der Notaufnahme. Diese sei beim gesamten Team mit negativem Verhalten auffällig geworden. Dementsprechend wollte die Pflegeschülerin auch nicht bei ihr eingeteilt werden. Allerdings gab es eine Situation, in der die Teilnehmerin von der Ärztin vor anderen anwesenden Personen angeschrien und gedemütigt wurde. Die Pflegeschülerin erschrak sehr und empfand auch Scham vor den Patient:innen. Im Folgenden wurde die Ärztin mit dem Vorfall konfrontiert und dieser wurde daraufhin besprochen. Ein anderer Teilnehmer (FID 4) wurde beauftragt, einen Blutkonservenbeutel zu entfernen. Er entsorgte den Beutel anschließend in den Abwurfbehälter. Daraufhin wurde der Pflegeschüler vor dem Patienten durch eine Kollegin lautstark zurechtgewiesen. Im Stationszimmer konnte der Befragte die Gründe erklären, fühlte sich durch das Verhalten der Kollegin dennoch unmotiviert und gedemütigt. Die letzten drei geschilderten Situationen wurden gleich generalisiert in *Arbeitsklima aufrechterhalten – Strategien/Tools für Konfliktlösungen*. Die weiteren vier Sachlagen in diesem Unterpunkt beinhalten Diskriminierungen gegenüber den Auszubildenden. Dabei schrieb eine Lernende: „Auf Grund von Geschlecht, Sexualität und Herkunft [...] wurde ich diskriminiert“ (FID 16). Weiterhin wurde beschrieben, dass dies jedes Mal psychische Belastungen bedeutet und sie die Personen daraufhin immer ignoriert. Eine Pflegeschülerin berichtete von einer Ärztin und einer Pflegerin, die rassistische Kommentare gegenüber Pflegeschüler:innen äußerten: „Begründungen waren dass die Azubis wieder in ihr Land zurückgehen sollen“ (FID 22). Auf Ansprache wiesen die Beschuldigten die Vorwürfe jedoch zurück. Auch der Ansprechpartner der Einrichtung half den Betroffenen nicht. Die Befragten beschrieben Verwirrung als Empfindung in diesen Situationen. FID 17 schilderte aus seinem Krankenhauseinsatz die

Situation, dass viele Schüler:innen zu diesem Zeitpunkt auf der Station waren, allerdings immer er auf anderen Stationen aushelfen musste, wenn Personalmangel herrschte. Das wurde als Diskriminierung empfunden. Auch schilderte er, dass seine Beurteilung nicht fair geschrieben wurde. Er empfand Wut und Respektlosigkeit ihm gegenüber. Die letzte Sachlage beinhaltet eine Patientin, die gegenüber Lernenden rassistische Kommentare ausspricht. Dabei gibt es eine Kollegin, die zusammen mit der Patientin über die Hautfarbe der Pflegeschülerin oder des Pflegeschülers herzieht und dass die zu Pflegenden sie oder ihn während der Grundpflege schlecht behandelt: „Sie fluchte und spuckte viele Male, wenn ich ihr beim Pflege gemacht habe. Es gab einmal, sie und meine Kollegin schlecht über die asiatische Hautfarbe gesagt“ (FID 23). Darüber hinaus schrieb die befragte Person, dass er/sie immer Angst hat und sehr traurig darüber ist. Alle vier Sachlagen wurden gleich zusammengefasst zu *Diskriminierung im Team*. Alle sieben geschilderten Situationen aus diesem Unterpunkt wurden in dieselbe Kategorie gefasst: Umgang im Team – Teamarbeit. Die sieben Situationen wurden in den Unterpunkt 3,5 eingeordnet, da inhaltlich die Pflegefachpersonen zu einem ethischen Klima im Team beitragen sollen und sich gegen unethische Einstellungen und Verhaltensweisen einsetzen müssen (DBfK, 2021). Die letzte Situation wurde dem Unterpunkt 3,7 zugeordnet, da aus diesem Bereich hervorgeht, dass Pflegefachpersonen auf spezielle Lebenslagen wie Kriege, Katastrophen oder Pandemien vorbereitet sein müssen und auch mit weniger Ressourcen zurechtkommen sollen (DBfK, 2021). FID 1 schilderte die Problematik, dass es während der Corona Krise Patient:innen gab, die sich zunehmend körperlich und geistig isolierten. Wenige Patient:innen bekamen die Möglichkeit der Videotelefonie. Dabei empfand der Pflegeschüler Machtlosigkeit. Generalisiert wurde die geschilderte *Problematik in Besuchsregelungen in Altenpflegeheimen streng* und in die Kategorie Aktuelle Corona Situation eingeordnet.

Im vierten Element wurden keine ethischen Probleme oder Dilemmasituationen zugeordnet.

Es ist festzustellen, dass die meisten kritischen Ereignisse oder ethischen Dilemmasituationen aus personellen und zeitlichen Gründen entstehen.

Ausblick

Es lässt sich festhalten, dass diese Forschung über die Thematik und Inhalte des Ethikunterrichts hinausgeht. Es wurden nicht nur ethische Dilemmasituationen genannt, die im Ethikunterricht gemeinsam diskutiert und reflektiert werden können, sondern auch Themen oder Module angesprochen, die nicht zwingend in den Bereich der Ethik gehören, aber dennoch Verzweigungen aufzeigen. So ist diese Forschung retrospektiv relevant für die gesamte Pflegeausbildung. Auch zeigt sich, dass das Wissen über die neue Generalisierte Pflegeausbildung noch nicht bei jedem gedanklich angekommen sein mag. Die Unterscheidung zwischen *Altenpflegeschü-*

ler:in und *Krankenpflegeschüler:in*, die bei einigen der Lernenden erwähnt wurde, ist noch in manchen Einrichtungen gegeben.

Wie Rabe (2017) in ihrem Werk erläutert, ist es notwendig, die Begrifflichkeiten der Ethik bereits am Anfang der Ausbildung den Pflegeschüler:innen näherzubringen. Dabei sollten die Begriffe Ethik, Moral, Werte, Normen, ethische Reflexion, Zivilcourage etc. definiert und unterschieden werden. Auch die vier Prinzipien der Medizinethik (Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden, Gerechtigkeit) spielen bereits zu Beginn der Ausbildung eine große Rolle. Sie werden den Pflegeschüler:innen als eine Art Entscheidungshilfe mitgegeben. Alle anderen ethischen Inhalte in späteren Modulen bauen darauf auf. So kann gewährleistet werden, dass sich der Bereich Ethik wie ein ‚roter Faden‘ durch die Ausbildung zieht. Didaktisch wichtig dabei ist, die vier Prinzipien nicht nur theoretisch zu erläutern, sondern gemeinsam mit den Lernenden diese anhand von Fallbeispielen oder Erlebnisse zu betrachten. Die Kluft zwischen Theorie und Praxis soll dadurch minimiert werden.

Der ICN-Ethikkodex sollte zudem dringend einen festen Bestandteil der Ausbildung darstellen. Eine mögliche Methode kann sein, den ICN-Kodex gemeinsam mit den Lernenden zu besprechen und zu jedem Unterpunkt ein Fallbeispiel aus der Praxis zu finden. Da der Kodex insbesondere für Nicht-Muttersprachler:innen schwer zu lesen und zu verstehen ist, kann so gewährleistet werden, dass die Schüler:innen anhand der Beispiele die Elemente und die dazugehörigen Unterpunkte verinnerlichen. So kann jede:r Pflegeschüler:in über sein/ihr Erlebtes berichten und gemeinsam im Kurs die Situation reflektieren. Ziel ist es, dass jede auszubildende Pflegeperson einer Pflegeschule eine Entscheidungshilfe erhält, die in den zukünftigen kritischen Situationen behilflich sein kann, wie Bienstein und Zegelin (2022) es beschreiben. Hilfreich kann dabei sein, im Ethikunterricht verschiedene Ethische Entscheidungsmodelle zur Fallbesprechung genauer anzuschauen (z.B. Nimwegener Modell).

Abschließend lässt sich sagen, dass diese Untersuchung hilfreich war, die Lernenden besser zu verstehen. Die Studie hat die Unklarheiten, Belastungen und Verhaltensweisen der Pflegeschüler:innen aufgezeigt. Dadurch kann die Arbeit der Dozent:innen dabei unterstützt werden, dass Lehrinhalte praxisgetreu vermittelt werden. Den Auszubildenden kann so bei praktischen, ethischen oder anderen Problemen, handlungsleitendes Wissen an die Hand gegeben werden.

Literaturverzeichnis

- Bienstein, C. & Zegelin, A. (2022). Berufliche Werte wirksam werden lassen. *Die Schwester/Der Pfleger*, 61, 22 – 24.
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021). *Forschung zu Covid-19: Eine Frage der Ethik*. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/forschung-zu-covid-19-eine-frage-der-ethik-12752.php> [11.05.2023].
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2021). *ICN Ethikkodex für Pflegefachpersonen*. https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf [11.05.2023].
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327 – 358.
- Fry, S., Veatch, R. & Taylor, C. (2011). *Case Studies in nursing ethics* (4. Aufl.). Jones & Bartlett Learning.
- Hemmecke, J. (2007). *Eine Einführung in die Critical Incident-Technik. Planungs- und Durchführungshinweise*. http://www.hemmecke.com/material/Hemmecke-Jeanette_Einfuehrung-Critical-Incident-Technik_2007.pdf [12.05.2023].
- ICN – International Council of Nurses (ICN) (2022). *Wer wir sind*. <https://www.icn.ch/who-we-are> [03.04.23].
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.): Beltz.
- Mayring, P. & Fenzl, T. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (2. Aufl., S. 633 – 648). Springer VS.
- Rabe, M. (2017). *Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik* (2. Aufl.). Hogrefe.
- Riedel, A. & Giese, C. (2019). Ethikkompetenzentwicklung in der (zukünftigen) pflegeberuflichen Qualifizierung – Konkretion und Stufung als Grundlegung für curriculare Entwicklungen. *Ethik in der Medizin*, 31, 61 – 79.
- Schwendemann, W. & Trillhaas, S. (2017). *Pflegeethik... auch das noch! Eine qualitative-empirische Studie zur Professionsethik in den Pflegeberufen*. AG SPAK Bücher.

1.2 Didaktische Kriterien für den Einsatz von digitalen Tools innerhalb der theoretischen generalistischen Pflegeausbildung René Thiel & Marcus Mittenzwei

Einleitung

Auch pflegeberufliche Bildungseinrichtungen haben die Aufgabe, die Lernenden auf die Arbeitswelt und den damit verbundenen digitalen Wandel vorzubereiten. Hierfür wird es erforderlich, die notwendigen digitalen Kompetenzen der Lernenden im Kontext der vielseitigen innovativen Pflegetechnologien aufzubauen (Hejna, 2022). Dabei stehen vor allem die Lehrenden in der Verantwortung, diesen Kompetenzbereich gezielt und individuell in Bildungsprozessen zu fördern (KMK, 2016). Die Erlangung einer entsprechenden digitalen Handlungssicherheit bzw. beruflichen Handlungskompetenz stellt dabei den Fokus des didaktischen Handelns dar (BMBF, 2020). Gleichzeitig besteht für Deutschland ein gewisser Nachholbedarf im Bereich der Digitalisierung der beruflichen Bildung. In der international vergleichenden Schulleistungsstudie ICILS 2018 geben nur 23,2 Prozent der deutschen Lehrenden an, digitale Medien täglich einzusetzen (Drossel et al., 2019).

Aufgrund der Maßnahmen bezogen auf die Covid-19-Pandemie im Jahre 2020 standen auch die pflegeberuflichen Bildungseinrichtungen vor der großen Herausforderung, den klassischen Präsenzunterricht spontan und unmittelbar auf digitale Lehrformate umzustellen. Dabei mussten die Lehrenden, innerhalb kürzester Zeit und meist ohne erforderliche Qualifizierungsmaßnahmen, geeignete digitale Tools auswählen und anwenden. Auf Basis dieser Ausgangssituation widmet sich der folgende Beitrag der Zielstellung, unterschiedliche didaktische Kriterien für die Auswahl und den Einsatz von digitalen Tools zu generieren und diese beispielhaft in didaktische Konzeptionen der theoretischen generalistischen Pflegeausbildung einzuordnen.

Dem Erkenntnisinteresse liegt eine umfassende systematische Literaturrecherche zugrunde. Hierfür wurden die Datenbanken *Springer Link* (133.519 Treffer), *LIVIVO* (9.804 Treffer) sowie *Google-Scholar* (65.089 Treffer) genutzt. Mit Hilfe der Stichwörter *digitale Werkzeuge AND/OR digitale Tools, digitale Kompetenz, digitale Tools im Unterricht* und *Lerntheorien* konnten für den Zeitraum 2012 – 2022 geeignete Publikationen identifiziert werden. Dabei konnten Ergebnisse und Artikel zu *Digitalisierung in der Arbeitswelt, Digitalisierung im Mathematik- bzw. Allgemeinbildenden Unterricht* ausgeschlossen und Begriffe wie *Medienpädagogik, Berufsbildung, generalistische Ausbildung* und *Praxisanleitung* näher für die Arbeit miteinbezogen werden. Eine weitere Differenzierung konnte mit dem Stichwort *digitale Lernangebote in der Pflegeausbildung* realisiert werden, um didaktische Aspekte und Anforderungen für die Planung und Gestaltung des Unterrichts zu berücksichtigen.

Theoretischer Rahmen

Der Generierung von didaktischen Kriterien für den Einsatz von digitalen Tools liegt das Verständnis von grundlegenden Begriffen als Ausgangsbasis zugrunde. Hierfür werden in den folgenden Ausführungen die Begrifflichkeiten *Digitale Medien*, *Digitale Tools* und *Digitale Kompetenz* näher betrachtet, um deren aktuellen Diskussionsstand abzubilden, aber auch Verbindungen und Abgrenzungen zu ermöglichen.

Digitale Medien stellen Inhalte dar, die auf maschinenlesbaren Datenträgern vorliegen und die Funktion besitzen, digitale Inhalte anzuzeigen, zu bearbeiten und zu speichern (z. B. digitale Bilder, Videos und Musikdateien) (Schmidt, 2021). Demgegenüber stehen die analogen Medien, welche in Form von Briefen, Zeitungen, Büchern, Telefon, Radio und dem Fernsehen verfügbar sind. Erweiternd stehen digitale Medien in enger Verbindung zum Begriff des World Wide Web und werden in diesem Kontext auch als neue Medien bezeichnet, die es ermöglichen, dass Daten in digitaler Form übermittelt werden (Computer-, Mobilfunk-, Satelliten-, Datenverarbeitungs- und Nachrichtentechnik) (VHS-Bildungswerk, 2022). Digitale Medien dienen vor allem der Kommunikation und Interaktion innerhalb von Personengruppen und bezeichnen somit auch technische Geräte, die für eine digitale Bearbeitung und Speicherung erforderlich sind. Digitale Medien stellen dadurch aktive Informationsträger dar, die mit anderen Medien interagieren können und damit multimedial, zeitlos, ortsungebunden, reproduzierbar und vernetzt sind (VHS-Bildungswerk, 2022).

Digitale Tools stellen einen Teilbereich von digitalen Medien dar. Eine mögliche Definition formuliert das deutsche eLearning Studieninstitut, indem digitale Tools Anwendungen und Services darstellen „die helfen mit digitalen Geräten eine bestimmte Tätigkeit auszuüben“ (DeLSt, 2022 o. S.). Dabei lässt sich die Bezeichnung Anwendungen und Services als spezifische Programme auf dem Rechner, Laptop sowie als App konkretisieren, die es ermöglichen Lernangebote im Unterricht zu planen, durchzuführen und nachzubereiten (Narr, 2015). Digitale Tools dienen dazu, kompetenzorientierten Präsenz- oder Distanzunterricht zu strukturieren und eine digitale Outputorientierung zu realisieren. Dabei können digitale Tools in spezifischen Unterrichtsphasen eingesetzt werden (RPZ Bayern, 2021). Digitale Tools können somit als Gegenpol zu gängigen analogen Lehrmitteln (z. B. Schultafel, Overheadprojektor oder Flipchart) verstanden werden, die eine digitale Erweiterungen von Unterricht fokussieren (Graf, 2021). Dabei ermöglichen digitale Tools beispielsweise, dass individuelle Lernprozesse auf das subjektive Lerntempo der Lernenden adaptiert werden. Nicht zu vernachlässigen sind digitale Kompetenzen, welche für die Konzipierung und Bearbeitung von digitalen Medien unabdingbar sind.

Diese *digitale Kompetenz* kann als das Potenzial einer einzelnen Person verstanden werden, um im Zuge der Digitalisierung zu leben, zu lernen und zu arbeiten. Da-

bei umfasst die digitale Kompetenz „Fähigkeiten und Kenntnisse für den Zugang und Nutzung einer Vielzahl von Hardware-Geräten und Software-Anwendungen; die Fähigkeit, digitale Inhalte und Anwendungen zu nutzen und kritisch zu analysieren; die Fähigkeit, mit digitaler Technologie zu arbeiten“ (Murray & Pérez, 2014, S. 86). Diese Definition wird durch den Europäischen Rat erweitert, indem digitale Kompetenz eine sichere, kritische und vor allem verantwortungsvolle Nutzung und Auseinandersetzung mit digitalen Medien auch für den Bereich der beruflichen Bildung und dem Arbeitsleben fokussiert. Dabei umfassen die digitalen Kompetenzen u. a. die Aspekte der Informations- und Datenkompetenzen, Kommunikation und Kooperation, Medienkompetenzen, die digitale Inhaltserstellung, Problemlösungen sowie das kritische Denken (Europäischer Rechnungshof, 2021). Die steigende Bedeutung der digitalen Kompetenz für den beruflichen Bildungsbereich bezieht sich auch auf Lehrende in der pflegeberuflichen Bildung, da auch dieser Personenkreis die Nutzung von unterschiedlichen digitalen Tools unter Berücksichtigung und Förderung der digitalen Kompetenz der Lernenden in didaktischen Konzeptionen berücksichtigen muss. Dies liegt darin begründet, dass die Lernenden für die neuen und komplexen Arbeits- und Rahmenbedingungen innerhalb der Pflege zu befähigen sind, in denen zunehmend digitale Technologien eine Rolle spielen (Ortmann-Welp, 2020). Dabei verdeutlichen die Ausführungen um den Begriff der digitalen Kompetenz wesentliche Anforderungen und Kompetenzen, gleichzeitig wird aber auch die Verantwortung der Lehrenden in den pflegeberuflichen Bildungsprozessen erkennbar.

Didaktische Aspekte für den Einsatz von digitalen Tools im Unterricht

Vor dem Hintergrund dieses Verantwortungsbereichs von Lehrenden sowie dem notwendigen didaktischen Einsatz von digitalen Tools, werden im Folgenden unterschiedliche fundierende didaktische Aspekte dargestellt. Hierfür erscheinen didaktische Überlegungen hinsichtlich einer lerntheoretischen Basis, dem didaktischen Grundrhythmus und eine erforderliche Orientierung an Lernzielen von zentraler Bedeutung.

Die lerntheoretische Basis

Unterschiedliche lerntheoretische Perspektiven, beispielsweise der Behaviorismus, fokussieren eine starke Steuerung der Lernprozesse durch andere Personen und nehmen in aktuellen Diskursen nur eine marginale Stellung ein (Kuhlmann & Sauter, 2008). Dem entgegen verdeutlichen der Konstruktivismus und Konnektivismus eine starke Steuerung der Lernprozesse durch die Lernenden selbst (Grogoric & Robra-Bissantz, 2021). Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden diese beiden lerntheoretischen Ansätze genauer analysiert, um deren fundierende Funktion für den Einsatz von digitalen Tools darzustellen. Dabei geht es vor allem um die Frage, in welcher Art und Weise digitale Tools die Lernprozesse unterstützen können.

Der *konstruktivistischen Lerntheorie* folgend, ist das Wissen immer an die einzelne Person gebunden und repräsentiert die selbst erlebte Wirklichkeit. Dadurch rücken die persönlich gesammelten Erfahrungen in den Vordergrund (Grogorick & Robra-Bissantz, 2021). Unter der konstruktivistischen Perspektive erfolgt die Wissensgenerierung subjektiv und dynamisch: „Aus Sicht des Konstruktivismus ist Lernen ein aktiver, situativer und sozialer Prozess, bei dem Wissen selbstgesteuert interpretiert und konstruiert wird“ (Kuhlmann & Sauter, 2008, S. 46). So können beispielsweise zum Thema Tod und Sterben nicht nur unterschiedliche, sondern immer wieder neue Sichtweisen beim Anblick eines sterbenden Menschen einen didaktischen Fokus darstellen. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass der Lernprozess nur von den Lernenden selbst ausgehen kann. Idealerweise werden dabei neu gewonnene Erkenntnisse in bereits vorhandene Wissenskategorien aufgenommen bzw. modifiziert und erweitert. Dabei treten Lehrende als begleitende Personen auf, welche die Lernenden in ihrem Lernprozess unterstützen und optimale Lernbedingungen schaffen (Grogorick & Robra-Bissantz, 2021). Hierbei wechseln die Lehrenden zwischen aktiven, steuernden und begleitenden Phasen ab, ebenso werden Lernziele zusammen und gleichberechtigt festgelegt (Kuhlmann & Sauter, 2008). Lernprozesse haben unter dieser Prämisse lediglich Angebotscharakter. Dabei sind die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Lernende sich problemorientiert ausprobieren und eigene Lösungen entwickeln können (Petko, 2020). Der konstruktivistischen Lerntheorie folgend, wird besonders durch Kooperation und sozialen Austausch Wissen flexibel gemacht, da sich die Lernenden über bestehende Problematiken intensiver austauschen und reflektieren können (Ortmann-Welp, 2020). Eine weitere didaktische Konsequenz aus der konstruktivistischen Lerntheorie stellt die bewusste Berücksichtigung individueller Lernprozesse, Wissensstände, Lernerfahrungen sowie Lerngeschwindigkeiten in didaktischen Konzeptionen dar (Kuhlmann & Sauter, 2008).

Als Ableitung aus der konstruktivistischen Lerntheorie wird die große Bedeutung von Offenheit und Flexibilität von didaktischen Konzeptionen erkennbar. Ebenso stellt eine umfassende Konzipierung der Lernumgebung, der Lernaufträge und die Ermöglichung vielseitiger Unterstützungsformen einen zentralen Anspruch an digitale Tools dar (Kuhlmann & Sauter, 2008). Konkretisierend können Lernprozesse im konstruktivistischen Sinn, durch digitale Tools wie kooperative Editoren (digitale Pinnwände, Wiki), Computersimulationen oder Virtual-Reality Anwendungen besonders gefördert werden. Hierbei werden beispielsweise multimediale Fallsimulationen authentisch in Form von Videos präsentiert und bearbeitet. Eine weitere Option bietet sich durch Online-Plattformen an, bei denen Lernende persönlich und personalisiert Wahlmöglichkeiten in Bezug auf Lernziele, Lern- und Prüfungsformen nutzen können (Petko, 2020).

Die *konnektivistische Lerntheorie* stellt ein pragmatisch angelegtes Lernkonzept dar, welches die veränderten Lernbedingungen und technologischen Entwicklungen besonders fokussiert (Kuhlmann & Sauter, 2008). Dabei erfährt die zunehmende

Tendenz zum informellen, vernetzten und elektronisch gestützten Lernen sowie die dadurch erforderlichen Grundlagen des selbstgesteuerten Lernens besondere Beachtung (Hartmann & Purz, 2018). Erweiternd fokussiert der Konnektivismus die allgemeine Kompetenzentwicklung und das lebenslange Lernen (Ortmann-Welp, 2020). Die Lernprozesse verfolgen somit nicht nur die Entwicklung von beruflichen Handlungskompetenzen, sondern auch Kompetenzbereiche die im Privatleben erforderlich scheinen. Darüber hinaus erscheint es vor dem Hintergrund der Globalisierung und schnell voranschreitenden ökonomischen Entwicklungen nicht mehr möglich, dass Lernende alle relevanten Erfahrungen selbst machen. Ebenso stehen vielfältige Informationen durch die zeit- und raumungebundene Verfügbarkeit in immer größeren Mengen zur Verfügung. Dies macht erforderlich, dass die richtigen und aktuellen Informationen gefunden, priorisiert und kritisch beurteilt werden können (Toth, 2020).

Vor diesem Hintergrund müssen die Lernenden befähigt werden Lernprozesse selbst gestalten zu können. Dem Konnektivismus folgend, können dafür Knotenpunkte generiert und genutzt werden. Diese Knotenpunkte bezeichnen Wissensverbindungen, die von der Person selbst gebildet wurden, aber auch von anderen Personen oder Quellen wie beispielsweise Internetseiten oder Grafiken herrühren (Hartmann & Purz, 2018). Ein Lernerfolg stellt sich dann ein, wenn diese Knotenpunkte durch die Lernenden selbstgesteuert verknüpft und genutzt werden (Ortmann-Welp, 2020). Dafür sind unterschiedliche Anforderungen an Lernende erforderlich, die sich im Sozial-, Wissens- und Contentmanagement konkretisieren:

Sozialmanagement

Um in einem komplexen Netzwerk zu agieren und dieses mitzugestalten, bedarf es sozialer Kompetenz. Besonders für Jugendliche stellt die soziale *Netzkompetenz* eine besonders große Herausforderung dar, weil das Netz real existierende soziale Räume darstellt und mit realen Begegnungen verbunden ist. Dabei sind den Lernenden nicht immer die Folgen der eigenen Informationspreisgabe auf das private, gesellschaftliche und berufliche Leben bewusst. Ein reflektiertes Netzwerkverhalten ist demnach in analogen Lernumgebungen frühzeitig zu fördern (Hartmann & Purz, 2018).

Wissensmanagement

Wissen muss organisiert im Gehirn angelegt werden um dieses schnell abrufen zu können. Dabei können implizite und explizite Wissensformen unterschieden werden. Das implizite Wissen ist nur schwer zu formulieren und beruht auf persönlichen Erfahrungen, geschichtlichen Wissensbeständen, praktischen Fertigkeiten und dem Lernen selbst. Dieses intuitiv entstandene Wissen liegt in der Person verborgen und ist nur bedingt verfügbar. Explizites Wissen hingegen ist formulierbares und re-

produzierbares Wissen, welches bewusst und logisch nachvollziehbar beschrieben werden kann (Frost, 2018). Im Kontext des erforderlichen Wissensmanagements sollten Lernende, beispielsweise durch die Portfolioarbeit, den Prozess der Wissensaneignung stets nachvollziehen können und besonders in der pflegeberuflichen Bildung die Verknüpfung von neuen Wissensbeständen und der praktischen Handlungskompetenz bewusst reflektieren (Hartmann & Purz, 2018).

Contentmanagement

Der Begriff Contentmanagement bezeichnet das erstellen, sammeln, bearbeiten und bereitstellen von Informationen jeglicher Art. Dabei werden unter dem digitalen Fokus Inhalte wie Bilder, Videos oder Texte kontinuierlich erstellt, gespeichert oder gelöscht (Bynder, 2022). Lernende werden, dem konnektivistischen Ansatz folgend, dazu befähigt, unterschiedliche und sichere Ablagerungssysteme kennenzulernen und ihre Daten nachvollziehbar und strukturiert anzulegen (Hartmann & Purz, 2018). Die Lernenden benötigen hierbei eine offene Lernumgebung, in der genügend Interaktionsmöglichkeiten mit anderen Lernenden zur Verfügung stehen. Die Lehrenden haben dabei eine beratende Funktion, indem diese beispielsweise aktiv zuhören, beobachten, Feedback geben und Lernräume zur Weiterentwicklung generieren (Kuhlmann & Sauter, 2008).

Durch die Perspektive der kollektiven Informationsverarbeitung fokussiert der Konnektivismus nicht nur den individuellen Lernprozess, sondern auch das selbstorganisierte Lernen von Gruppen (Petko, 2020). Damit die Lernenden individuell aber auch innerhalb der Lernendengruppe selbstgesteuert lernen, muss die Kompetenz zum selbstgesteuerten Lernen kontinuierlich durch Lehrende berücksichtigt und gefördert werden, damit eine eigenständige und intrinsisch motivierte Kompetenzaneignung erfolgen kann. Dafür erscheinen digitale Tools in Form von Wikis, Chats oder Foren förderlich (Toth, 2020).

Der didaktische Grundrhythmus

Hilbert Meyer beschreibt für den Unterrichtsverlauf „hochgradig verschachtelte, mit vielen Schleifen versehene methodische Schrittfolgen“ (Meyer, 2021, S. 27), die aber den didaktischen Dreischritt *Einstieg-Erarbeitung-Ergebnissicherung* auf der Metaebene erkennen lassen. So zeigt sich beispielsweise der beschriebene Dreischritt am Phasenschema nach Wilhelm Roth (Zielangabe, Darbietung, Verknüpfung, Anwendung und Übung), am Phasenschema nach Ingo Scheller (Aneignung von Erfahrungen, Verarbeitung von Erfahrungen, Veröffentlichung von Erfahrungen) oder am Schema von Christoph Städeli (Ankommen, Vorwissen aktivieren, Informieren, Verarbeiten, Auswerten) (Meyer & Junghans, 2021). Im Folgenden werden die übergreifenden Unterrichtsphasen näher betrachtet, um Ableitungen für den Einsatz von digitalen Tools zu ermöglichen.

Der *Einstieg* schafft eine gemeinsame Orientierungsgrundlage am Beginn jeder Unterrichtseinheit für den zu erarbeitenden Sach-, Sinn- oder Problemzusammenhang. Lehrende ermöglichen in dieser Phase überwiegend Orientierung (Oelke & Meyer, 2020). Die Einstiegsphase dient aber auch dazu Motivation zu erzeugen, Neugier- und Interesse zu wecken, Vorkenntnisse zu erfassen, bestehende Fragestellungen zu sammeln und insgesamt einen Zugang zur Thematik zu ermöglichen (Pluntke, 2013). Hierfür bieten sich digitale Tools an, die es ermöglichen, dass die Vorkenntnisse der Lernenden einfach und schnell gesammelt werden können. Digitale Tools können in dieser Phase das Üben und Wiederholen unterstützen, um ein Anknüpfen der Lernenden an bestehendes Wissen zu ermöglichen, die Sinne anzuregen oder die Aufmerksamkeit zu fokussieren (z. B. Filmausschnitte oder Erklärvideos).

In der *Erarbeitungsphase* sollen sich die Lernenden intensiv und selbstgesteuert mit der vorgegebenen oder gemeinsam vereinbarten Aufgaben- bzw. Problemstellung auseinandersetzen, um am Ende dieser Phase ein Arbeitsergebnis zu generieren. Im Sinne der dargestellten Lerntheorien stehen Lehrende hierbei oft vor der Herausforderung, den Lernenden den nötigen Freiraum zur selbstständigen Auseinandersetzung mit den jeweiligen Unterrichtsinhalten zu ermöglichen und nicht zu frühzeitig in den Lernprozess einzugreifen, um die vermeintlich korrekten Ergebnisse sicherzustellen (Meyer & Junghans, 2021). Dabei ermöglicht beispielsweise das Conceptmapping durch komprimierte inhaltliche Darstellungen, dass ein vernetzendes Denken erlernt wird und komplexe Zusammenhänge intensiv durchdrungen werden (Meyer & Junghans, 2021). Hierbei können Grafiken, Bilder und kurze Textbausteine bestimmten Begriffen zugeordnet werden, die entweder vorgegeben sind oder durch die Lernenden ergänzt werden. Es bieten sich aber auch weitere digitale Tools an, die ein kollaboratives Arbeiten fördern.

In der Phase der *Ergebnissicherung* tauschen sich Lehrende und Lernende darüber aus, welche Ergebnisse sich aus der Erarbeitungsphase ergeben haben (Oelke & Meyer, 2020). Da die Erarbeitungsphase den größten Teil der Zeit in Anspruch nimmt und diese Phase am Ende der Unterrichtsstunde liegt, können fehlende zeitliche Ressourcen auftreten, welche die Qualität der Ergebnissicherung beeinträchtigen. Jedoch stellen besonders die Auswertung und Korrektur der Ergebnisse einen zentralen Punkt des Lernprozesses dar, da hier die Lernenden eine Rückmeldung über erreichte Lernziele erhalten (Pluntke, 2013). Digitale Tools sollten in dieser Phase die Dokumentation der Arbeitsergebnisse unterstützen und das selbstgesteuerte Wiederholen, Vertiefen und Üben aufgreifen, um die neu erworbenen Kompetenzen zu vertiefen und weiterzuentwickeln (Oelke & Meyer, 2020).

Die Taxonomiestufen nach Bloom im Kontext der digitalen Tools

Die Berücksichtigung von Lernzielen stellt einen weiteren zentralen Orientierungspunkt dar, um den Einsatz von digitalen Tools zu fundieren, da Lernziele eine genaue Beschreibung des angestrebten didaktischen Outputs ermöglichen (Pluntke, 2021). Mithilfe von Taxonomien lassen sich diese Lernziele hinsichtlich unterschiedlicher Niveaustufen einordnen (Ernst et al., 2018). Dabei können Lernziele klassischerweise den drei unterschiedlichen Bereichen kognitiv, psychomotorisch und affektiv zugeordnet werden. *Kognitive Lernziele* fokussieren Fähigkeiten wie z. B. Kenntnisse, Verständnis und Problemlösung; *psychomotorische Lernziele* konkretisieren die manuellen und motorischen Fähigkeiten und *affektive Lernziele* können Haltungen, Einstellungen, Gefühle, Motivation und Werte, umfassen. Die durch Bloom entwickelten sechs Taxonomiestufen der kognitiven Lernziele umfassen in hierarchischer Abfolge (niedrigste bis höchste Komplexitätsstufe): Wissen, Verstehen, Anwenden, Analyse, Synthese und Beurteilen (Pluntke, 2021). Aufgrund der Tatsache, dass sich psychomotorische und affektive Lernziele empirisch nur sehr vage klassifizieren lassen (Volk, 2020), werden diese hier vernachlässigt. Der vorliegende Fokus auf den kognitiven Taxonomiestufen im Kontext von digitalen Tools, macht eine kritische Überprüfung erforderlich. Vor diesem Hintergrund modifizierte Andrew Churches die Bloomsche-Taxonomie, um digitale Aspekte stärker zu berücksichtigen (Abb. 1).

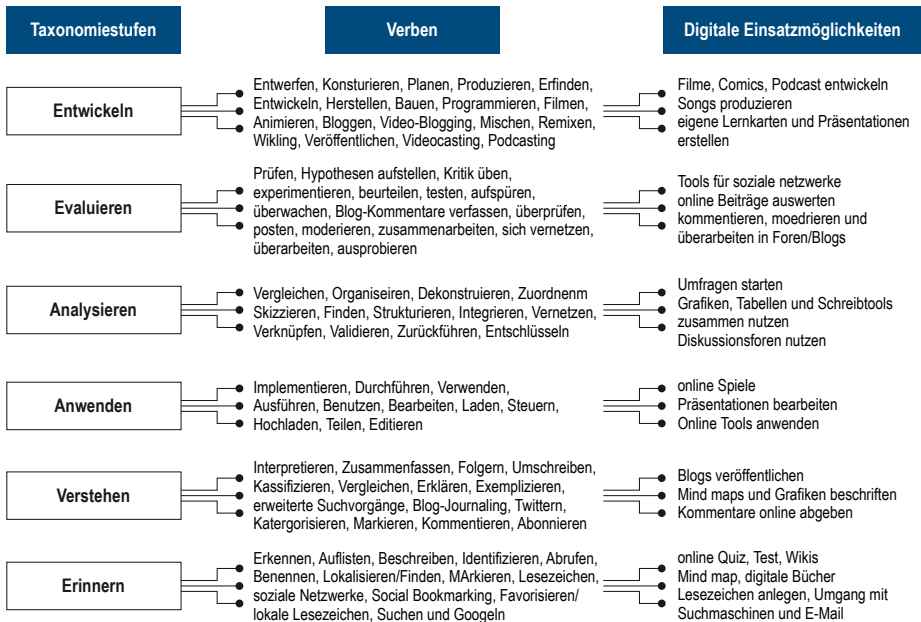


Abb. 1: Bloom´s Taxonomiestufen im digitalen Kontext (eigene Darstellung in Anlehnung an Churches, 2008, S. 6)

Exemplarisch werden die niedrigste und höchste Stufe der modifizierten Taxonomie näher vorgestellt sowie daraus resultierende Konsequenzen für digitale Tools abgeleitet.

In der niedrigsten Stufe *Erinnern*, können die Lernenden spezifische Informationen abrufen und erkennen. Dies verdeutlichen die Lernziele, welche beispielhaft folgende umfassen:

- erkennen, auflisten, beschreiben, identifizieren, abrufen, benennen, lokalisieren, bulletpointing, markieren, Lesezeichen, soziale Netzwerke, social bookmarking, favorisieren/lokale Lesezeichen, suchen und googeln.

Lernende werden in dieser Lernzielstufe dazu befähigt, einzelne Begriffe in Suchmaschinen einzugeben, um relevante und aussagekräftige Erläuterungen zu identifizieren und weiterzuverwenden. Dabei werden die Lernenden dazu angeleitet, wesentliche Inhalte mit Lesezeichen abzulegen, aktiv an Chats und Foren auf bereitgestellten Schulplattformen teilzunehmen oder Arbeitsblätter für den Unterricht aufzurufen. Ebenso sollen die Lernenden auf dieser Taxonomiestufe ihr Wissen mithilfe von Online Tests oder Quiz prüfen und je nach individuellen örtlichen und zeitlichen Ressourcen einsetzen (Churches, 2008, S. 8).

In der höchsten Stufe *Entwickeln*, sind Lernende in der Lage, neue und originelle Ideen, Produkte oder Betrachtungsweisen zusammenzufügen oder zu entwickeln. Dies verdeutlichen die beispielhaften Lernziele:

- entwerfen, konstruieren, planen, produzieren, erfinden, entwickeln, herstellen, bauen, programmieren, filmen, animieren, Videoblogging, mischen, remixen, wiking, veröffentlichen, videocasting, podcasting, Regie/Produktion.

Die Lernenden können in dieser Stufe kollaborativ eigene Lernvideos, Online Präsentationen, Podcasts oder einen eigenen Song erstellen. Darüber hinaus werden in dieser Stufe eigene digitale Lernkarten entwickelt oder eigene Wikis auf Schulplattformen veröffentlicht, die weiterführend von anderen Lernenden genutzt werden können (Churches, 2008).

Die beispielhafte kritische Überprüfung der beiden Stufen verdeutlicht, dass hinsichtlich der möglichen Lernziele von didaktischen Konzeptionen mit digitalen Tools, wesentliche Unterschiede zu den klassischen Lernzielen für analoge didaktische Konzeptionen bestehen.

Die Anpassung des didaktischen Vorgehens auf digitale Tools erstreckt sich aber nicht nur auf die Modifizierung der Lernziele, sondern bezieht auch didaktisch-konzeptionelle Anpassungsprozesse in pflgeberufliche Bildungseinrichtungen ein. Eine

mögliche Unterstützung dieser Prozesse liefert das SAMR-Modell, um didaktische Konzeptionen zu fundieren.

Das SAMR-Modell

Inmitten der didaktischen Konzeptionsleistungen von Lehrenden treten diesen eine Vielzahl von digitalen Tools entgegen, die einer umfangreichen und fundierten Implementierung bedürfen. Dabei steht nicht zuletzt der kritische Blick auf die Zweckdienlichkeit dieser Tools im Fokus (Greiten et al., 2021). Mit dem SAMR-Modell können Lehrende Anhaltspunkte für eine schrittweise und erfolgreiche Implementierung von digitalen Tools erhalten. In diesem, durch Ruben Puentedura generiertem vierstufigem Klassifikationsmodell der Technologienutzung im Unterricht, wird die Beeinflussung von Lernumgebungen durch digitale Tools nachvollziehbar (Vries, 2021). Die vier Stufen bzw. aufsteigenden Levels beim Einsatz von digitalen Technologien werden durch das SAMR-Modell als *Substitution*, *Augmentation*, *Modification* und *Redefinition* bezeichnet (siehe Abb. 2). Dabei werden auf der Stufe der Substitution analoge Medien hinsichtlich ihrer Funktion lediglich durch digitale Medien ersetzt (Greiten et al., 2021) bzw. ahmt die digitale Technologie nach, was bisher mit Schulbüchern oder an der Schultafel erfolgte (Meyer & Junghans, 2021). Auf der Stufe der Augmentation werden erweiterte Funktionen der Technologien genutzt. Dadurch erhalten Lernende mehr Möglichkeiten, Aufgaben zu bearbeiten und effektiver zu nutzen. Das können beispielsweise bereitgestellte Präsentations- und Schreibwerkzeuge wie elektronische Karten sein (Bresges, 2018). Auch Quiz- und Abstimmungstools stellen auf dieser Stufe geeignete Tools dar.

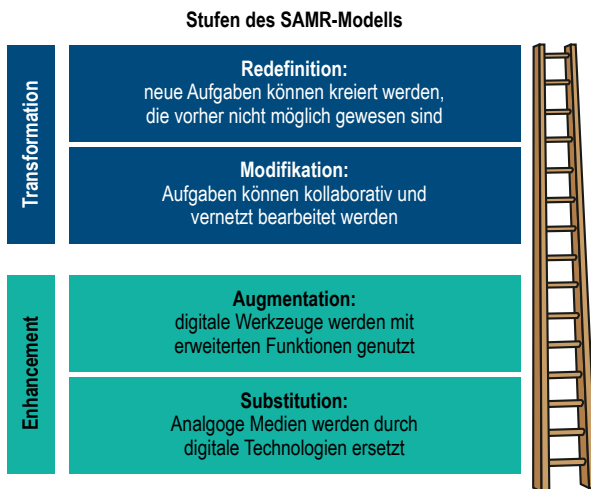


Abb. 2.1: Das SAMR-Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Greiten et al., 2021, S. 215)

Digitale Tools der Stufen *Modification* und *Redefinition* verändern und gestalten die Aufgaben so neu, dass diese mit analogen Medien in dieser Form nicht mehr umzusetzen wären (Greiten et al., 2021). Auf der Ebene *Modification* ist digital vernetztes und kollaboratives Arbeiten möglich, um Aufgabenstellungen gemeinsam zu bearbeiten und zu dokumentieren. Dabei sind individuelle Lernpfade und zeitnahe Rückmeldungen während der Bearbeitung erforderlich (Meyer & Junghans, 2021; Vries, 2021). Auf der obersten Stufe *Redefinition*, ermöglichen digitale Tools, dass Aufgaben völlig neuartig entwickelt werden können (Greiten et al., 2021). Durch das Modell wird erkennbar, dass die beiden unteren Stufen des Modells auf das *Enhancement* bzw. die Verbesserung des Unterrichtsgeschehens abzielen. Die oberen Stufen hingegen fokussieren stärker die *Transformation* bzw. aktive Umgestaltung didaktischer Konzeptionen (Vries, 2021).

Beispielhaft kann sich die konkrete Umsetzung des SAMR-Modell wie folgt realisieren: Für den Unterricht innerhalb der theoretischen generalistischen Pflegeausbildung könnte z. B. auf der Stufe der *Substitution*, ein Lesedokument zum Aufbau und Funktion des Herzens als PDF den Lernenden zur Verfügung gestellt werden, das auf dem Tablet der Schule einsehbar ist. Auf der Stufe der *Augmentation* wird ein Arbeitsblatt bereitgestellt, welches das Einfügen einzelner Textbausteine für die Beschriftung des Blutkreislaufes in Form eines digitalen Lückentextes durch die Lernenden ermöglicht. In der *Modifikationsstufe* fertigen die Lernenden kollaborativ eine digital generierte Präsentation mit interaktiven Elementen, wie beispielsweise Animationen oder kleinen verlinkten Filmbeiträgen an. Auf der Stufe der *Redefinition* produzieren die Lernenden gemeinsam einen Podcast oder einen Filmbeitrag über den Blutkreislauf des Herzens.

Kritisch gibt Jaclyn B. Stevens (2020) zu bedenken, dass das stufenförmige- bzw. leiterförmige SAMR-Modell mit der Trennung zwischen Verbesserungs- und Transformationsebene dazu führen kann, dass Lehrende das Ziel anstreben, immer über der Linie unterrichten zu müssen. Ein kontinuierliches Unterrichten auf den höchsten Stufen *Modification* und *Redefinition* erscheint aber unrealistisch. Wesentlich erscheint vielmehr, dass didaktische Konzeptionen kontinuierlich die jeweilige Lernsituation und die digitalen Kompetenzen der Lernenden als zentrale Ausgangspunkte aller konzeptionellen Überlegungen fokussieren. Dabei erweisen sich die unterschiedlichen Ebenen der Lernzieltaxonomien nach Bloom (Erinnern, Verstehen, Anwenden, Analysieren, Bewerten und Erstellen) als hilfreich, um das didaktische Vorgehen flexibel auf die Fähigkeiten und Voraussetzungen der Lernenden auszurichten (Stevens, 2020). Diese situative und kompetenzorientierte Modifikation des SAMR-Modells verdeutlicht Abb. 3. Stevens entwickelte das Modell als *SAMR-Swimmingpool* weiter, indem sie die Trennung zwischen *Nichtschwimmer* und *Schwimmerbereich* auflöste. Dadurch wird verdeutlicht, dass es allen Lernenden und Lehrenden möglich sein muss alle Kompetenzbereiche nicht nacheinander, sondern flexibel und unabhängig voneinander zu nutzen (Stevens, 2020).

die Erstellung der einzelnen Anwendungen die Möglichkeit, ein Passwort zu generieren. Mit den Werkzeugen Kartenabfrage, Placemat, Helfersystem, Lerntempoduett und der Zielscheibe, stehen Methoden für den Bereich des kooperativen Lernens bereit, die in unterschiedlichen Unterrichtsphasen genutzt und eingesetzt werden können. Dabei ist die Kartenabfrage für den Unterrichtseinstieg besonders geeignet, da hierbei Vorwissen, Ideen und Kommentare schnell erstellt, am Whiteboard präsentiert und zur weiteren gemeinsamen Bearbeitung interaktiv weiterverwendet werden können. Im Vergleich zur analogen Abfrage von Meinungen oder Vorwissen mit Karten ist nicht nur der ökonomische Aspekt, sondern auch die schnelle Abfrage und Bearbeitung ein zentraler Vorteil dieses Tools. Auf der Startseite kann zunächst ein neues Projekt angelegt werden. Anschließend erscheinen die fünf unterschiedlichen Methoden zur Auswahl. Für die Kartenabfrage kann nun nach Bedarf ein Passwort erstellt werden und unter dem Feld weitere Einstellungen die Aufgabenstellung formuliert werden. Das Tool ermöglicht den Lernenden, ihre Meinungen und Kommentare online abzugeben und die leicht zu erlernenden Funktionen dieser Webanwendung nicht nur kennenzulernen, sondern auch sicher anzuwenden. Darüber hinaus schafft das integrierte Tool Helfersystem eine Möglichkeit andere Lernende als Helfende sichtbar zu machen, die bereits mit der Bearbeitung eines Arbeitsauftrages fertig geworden sind und nun von anderen Lernenden zur Unterstützung angefordert werden können. Das Tool Lerntempoduett realisiert, dass die Lernenden zunächst eigenständig eine Teilaufgabe bearbeiten und danach als wartend gekennzeichnet werden, bis eine weitere Lernende bzw. ein weiterer Lernender für die Tandemarbeit bereitsteht (Hamar & Schneider, 2021).

Beispielsweise können für die Thematik Tod und Sterben in Gesundheitseinrichtungen Ängste und Gefühle der Lernenden nach den ersten Erfahrungen und Befürchtungen beim Anblick eines Verstorbenen, als Mindmap oder Brainstorming erfragt und dargestellt werden. Diese Aufgabe kann in Einzel-, Tandem- oder Gruppenarbeit in der Phase des Unterrichtseinstiegs von den Lernenden bearbeitet werden. Zusätzlich besteht für den Lehrenden die Möglichkeit, die Begriffe beispielhaft zu beschreiben und mit unterschiedlichen Farben vorzugeben, um eine spätere Zuordnung zu erleichtern. Nachdem auf den Button *Erstellen* geklickt wurde, erscheint ein vierstelliger Code sowie ein QR-Code für die Lernenden, um anschließend die Antworten in der jeweiligen Farbe auf den Stapel zu legen und am Ende alle Antworten an die Tafel zu senden. Auf dem Bildschirm der Lehrenden (siehe Abb. 4) entsteht nun eine virtuelle Tafel, die mithilfe der Funktionsleiste auf der rechten Seite mit Pfeilen versehen werden kann. Durch das interaktive Verschieben und Clustern der Antworten bietet diese Anwendung eine gelungene und vernetzte Strukturierung und Steuerung der Unterrichtsinhalte. Mit der Erstellung eines Duplikates der Kartenabfrage ist es möglich, diese Karten in weiteren Kursen mit einem generierten Code zu importieren. Die gemeinsam besprochenen Ergebnisse können abschließend für die Ergebnissicherung als Bilddatei abgespeichert werden. Nachteilig kann sich die freie Farbauswahl der Antwortkarten auswirken, da mit den sechs möglichen Farben die

Übersicht an der interaktiven Tafel schnell verloren gehen kann. Allerdings besteht für die Lehrenden die Möglichkeit, die Farben zu korrigieren. Darüber hinaus kann die fehlende Option, die Textgröße zu ändern, die Lesbarkeit der Karten erschweren.

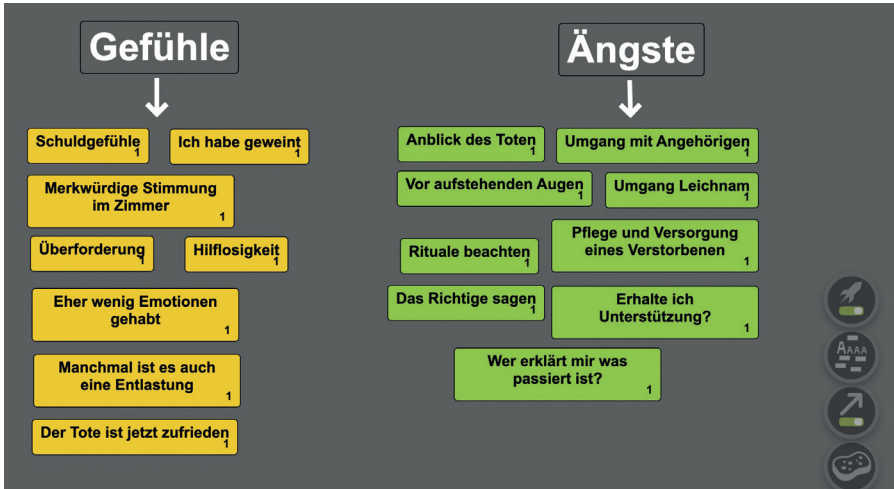


Abb. 3: Screenshot Kartenabfrage mit dem Webtool ONCOO (eigene Darstellung)

Durch die Anregung mehrerer Sinneskanäle lassen sich die neuen Informationen schneller aufnehmen und die Lernenden sind motiviert, sich aktiv am Unterricht zu beteiligen. Mit der bereitgestellten Abfrage selbstgesamelter Erfahrungen und durch die aktive Auseinandersetzung mit den Informationen von anderen Lernenden, wird das neu erworbene Wissen selbstgesteuert und neu konstruiert, was die Anwendung dieses Tools im Sinne der konstruktivistischen und konnektivistischen Lerntheorie fundiert. Im Sinne der Bloom'schen Taxonomie nach Churches werden mit diesem digitalen Webtool die unteren Stufen Verstehen und Anwenden erreicht und nach dem SAMR-Modell, durch die gemeinsame Bearbeitung und die erweiterten Funktionen des Tools, die Stufe Augmentation erreicht.

Erarbeitungsphase

CryptPad ist eine browserbasierte Software mit acht verschiedenen Tools, um kollaborativ mit mehreren Personen gleichzeitig und datensicher an einem Dokument zusammenzuarbeiten. CryptPad ist eine offizielle Installation des CryptPad-Projektes, welches seit 2016 durch französische und europäische Forschungsgelder, Spenden und Abonnements finanziert wird. Diese Software kann als Open Source von allen Personen frei genutzt, gehostet und modifiziert werden (CryptPad Team, 2021). CryptPad ist mit den Funktionen der Speicherung, dem Teilen und der gemeinsamen Bearbeitung von Dateien mit Google Drive zu vergleichen, jedoch wesentlich datensicherer

gestaltet. Die Webanwendung ist für Lehrende und Lernende ohne Anmeldung und ohne Registrierung nutzbar, wobei für die Speicherung und zur besseren Übersicht bereits erstellter Dateien, eine für die Lehrenden kostenlose Registrierung zu empfehlen ist. Unter den verschiedenen Dokumentformaten (Pads) werden neben dem Whiteboard, einfach zu erstellende Textdokumente, Tabellen oder Präsentationen, Umfragen und Formulare bereitgestellt. Alle Tools sind außerdem mit einer Chatfunktion versehen, um während der Bearbeitungsphase auch parallel in den Austausch gehen zu können (Bliss, 2022). Die hinterlegten Datenschutzmaßnahmen ermöglichen, dass die erstellten Inhalte verschlüsselt und passwortgestützt entschlüsselt werden können. Damit sind alle Dateien, Dokumente und Chats auch außerhalb der Sitzung nicht einsehbar und nicht bearbeitbar. Somit erfüllt auch diese Anwendung die DSGVO (Bliss, 2022). Alle Anwendungen auf CryptPad sind sehr klar und übersichtlich gestaltet. Dies ist besonders für das kollaborative Arbeiten in Gruppen- oder Tandemarbeiten mit neuen digitalen Tools von Vorteil, da keine zusätzlichen Applikationen die Zusammenarbeit behindern. Nachdem die bzw. der Lehrende sich mit dem selbst gewählten Passwort eingeloggt hat, erscheint die Startseite mit allen wählbaren Webanwendungen. Die Zugriffsrechte können nach Lese- und Schreibrecht sowie mit einem einmaligen Leserecht per Mail geteilt oder über eine schulinterne Schulplattform verlinkt werden. Auf der rechten Seite der Webanwendung werden alle Nutzer:innen, die an diesem Dokument arbeiten, angezeigt. Mit der Kommentar- und Chatfunktion können die Lernenden sich vernetzt über die bereits erstellten Inhalte und über mögliche Gestaltungsformen austauschen. Nach der Bearbeitung und Auswertung besteht sowohl bei den Lehrenden als auch den Lernenden die Möglichkeit, das fertige Dokument als Ergebnissicherung zu exportieren. Ein neues Pad kann mit dem Klick auf das jeweilige Symbol angelegt werden. Bevor das Dokument sich öffnet, stehen weitere Einstellungen zur Verfügung. Um Einstellungen zu ändern und zu löschen, wird mit eigenem Dokument das Pad einer Eigentümerin oder einem Eigentümer zugewiesen. Die Option Ablaufdatum ermöglicht es, einen Zeitpunkt für die weitere Bearbeitung und Löschung des Dokuments festzulegen. Zusätzlich besteht für die Lehrenden die Möglichkeit ein Passwort zu generieren, welches dann von allen Lernenden eingegeben werden muss, um an dem Dokument arbeiten zu können. Mit dem Button Erstellen öffnet sich anschließend das Dokument. Hier werden nun die herkömmlichen und bekannten Funktionen zur Text- und Tabellenverarbeitung angeboten, die auch von anderen Schreibprogrammen bereitgestellt werden. Für Bildungseinrichtungen, die nicht über einen schulinternen Zugriff auf Systeme wie Office 365 verfügen, sind diese Möglichkeiten der Textbearbeitung besonders gut geeignet und empfehlenswert. Formatierungsmöglichkeiten (siehe Abb. 4) wie die Veränderung der Schriftarten oder -farben, das Hinzufügen von Linien, Bildern oder Aufzählungen und die Erstellung von Tabellen bieten den Lernenden ausreichende Funktionen, um das Dokument ansprechend zu gestalten (CryptPad Team, 2021).

Für die Erarbeitungsphase innerhalb der theoretischen Pflegeausbildung eignet sich beispielsweise die gemeinsame Erstellung einer Pflegeplanung mit einem vorgege-

benen Fallbeispiel. Dabei kann man den Lernenden die Erstellung einer Tabelle für die Schritte des Pflegeprozesses selbst überlassen, um die digitalen Kompetenzen mit Schreibprogrammen zu fördern. Das Tabellentool ermöglicht u. a. mathematische Berechnungen, Tabellen, Diagramme und Formelfunktionen.

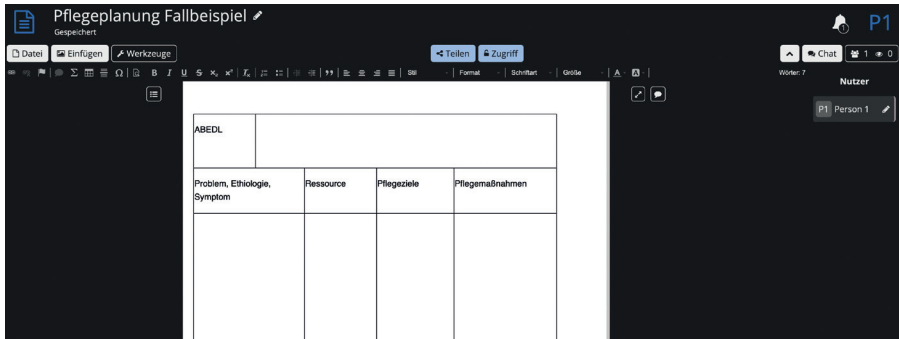


Abb. 4: Screenshot Kollaboratives Arbeiten mit dem Webtool CryptPad (eigene Darstellung)

Mit dem Kanban-Board steht eine weitere Anwendung zum kollaborativen und vernetzen Arbeiten bereit, um projektbezogene Aufgaben zu steuern. Hierbei ist es möglich einzelne Teilaufgaben zu formulieren, zu kategorisieren, Personen zuzuweisen oder in ihrer Priorität zu verschieben. Die zu erfüllenden Aufgaben sind für die Lernenden einfach ersichtlich und zeitlich gut zu steuern (Bliss, 2022). Dieses exemplarische digitale Tool berücksichtigt im Sinne der konstruktivistischen und konnektivistischen Lerntheorie das selbstgesteuerte und selbstorganisierte Lernen. Ebenso werden durch die Taxonomiestufen Anwenden und Analysieren bereits höhere Stufen der Bloom'schen Taxonomie nach Churches erreicht. Die Lernenden bearbeiten, steuern, nutzen und laden das jeweilige Dokument gemeinsam und geben sich vernetzt Rückmeldungen über die Kommentar- oder Chatfunktion. Innerhalb des SAMR-Modells befinden sich die Lernenden somit auf den höheren Ebenen der Transformation sowie der Modifikation.

Einschränkend ist anzumerken, dass die reduzierte und eintönig wirkende visuelle Gestaltung von CryptPad von dem Lernenden möglicherweise als wenig ansprechend eingestuft wird. Ebenso setzt das digitale Tool zudem vorhandene Kenntnisse in Schreibprogrammen voraus, um schnell und sicher die unterschiedlichen Schreibwerkzeuge einsetzen zu können.

Ergebnissicherung

Unter dem Aspekt der Ergebnissicherung wird der didaktische Schwerpunkt auf die Wiederholung und Übung von Inhalten einer Unterrichtsstunde gelegt (Meyer, 2009). Dabei sollten Lehrende neben der Auswertung und Korrektur der Lernergebnisse, genügend zeitliche Ressourcen für die Wiederholung und Vertiefung von Lernzielen ermöglichen. Mit dem digitalen Tool *LearningApps* ist es den Lehrenden möglich, interaktive und multimediale Lernbausteine (Apps) online zu erstellen und zu verwalten (Nüsse, 2020). Diese Webanwendung entstand in der Schweiz innerhalb eines Forschungsprojektes der Pädagogischen Hochschule Bern in Kooperation mit der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und der Hochschule Zittau/Görlitz. *LearningApps* ist in 22 Sprachen verfügbar und bietet neben dem Tutorial, eine übersichtlich gestaltete Navigationsleiste ([LearningApps.org](https://learningapps.org), 2022). Unter dem Navigationspunkt *Apps durchstöbern* sind verschiedene Kategorien und Stufen von der Vorschule bis hin zur Berufs- und Weiterbildung einstellbar, um die bereits erstellten und frei angebotenen Inhalte von anderen Lehrenden bei der Suche einzugrenzen. Diese Funktion eignet sich besonders, um nach Inspirationen oder nach bereits passenden Lernbausteinen für den eigenen Unterricht zu suchen. Die Webanwendung behandelt personenbezogene Daten vertraulich, gibt diese Daten grundsätzlich nicht an andere Personen weiter und ist damit für die Nutzung im berufsbildenden Kontext datenschutzkonform geeignet. Für die erstellten und veröffentlichten Lernbausteine sind die Lehrenden selbst verantwortlich – die Plattform übernimmt keine Verantwortung über die Richtigkeit und Rechtmäßigkeit der jeweiligen Inhalte. Um die Lernbausteine nutzen zu können, ist keine Registrierung der Lernenden notwendig. Für Lehrende ist die Erstellung eines Benutzerkontos notwendig, um Inhalte zu erstellen, zu speichern und zu verwalten. Hierbei können Lehrende entscheiden, ob die Lernbausteine öffentlich oder privat von jeder Nutzerin bzw. jedem Nutzer der Webanwendung abgerufen werden können ([LearningApps.org](https://learningapps.org), 2022; Stauffacher-Birrer, 2018). Das ansprechende und vielseitige Angebot der Lernbausteine ist unter *App erstellen* anzufinden und erstreckt sich über vielseitige Standardvorlagen, die über drei Beispiele dieser Variante und bereits erstellter Applikationen verfügt. Bei der Auswahl stehen u. a. Paare zuordnen, Gruppenzuordnung, Zahlenstrahl, Zuordnung auf Bild, Lückentext, Kreuzworträtsel, Gruppenpuzzle und Zuordnungstabellen aber auch Lernspiele wie Multiple-Choice-Quiz, Millionenspiel und Pferderennen zur Verfügung, welche spielerisch motivierend den Wissenserwerb der Lernenden erweitern. Die Generierung eines Multiple-Choice-Quiz wird im Folgenden exemplarisch am Thema *Gesundheit, Prävention und Rehabilitation* vorgestellt.

Nachdem die Idee und eine freie Vorlage zur Erstellung eines Multiple-Choice-Quiz, für den Abschluss einer Unterrichtsstunde als Wiederholung der Lerninhalte gewählt wurde, kann zunächst die App mit einem passenden Titel und mit einer Aufgabenstellung versehen werden. Optional ist es dabei möglich, eine Einleitung zu formulieren und Bilder sowie Audio- und Videodateien zu integrieren. Die von den

Lehrenden passenden Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten können in die jeweiligen Felder eingetragen werden. Die jeweils richtigen Antworten erhalten einen Haken unterhalb der formulierten Antwort. Mit der Option *Fragen sortieren* kann eine chronologische oder zufällige Abfolge der Fragen im Quiz vorgegeben werden und mit der Einstellung *Auswertung* am Ende, besteht die Möglichkeit, eine Zusammenfassung der richtigen Antworten erst am Ende aufzuzeigen. Mit dem Hinzufügen eines Hintergrundbildes lässt sich das Quiz auch visuell anregen. Mit der Funktion App erstellen können Lehrende einen Testlauf starten, um mögliche Fehler zu korrigieren. Auf dieser Seite (siehe Abb. 6) ist es den Lehrenden möglich, neben der Speicherung des Lernbausteins auch die private oder öffentliche Nutzbarkeit einzustellen. Weiterhin können neben dem Teilen und Verlinken mit oder ohne QR-Code, auch die interaktiven Lernbausteine in bereits bestehenden Lernplattformen eingebettet werden (LearningApps.org, 2022).

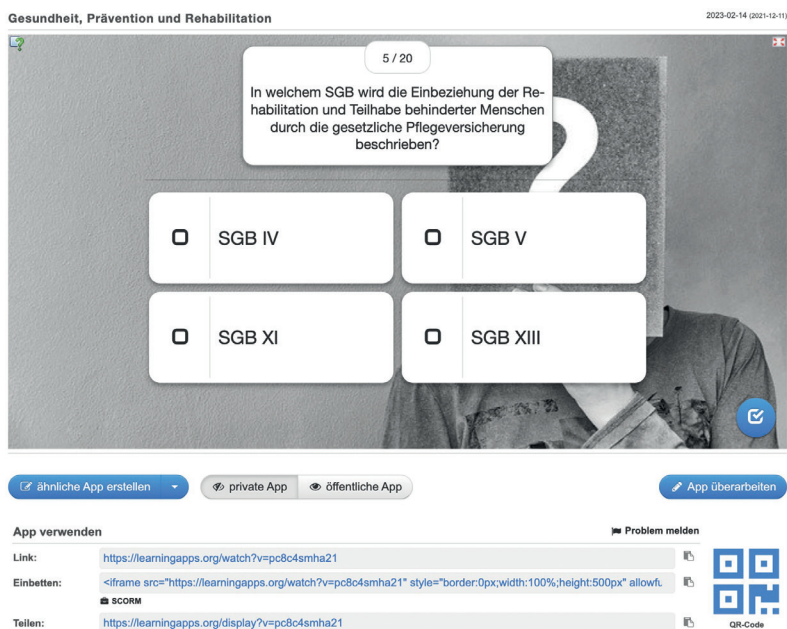


Abb. 5: Screenshot Wiederholung und Übung mit dem Tool LearningApps; LearningApps.org, 2022, o. S.)

Durch die vorgestellten digitalen Tools können die Lernenden im Rahmen der Ergebnissicherung effektiv die erweiterten Funktionen und Möglichkeiten innerhalb und außerhalb des Unterrichts nutzen, welche zusätzlich mit digitalen Rückmeldesymbolen visuell ansprechend gestaltet werden können. Durch das Multiple-Choice-Quiz sind die Lernenden in der Lage ihr Wissen abzurufen und mittels des Tools ihre Ergebnisse aktiv einzutragen bzw. zu vergleichen.

Auch bei diesen digitalen Tools lässt sich deren Verwendung durch die konstruktivistische und konnektivistische Lerntheorien fundieren. Gerade dann, wenn die Lernenden den Auftrag erhalten, eigene Lernbausteine zu erstellen, wird ein eindeutiger Bezug zu diesen Lerntheorien erkennbar. Innerhalb der Lernzieltaxonomien und dem SAMR-Modell werden höhere Ebenen erreicht, wofür die Lernenden ausreichend angeleitet und engmaschig begleitet werden müssen. Anzumerken ist, dass die Abfrage des Wissenstandes besonders von den leistungsschwachen Lernenden als Kontrolle oder als Leistungstest wahrgenommen werden kann. Hier gilt es zu bedenken, dass nicht alle Lernenden Spiele und den Wettstreit als Methode im Unterricht favorisieren.

Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Analyse wurden didaktische Kriterien für die Verwendung von digitalen Tools für den Unterricht innerhalb der theoretischen generalistischen Pflegeausbildung dargestellt. Dabei weisen die konstruktivistischen und konnektivistischen Lerntheorien eine zentrale Orientierungsleistung für den Einsatz von digitalen Tools auf, indem diese stets eine starke Selbststeuerung und Selbstorganisation sowie einen kollaborativen Wissenserwerb für die Lernenden bei gleichzeitiger Motivationserhöhung im Lernprozess betonen. Die Bloom'schen Lernzieltaxonomien im digitalen Kontext nach Churches und das SAMR-Modell von Puentedura stellen ebenso hilfreiche Kriterien für den Einsatz von digitalen Tools dar. Die Integration der Taxonomiestufen in das SAMR-Modell verdeutlichen die steigenden digitalen Kompetenzanforderungen an Lehrende. Ebenso wird erkennbar, dass die Implementierung und Auswahl von digitalen Tools in den Unterricht schrittweise und anhand der jeweiligen Lernsituationen sowie den digitalen Fähigkeiten der Lernenden erfolgen muss. Dabei erscheinen für die Einstiegsphase jene digitalen Tools sinnvoll, die niederschwellig durch die Lernenden zu bedienen sind und gleichzeitig die Motivation sowie das Interesse wecken. Somit kann sich die Verwendung einfacher digitaler Tools in dieser Unterrichtsphase förderlich auf das Anknüpfen mit bestehenden Wissensbeständen auswirken. Ebenso erscheinen digitale Tools wie die vorgestellten LearningApps hilfreich, um das bereits bestehende Wissen der Lernenden zu aktivieren oder Lernprozesse nach dem individuellen Lerntempo zu ermöglichen. Die vorgestellten digitalen Tools begünstigen in der Erarbeitungsphase kollaborative, interaktive und vernetzte Lernprozesse. Damit unterstützen diese Tools das Erreichen der Ebene Transformation nach dem SAMR-Modell und höhere digitale Taxonomiestufen. Um diesen Entwicklungsstand zu erreichen, sollten Lehrende ein besonderes Augenmerk auf die erhöhte Unterstützungsleistung der Lernenden legen. Im Kontext der Ergebnissicherung ermöglichen digitale Tools ein vielfältiges und individuelles Üben sowie Wiederholen. Ebenso bestehen vielfältige Möglichkeiten der selbstgesteuerten Kompetenzüberprüfung. Neben den dargestellten vielfältigen Varianten der Ergebnissicherung, sollten digitale Tools in dieser Unterrichtsphase auch regelmäßige Evaluationen ermöglichen,

damit Lehrende weiterführende didaktische Entscheidungen hinsichtlich der Toolauswahl treffen können.

Die dargestellten Grenzen der unterschiedlichen digitalen Tools verdeutlichen, dass diese nicht prinzipiell bestehende analoge Lehrmittel ersetzen. Sie müssen vielmehr unter den didaktischen Zielperspektiven des jeweiligen Unterrichts und nach den digitalen Kompetenzen der Lernenden ausgewählt werden und stellen eine sinnvolle Ergänzung dar. Weiterführend muss der Einsatz von digitalen Tools in Abhängigkeit zu den Lernzielen tiefergehend untersucht werden (Hejna, 2022).

Nicht zuletzt verdeutlicht der didaktische Einsatz von digitalen Tools spezifische Kompetenzanforderungen an Lehrende. Beispielsweise sollten diese sich hinsichtlich ihres Rollenverständnisses, als begleitende und beratende Personen verstehen, um die Lernprozesse und Lernbedingungen in Verbindung mit digitalen Tools förderlich zu gestalten (Kuhlmann & Sauter, 2008). Dabei sollten die Lehrenden auch den erforderlichen Zeitaufwand für die praktische Nutzung im didaktischen Vorgehen berücksichtigen und die jeweiligen Tools souverän beherrschen, um eine qualitative Begleitung der Lernenden auch bei technischen Schwierigkeiten zu ermöglichen.

Wie die Ergebnisse der Analyse verdeutlichen, ist für den kriterienbasierten Einsatz von digitalen Tools eine hohe digitale Kompetenz von Lehrenden erforderlich. Diese fokussiert auch die Kultusministerkonferenz, indem diese zukünftige und bereits berufserfahrene Lehrende dazu auffordert, ihre Kompetenzen ständig weiterzuentwickeln und geeignete Fort- und Weiterbildungsangebote zu nutzen, um neue Entwicklungen und wissenschaftliche Erkenntnisse umfassend zu berücksichtigen (KMK, 2019). Die beständige Weiterentwicklung und Nutzung von Kompetenzen, verbunden mit der geeigneten Auswahl notwendiger Fort- und Weiterbildungsprogramme, sollten dabei in der Lehrendenqualifikation und der Schulentwicklung fest verankert werden. Hierbei verdeutlicht das SAMR-Modell die Abhängigkeit des gelingenden Einsatzes der digitalen Tools von den technischen Fähigkeiten, aber auch von der Haltung der Lehrenden. Besonders diese Haltung „weckt oder bremst die didaktisch-methodische Fantasie und die Motivation für die kaum zu vermeidende Mehrarbeit“ (Meyer & Junghans, 2021, S. 17). In diesem Kontext erscheinen beispielsweise spezifische Trainings oder kollegiale Unterstützungsangebote für den Einsatz von digitalen Tools hilfreich (Greiten et al., 2021). Dabei stellt sich aber auch die Frage, in welcher Art und Weise Lehrende von den bereits vorhandenen digitalen Kompetenzen der Lernenden profitieren können und wie in diesem Bezug ein gegenseitiges Lernen erfolgen kann. Das lebenslange Lernen rückt demnach nicht nur für die Lernenden, sondern gleichermaßen für die Lehrenden in den Vordergrund, um optimale digitale didaktische Konzeptionen zu generieren.

Literaturverzeichnis

- Bliss, C. (2022). *CryptPad: Acht Tools für datensichere und digitale Zusammenarbeit*. wb-web. Einfach gute Weiterbildung. <https://wb-web.de/material/medien/cryptpad-acht-tools-fuer-datensichere-und-digitale-zusammenarbeit.html> [30.04.2023].
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2020). *Cluster „Zukunft der Pflege“. Technikbezogene Kompetenzen in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe*. https://uol.de/f/6/dept/humanmed/ag/ausbildung/Positionspapier_Verankerung_Kompetenzen__digitale_Pflegetechnik_PfIAPrV_....pdf [30.04.2023].
- Bresges, A. (2018). Mobile Learning in der Schule. In C. de Witt & C. Gloerfeld (Hrsg.), *Handbuch Mobile Learning* (S. 613 – 637). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19123-8>
- Bynder (2022). *Was ist Content Management?* <https://www.bynder.com/de/glossar/content-management-definition/> [30.04.2023].
- Churches, A. (2008). *Bloom's Digital Taxonomy*. <http://burtonslifelearning.pbworks.com/w/file/attach/26327358/BloomDigitalTaxonomy2001.pdf> [30.04.2023].
- CryptPad Team (2021). *CryptPad*. <https://cryptpad.fr/> [30.04.2023].
- DeLSt (2022). *Tools*. <https://www.delst.de/de/lexikon/tools/> [30.04.2023].
- Drossel, K., Eickelmann, B., Schaumburg, H. & Laubusch, A. (2019). Nutzung digitaler Medien und Prädiktoren aus der Perspektive der Lehrerinnen und Lehrer im internationalen Vergleich. In B. Eickelmann, W. Bos, J. Gerick, F. Goldhammer, H. Schaumburg, K. Schwippert, M. Senkbeil & J. Vahrenhold (Hrsg.), *ICILS 2018 #Deutschland: Computer- und informationsbezogene Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern im zweiten internationalen Vergleich und Kompetenzen im Bereich Computational Thinking* (S. 205 – 241). Waxmann.
- Ernst, S.-J., Janson, A., Söllner, M. & Leimeister, J. M. (2018). Mobiles Lernen in praktischen Trainings. Lernzielerreichung vor dem Hintergrund von Motivation und Akzeptanz der Zielgruppe. In C. de Witt & C. Gloerfeld (Hrsg.), *Handbuch Mobile Learning* (S. 409 – 433). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-19123-8>
- Europäischer Rechnungshof (2021). *Maßnahmen der EU für mehr digitale Kompetenz*. https://www.eca.europa.eu/lists/ecadocuments/rw21_o2/rw_digital_skills_de.pdf [30.04.2023].

- Frost, P. D. J. (2018). *Definition: Wissensmanagement*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/wissensmanagement-47468/version-270732> [30.04.2023].
- Graf, D. (2021). Digitale Werkzeuge. Fachspezifisches Lernen mit Tools. In D. Graf, N. Graulich, K. Lengnink, H. Martinez & C. Schreiber (Hrsg.), *Digitale Bildung für Lehramtsstudierende: TE@M – Teacher Education and Media* (S. 157 – 160). Springer.
- Greiten, K., Beniermann, A. & Prange, M. (2021). Innovationen fachspezifischen Lernens mit digitalen Medien. In D. Graf, N. Graulich, K. Lengnink, H. Martinez & C. Schreiber (Hrsg.), *Digitale Bildung für Lehramtsstudierende: TE@M – Teacher Education and Media* (S. 213 – 217). Springer.
- Grogorick, L. & Robra-Bissantz, S. (2021). Digitales Lernen und Lehren: Führt Corona zu einer zeitgemäßen Bildung? *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 58(6), 1296 – 1312. <https://doi.org/10.1365/s40702-021-00806-z>
- Hamar, C. & Schneider, K. (2021). Steckbriefe ausgewählter Tools für den Distanz- und Präsenzunterricht. *Unterricht Pflege – Digital lehren und lernen*, 26(4), 4 – 23.
- Hartmann, S. & Purz, D. (2018). *Unterrichten in der digitalen Welt*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hejna, U. (2022). Digitale und virtuelle Unterstützung hermeneutischer Fallarbeit in der gesundheitsberuflichen Bildung. Ein systematisches Review. *Pflege*, 35(5), 289 – 301. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000861>
- KMK – Kultusministerkonferenz (2016). *Strategie „Bildung in der digitalen Welt“*. <https://www.kmk.org/aktuelles/artikelansicht/strategie-bildung-in-der-digitalen-welt.html> [30.04.2023].
- KMK – Kultusministerkonferenz (2019). *Standards für die Lehrerbildung: Bildungswissenschaften*. https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschlusse/2004/2004_12_16-Standards-Lehrerbildung-Bildungswissenschaften.pdf [30.04.2023].
- Kuhlmann, A. M. & Sauter, W. (2008). *Innovative Lernsysteme. Kompetenzentwicklung mit Blended Learning und Social Software*. Springer.
- LearningApps.org. (2022). *LearningApps.org – Interaktive und multimediale Lernbausteine*. <https://learningapps.org/LearningApps.pdf> [30.04.2023].
- Meyer, H. (2009). *Leitfaden Unterrichtsvorbereitung* (4. Aufl.) Cornelsen.

- Meyer, H. (2021). *Was ist guter Unterricht?* (15. Aufl.). Cornelsen.
- Meyer, H. & Junghans, C. (2021). *Unterrichtsmethoden II. Praxisband* (17. Aufl.). Cornelsen.
- Müller, O. & Rohde, T. (2022). *Oncoo.de – online kooperieren*. <https://www.oncoo.de/oncoo.php> [30.04.2023].
- Murray, M. C. & Pérez, J. (2014). Unraveling the digital literacy paradox: How higher education fails at the fourth literacy. *Issues in Informing Science and Information Technology*, 11, 85 – 100. <http://iisit.org/Vol11/IISITv11p085-100Murrayo507.pdf> [30.04.2023].
- Narr, K. (2015). *Digitale Werkzeuge*. <https://wb-web.de/wissen/medien/digitale-werkzeuge.html> [30.04.2023].
- Nüsse, S. (2020). *Interaktive (Lern-)Aufgaben gestalten mit LearningApps*. <https://open-educational-resources.de/interaktive-lern-aufgaben-gestalten-mit-learningapps/> [30.04.2023].
- Oelke, U. & Meyer, H. (2020). *Didaktik und Methodik für Lehrende in Pflege- und Gesundheitsberufen*. Cornelsen.
- Ortmann-Welp, E. (2020). *Digitale Lernangebote in der Pflege: Neue Wege der Mediennutzung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-61674-1>
- Petko, D. (2020). *Einführung in die Mediendidaktik: Lehren und Lernen mit digitalen Medien* (2. Aufl.). Beltz.
- Pluntke, S. (2013). *Lehrrettungsassistent und Dozent im Rettungsdienst. Für die Aus- und Weiterbildung*. Springer.
- Pluntke, S. (2021). *Der Praxisanleiter im Rettungsdienst* (2. Aufl.). Springer.
- RPZ Bayern (2021). *Digitale Tools sinnvoll im Unterricht einsetzen*. https://www.rpz-bay-ern.de/fileadmin/smb/Redaktion/Dateien/Dokumente/RPZ_Impulse/2021_RPZ_Impulse_Extra_1_digitale_Tools_im_Unterricht.pdf [30.04.2023].
- Schmidt, C. (2021). *Was sind digitale Medien? Eine Übersicht der Typen*. <https://www.canto.com/de/blog/was-sind-digitale-medien/> [30.04.2023].

- Stauffacher-Birrer, M. (2018). *Durchstarten mit WhatsApp, YouTube & Co: 28 bewährte digitale Tools für den Unterricht mit konkreten Praxisbeispielen*. hep.
- Stevens, J. B. (2020). *Erasing the Line: #SWIMLAPS*. <http://www.jaclynbstevens.com/erasing-the-line--samr-model.html> [30.04.2023].
- Toth, C. T. (2020). *Massive Open Online Courses im Kontext von Persönlichkeit und Prokrastination*. Springer.
- VHS-Bildungswerk (2022). *Digitale Medien unterstützen betriebliche Arbeitsprozesse*. <http://projekt-digitale-medien.de/informationen/digitale-medien/> [30.04.2023].
- Volk, B. (2020). Vorlesungen vor dem Hintergrund aktueller Flipped Classroom-Ansätze. In R. Egger & B. Eugster (Hrsg.), *Lob der Vorlesung: Vorschläge zur Verständigung über Form, Funktion und Ziele universitärer Lehre* (S. 205 – 227). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-29049-8>
- Vries, E. de (2021). *Feedback in digitalen Lernumgebungen: Eine Interventionsstudie zu dem Lernpfad „Quadratische Funktionen erkunden“*. Springer.
- Weider, T. (2021). *Webtools für den Unterricht: Wie Sie zeitsparend und kreativ digitalen Unterricht gestalten und Ihre Schüler langfristig motivieren*. Bookmundo Direct.

1.3 Auswirkung der Corona-Pandemie auf die Anwendung digitaler Lehre in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen in Nordrhein-Westfalen **Sarah Reinecke**

Einleitung

Durch die COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden zeitweisen Ausfall des Präsenzunterrichts konnten die Lehrenden an den Schulen für Physiotherapie in dieser Zeit Erfahrungen mit der Anwendung digitaler Lehre sammeln und Barrieren und Chancen für den Einsatz im Unterricht erkennen. Aktuell sieht das Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie, welches zuletzt 1994 neuverfasst wurde, keine digitalen Anteile für die Durchführung des theoretischen und fachpraktischen Unterrichts an Schulen für Physiotherapie vor. Da im Zuge der Neufassung der Gesetze in den Gesundheitsfachberufen eine Modernisierung des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie angestrebt wird, können sich durch die Erfahrungen in der digitalen Lehre während der COVID-19-Pandemie Chancen für eine Implementierung von digitalen Anteilen in der Lehre bieten. Gleichzeitig können Barrieren in der Anwendung aufgezeigt werden sowie Wege, um diese abzubauen.

Um diese Erfahrungen zu evaluieren, fand eine Befragung von Lehrenden, die in der Ausbildung oder dem Studium von Physiotherapeut:innen tätig sind, mittels Online-Fragebogen statt. Auf Grund der möglichen unterschiedlichen Ausbildungsstruktur in den Bundesländern, wurden nur Lehrende im Bundesland Nordrhein-Westfalen befragt.

Der vorliegende Beitrag schildert zunächst die aktuelle Gesetzeslage in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen, geht dann auf pandemiebedingte Anpassungen der Gesetze ein und stellt die Umsetzung des digitalen Unterrichts in der Physiotherapie vor. Anschließend werden die Methodik der Befragung erläutert, die Ergebnisse dargestellt und unter Einbeziehung internationaler Studienergebnisse ein Ausblick für die Integration von digitalem Unterricht in die Neufassung der Gesetze in den Gesundheitsfachberufen gegeben.

Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie

Das *Gesetz über die Berufe in der Physiotherapie* (Masseur- und Physiotherapeutengesetz – MPhG) vom 26. Mai 1994 regelt bundesweit die Ausbildung von Masseur:innen und Physiotherapeut:innen. Laut § 9 (1) dauert die Ausbildung für Physiotherapeut:innen drei Jahre und besteht aus theoretischem und fachpraktischem Unterricht sowie einer praktischen Ausbildung. Der Inhalt der Ausbildung wird in der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten* (PhysTh-APrV) vom 6. Dezember 1994 geregelt. In der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung sind in der Anlage 1 die zu unterrichtenden Fächer für den theoretischen und fachpraktischen

Unterricht und die dazugehörigen Stundenverteilungen angegeben. Weitere Vorgaben zum Unterricht werden für die dreijährige Ausbildung nicht gegeben. Die Möglichkeit des Fernunterrichts ist laut § 12 MPhG nur für den theoretischen Unterricht möglich, wenn es sich um eine verkürzte Ausbildung zum/r Physiotherapeut:in im Anschluss einer abgeschlossenen Ausbildung als Masseur:in und medizinischer/m Bademeister:in handelt. Hierbei ist in der Anlage 2 und 3 der PhysTh-APrV genau geregelt, welche Anteile welcher Fächer im Fernunterricht abgehalten werden dürfen. Da das Gesetz vor über 25 Jahren beschlossen wurde, gibt es keine Angaben zur Möglichkeit von digitalen Lehrangeboten oder Online-Präsenzunterricht. Im Zuge der Neufassung der Gesetze in den Gesundheitsfachberufen wird jedoch eine Modernisierung des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie angestrebt.

Pandemiebedingte Anpassungen des Gesetzgebers

Um die Ausbildung während der Pandemie zu sichern, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 12. Juni 2020 die Verordnung zur Sicherung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen (GesBerAus-BSV) während einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite beschlossen. Mit dieser konnten die Länder von den Vorgaben des Berufsgesetzes und den dazugehörigen Rechtsverordnungen abweichen.

Die Verordnung sah u. a. folgende Maßnahmen vor:

- Theoretischer und praktischer Unterricht kann digital oder durch andere geeignete Unterrichtsformate stattfinden.
- Die Ausbildung kann um höchstens sechs Monate verlängert werden, um das Ausbildungsziel zu erreichen.
- Bei der Zusammensetzung des Prüfungsausschusses kann von der Anzahl und der erforderlichen Qualifikation der Prüfer:innen abgewichen werden.
- Die praktische Prüfung mit Patient:innenkontakt, kann durch Modelle, Simulationspatient:innen oder Fallvorstellungen ersetzt werden.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen verfügte am 13. März 2020 zunächst über einen Erlass eine Einstellung des Unterrichtsbetriebs vom 16. März bis 19. April 2020 an allen Schulen der Pflege- und Gesundheitsfachberufe.

Die Möglichkeit theoretischen Unterricht im häuslichen Umfeld zu geben, bestand durch eine Erweiterung des o. g. Erlasses vom 16. März 2020 in Nordrhein-Westfalen und durch die GesBerAusBSV, die am 25. November 2022 außer Kraft gesetzt wurden. Inwiefern und in welchem Umfang jede Ausbildungseinrichtung davon Gebrauch gemacht hat, ist zusätzlich zu den dargestellten gesetzlichen Regelungen abhängig von der Größe der Einrichtung und deren Räumlichkeiten, um z. B. vorgeschriebene Abstände aus den geltenden Infektionsschutzbestimmungen unter den

Auszubildenden einzuhalten. Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Erfahrungen der Lehrenden mit Online-Unterricht abhängig vom unterrichteten Fach (Theorie/Praxis) stark variieren können.

Aktuelle Ansätze Neufassung der Gesetze in den Gesundheitsfachberufen

Der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien (CDU, CSU und SPD) der 19. Legislaturperiode 2017 – 2021 sah eine Neuordnung und Stärkung der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe vor (Bundesregierung, 2018). Durch die vom BMG eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe sollte ein „[...] Aktionsplan für eine bedarfsorientierte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sowie eine Neustrukturierung der Aufgaben- und Kompetenzprofile erstellt [werden].“ (BMG, 2020, S. 1) Das BMG legte im August 2022 einen Konzeptentwurf über die zukünftige Ausgestaltung der Berufe in der Physiotherapie vor (HVG, 2022a). Dieser sieht vor, die grundständige Ausbildung in den Heilmittelberufen und damit auch die Ausbildung der Physiotherapie zu akademisieren. Die Ausbildung der Masseur:innen und medizinischen Bademeister:innen soll an den Berufsfachschulen verbleiben und modernisiert werden. Die Kompetenzorientierung und Modularisierung wurde bereits seit 2010 in den primärqualifizierenden Studiengängen der Physiotherapie erprobt und positiv evaluiert (HVG, 2022b). „Die vorhandenen Qualifikationsrahmen DQR und HQR bilden eine geeignete Orientierung für die jeweiligen Novellierungsanforderungen, verbunden mit klar abgrenzbaren Tätigkeits- und Aufgabenfeldern.“ (HVG, 2022c, o. S.) Aktuell sind an zehn Hochschulen primärqualifizierende Studiengänge für die Physiotherapie eingerichtet. Um eine grundständige hochschulische Ausbildung für alle Interessierten anbieten zu können, müssen in den Bundesländern ausreichend Kapazitäten an den Hochschulen geschaffen und neue Studiengänge eingerichtet werden. Hierfür sehen die Verbände eine Übergangszeit von zehn bis 15 Jahren als realistisch an (HVG, 2018; IFK e. V., 2022).

Umsetzung digitalen Unterrichts in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen

Die Berufsfachschulen und Hochschulen für Physiotherapie mussten, ebenso wie die allgemeinbildenden Schulen, in sehr kurzer Zeit ihren theoretischen und fachpraktischen Unterricht von Präsenz auf Online-Angebote umstellen. Hierbei gab es je nach Einrichtung, unterschiedliche Barrieren zu überwinden. Um in der Lage zu sein, den Unterricht online anbieten zu können, mussten zunächst Lehrende und Auszubildende mit digitalen Endgeräten und einer stabilen Breitbandverbindung in der häuslichen Situation ausgestattet sein. Im nächsten Schritt mussten die Schulen festlegen, mit welchen Online-Angeboten, wie Lern-Management-Systemen oder Videokonferenzdiensten, sie arbeiten wollten. Zum Teil konnte hier auf bereits eingesetzte Software zurückgegriffen werden, deren Nutzung dann ausgeweitet und intensiviert wurde. Bevor der Unterricht über die Online-Angebote starten konnte, mussten sowohl die Lehrenden als auch die Auszubildenden eingewiesen werden.

Für die Lehrenden geschah dies zum Teil durch Programmeinweisungen und Schulungen, die diese dann auch befähigten, die Nutzung der Online-Angebote mit den Auszubildenden zu erarbeiten. Als weitere Herausforderung mussten die Lehrenden ihren Unterricht didaktisch und methodisch an die digitale Lehre anpassen. Die Schulleiterin einer Physiotherapieschule in Koblenz berichtet in einem Interview wie der Online-Unterricht an ihrer Schule stattfand:

„Die Schüler haben einen digitalen Stundenplan, in dem Uhrzeiten, Stundenumfänge und Inhalte aufgeführt sind. Der Lehrer, der die Stunde hält, entscheidet, in welcher Form der Unterrichtsstoff vermittelt wird. Es werden Materialien wie Vorlesungen, Texte, Aufgaben oder Tests über unsere Lernplattform „Ilias“ hochgeladen. Manchmal ist eine Therapie zu erstellen, manchmal ein Video zu schauen, Fotos von Lernkarten zu schicken oder ein Fragentool zu bearbeiten. Sollten Störungen auftreten, sind wir Lehrer per E-Mail erreichbar. Ansonsten sind feste Zeiten im Stundenplan verankert, in denen Schüler und Lehrer per Chat bzw. Videotelefonie in direktem Kontakt stehen. Da werden dann Aufgaben nachbesprochen, gemeinsame Whiteboard-Bilder erstellt oder eine Vorlesung gehalten und direkt besprochen. Wir Lehrer sind regelmäßig im Austausch darüber, wie verschiedene Sequenzen funktioniert haben, was gut und was weniger gut angenommen wurde. So können wir die Unterrichtsgestaltung stetig verbessern.“ (Ludwig Fresenius Schulen, 2020, o. S.)

Im Rahmen des Hochschulforums Digitalisierung wurde eine Interviewstudie zu dem Thema *Fachbereich und Fakultäten in der Corona-Pandemie Erfahrungen und Erwartungen an die Zukunft* durchgeführt. In dieser wurde auch die Studiendekanin einer Fachhochschule mit Studiengängen im Bereich der Gesundheitswissenschaften (u. a. Physiotherapie) zu ihren Erfahrungen und Erwartungen befragt. Sie beschreibt, dass gerade der Beginn der Umstellung vor allem von Unsicherheiten seitens aller Beteiligten und einem Handlungsdruck geprägt war. Durch die Erfahrungen mit der Online-Lehre sieht sie aber die Chance Teile der Lehre dauerhaft als Online-Angebot in die Studiengänge zu integrieren, wenn die Akkreditierungsvorgaben dahingehend angepasst würden (Bosse, 2021).

Die Hochschule für Gesundheit in Bochum führte in ihrem Entwicklungsbericht für den Bereich Studium und Lehre eine explizite Befragung zur digitalen Lehre im Sommersemester 2020 durch. Die Befragung der Lehrenden aller Departments ergab folgende Verteilung des Angebots an digitalen Lehrformaten (HSG, 2021):

- Online-Vorlesungen (89 %)
- Aufzeichnung von Vorlesungen (79 %)
- interaktive Online-Seminare (76 %)
- Online-Übungen (64 %)

Befragung

Methodik der Befragung

Um die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Anwendung digitaler Lehre in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen zu evaluieren wurde eine Befragung mittels Online-Fragebogen durchgeführt.

Um eine höhere Vergleichbarkeit der Beantwortungen des Fragebogens zu ermöglichen, wurden ausschließlich angestellte Lehrende, die in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen an Berufsfachschulen oder Hochschulen im Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) tätig sind befragt. Zum einen, weil der primärqualifizierende Studiengang für Physiotherapeut:innen an den Hochschulen auf der Modellstudiengangregelung und damit auf dem MPhG und der PhysTh-APrV beruht. Zum anderen wurde sich auf NRW beschränkt, da sich die Ausbildung in den einzelnen Bundesländern unterscheidet.

Neben der regionalen Beschränkung waren weitere Einschlusskriterien, dass die Lehrenden einschließlich der wissenschaftlichen Mitarbeitenden während der Maßnahmen bezogen auf die COVID-19-Pandemie in der Lehre tätig gewesen sind und Unterricht in digitaler Form abhielten. Es wurde nicht zwischen Lehrenden mit und ohne Leitungsfunktion unterschieden.

Von der Befragung ausgeschlossen wurden Honorardozierende, da diese, anders als festangestellte Lehrende, nicht immer gleichermaßen in die Planungen der Ausbildungsstätten einbezogen werden und im Gegensatz zu festangestellten Lehrenden nicht notwendigerweise die Interessen ihres Auftraggebers, sondern ihre eigenen vertreten. Des Weiteren gibt es nicht an jeder Ausbildungsstätte identische Zugangsmöglichkeiten (z. B. zu Lernplattformen) für festangestellte Lehrende und Honorardozierende, sodass die Erfahrungen stark variieren könnten. Ebenfalls wurden nicht vollständig ausgefüllte Fragebögen von der Auswertung der Befragung ausgeschlossen.

Bei der Umfrage wurde zwischen den Themenblöcken zu soziodemografischen Angaben und themenbezogenen Fragen unterschieden. Die soziodemografischen Fragen bezogen sich auf Alter, Geschlecht, Bildung (Abschluss und pädagogische (Zusatz-)Ausbildung) und Arbeitssituation (Lehrerfahrung, Leitungsfunktion, Arbeitsstätte).

Der Zeitraum der Befragung umfasste insgesamt vier Wochen (22. November bis zum 19. Dezember 2021). Der Umfragelink wurde mit einem Einladungsschreiben an alle 62 Berufsfachschulen und Hochschulen, die in der Physiotherapieausbildung in Nordrhein-Westfalen tätig sind, per E-Mail versendet.

Insgesamt haben 47 Lehrende an der Umfrage teilgenommen, 40 Lehrende haben diese komplett beendet. Das entspricht einer Abschlussrate von 85,11 Prozent. Die Gesamtzahl von 40 abgeschlossenen Fragebögen erreicht nicht die für eine repräsentative Umfrage nötige Anzahl von 151 Fragebögen. Daher wird in der Ergebnisdarstellung auf einen Subgruppenvergleich verzichtet.

Ergebnisse der Befragung

Die Befragung zeigte, dass hauptsächlich E-Mails und Videokonferenztools in der digitalen Lehre genutzt werden. Die geringe Nutzung von Tools für mehr Interaktion und Team Workspace zeigt, dass hier noch ein hohes Potenzial in der Anpassung der Lehre an den digitalen Bereich liegt. Diese Tools stellen hauptsächlich einen Zusatznutzen für eine methodisch-didaktische Gestaltung des Unterrichts dar und nicht eine Notwendigkeit für die Durchführung digitaler Lehre. Dies lässt sich auch damit in Zusammenhang bringen, dass zum Umfragezeitpunkt erst acht Teilnehmende eine pädagogische/didaktische Schulung zur digitalen Lehre erhalten hatten und so häufig, wie bei Ludwig Fresenius Schulen (2020) beschrieben, auf bekannte Dienste oder Software zurückgreifen mussten. Die Nutzung von fachspezifischen Angeboten wurde von 15 Teilnehmenden genannt und befindet sich damit im Mittelfeld der Nennungen. Auch hier ist in der Zukunft ein Anstieg zu erwarten, da durch die Pandemie eine Gewöhnung an digitales Lehren und Lernen stattgefunden hat und mehr Ausbildungseinrichtungen auf bereits aufbereitete Inhalte zurückgreifen möchten. Zusätzlich bietet die seit Januar 2021 bestehende Schulgeldfreiheit in Nordrhein-Westfalen (MAGS NRW, 2021) eine finanzielle Absicherung der Schulen. Da die Gelder vom Land regelmäßig erstattet werden, kann finanziell sicherer geplant werden, um solche zusätzlichen Investitionen tätigen zu können. Bis Ende 2020 kam ein Anteil des Schulgelds von den Auszubildenden selbst und hier konnte es durchaus zu Zahlungsverzug kommen, der einkalkuliert werden musste. Um den weiteren Einsatz von digitalen Anwendungen in der Lehre gezielt zu planen, werden bestehende Studien mit Wirksamkeitsvergleichen und Anwendungsbeispielen ausgewertet und je nach Ergebnis weitere Studien durchgeführt werden müssen.

Die Frage nach der Form der Nutzung der Anwendungen zeigte, dass vor allem E-Mails, Videokonferenzdienste, Kommunikationssoftware und Lern-Management-Systeme von den meisten Teilnehmenden genutzt werden. Bei der Bewertung der Wichtigkeit wurden die von wenigen Teilnehmenden genutzten Anwendungen von diesen auch als weniger wichtig bewertet. Die Ausschöpfung der genutzten Anwendungen zeigt ein eher positives Bild auf, sodass sich über die Hälfte der Teilnehmenden im Umgang mit den digitalen Anwendungen sicher fühlt und diese nach eigener Einschätzung voll umfänglich nutzen können. Dies könnte aus den Schulungen zu Programmeinweisungen resultieren, die 24 Teilnehmende in ihren Einrichtungen erhielten. Über ein Drittel der Teilnehmenden erhielt hingegen keine Schulung und musste sich den Umgang mit den Anwendungen selbst erschließen. Hier wird deut-

lich, dass die Einführung des digitalen Unterrichts sehr plötzlich stattfinden musste und eher einem Experiment statt einer geplanten Einführung glich. Der Wechsel vom Präsenzunterricht auf digitalen Unterricht benötigt auch eine Anpassung des Unterrichtskonzepts, welches von der überwiegenden Mehrheit der Teilnehmenden nach eigener Einschätzung in der Pandemie-Zeit auch vorgenommen werden konnte. Die Auswirkungen der Pandemie zeigen in der Nutzung der digitalen Anwendungen bei Lehrenden in Nordrhein-Westfalen ein einheitliches Gesamtbild auf. Hier könnten weitere Forschungsfragen ansetzen und gezielt die Wirkung der genutzten Anwendungen im Hinblick auf den Lernerfolg der Auszubildenden untersuchen, um dann langfristige pädagogisch/didaktische Konzepte für den digitalen Unterricht zu etablieren. Zusätzlich könnte der Frage nachgegangen werden, wie die Auszubildenden selbst die digitale Lehre beurteilen.

Mittels einer offenen Frage wurden die Chancen für den Einsatz der digitalen Lehre erfragt. Das erstellte Kategoriensystem (Abb. 1.1) zeigt die digitalen Anwendungen besonders als Ergänzung für die theoretischen Inhalte der bisherigen Ausbildung auf. Hierbei sollen vor allem die positiven Aspekte der digitalen Lehre, wie Flexibilität, Einsatz als Kommunikationsmittel und Einsatz von unterschiedlichen Medien genutzt werden. Auch die Möglichkeit weiterer Einschränkungen durch die Pandemiemaßnahmen, wie Quarantänezeiten oder anderweitige Ereignisse, welche digitalen Unterricht erfordern, wird in Betracht gezogen. Hier zeigt sich, dass den Teilnehmenden wichtig ist, nicht noch einmal überrascht zu werden (Bosse, 2021). Die Stärkung der Auszubildenden in ihren Kompetenzen wird als weitere Chance genannt. Neben der Verantwortungsübernahme für den eigenen Lernerfolg und der verbesserten Selbstorganisation wird die Stärkung der Digitalkompetenz genannt. Die Digitalkompetenz der Auszubildenden wird vor allem im Hinblick auf die Weiterentwicklung in der Physiotherapie eine immer bedeutendere Rolle spielen. Seit der COVID-19-Pandemie werden immer mehr digitale Anwendungen in der physiotherapeutischen Behandlung genutzt, z. B. die Videotherapie, die aufgrund von Corona-Sonderregelungen während der Pandemie erlaubt war und im Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG) im Frühjahr 2022 fest verankert wurde. Eine Stärkung der Digitalkompetenz bereits während der Ausbildung erleichtert den Auszubildenden damit den Übergang in ihren Beruf.

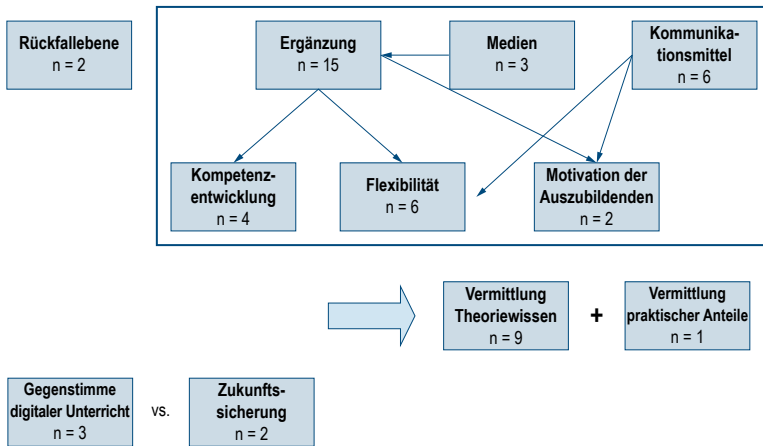


Abb. 1.1: Kategoriensystem Chancen für den Einsatz digitaler Lehre (n = 40) (eigene Darstellung)

Um die Chancen nutzen zu können, müssen auch bestehende Barrieren überwunden werden. Das Kategoriensystem zu den Barrieren (Abb. 1.2) zeigt hier besonders zwei Bereiche, in denen Barrieren aufgetreten sind. Der erste Bereich bezieht sich auf die tatsächliche Anwendung vor Ort. Hier werden vor allem die instabile Breitbandverbindung und die fehlende Hardware bei Auszubildenden und Lehrenden genannt. Über den Digital-Pakt Schule ist es den Berufsfachschulen für Physiotherapie möglich, Unterstützung vom Land Nordrhein-Westfalen für digitale Endgeräte und den Auf- und Ausbau der digitalen Infrastruktur zu erhalten, sodass diese Barriere in naher Zukunft aufgehoben werden könnte (MSB NRW, 2021). Zu den Barrieren vor Ort werden zusätzlich fehlende Schulungen und Akzeptanz der Lehrenden identifiziert. Hier besteht also noch Nachholbedarf, der aktuell von jeder Einrichtung individuell gelöst werden muss. Bei einer Verankerung der digitalen Lehre im Berufsgesetz wäre eine verbindliche Schulung für Lehrende im pädagogisch/didaktischen Bereich denkbar. Bisher besteht für festangestellte Lehrende in Nordrhein-Westfalen, neben der beruflichen Qualifikation als Physiotherapeut:in, keine Verpflichtung zu einer pädagogischen Schulung oder einer ähnlichen Qualifikation (ZVK, 2020). Der zweite Bereich bezieht sich auf die Legalisierung der digitalen Lehre. Hier wird vor allem die fehlende Gesetzgebung angemerkt und eine Überarbeitung und Neuausrichtung gefordert. Diese ist aktuell in der Entwicklung und wird für die laufende Legislaturperiode erwartet. Eine Chance für eine Integration besteht, da z. B. schon 2015 in der Ausführungsbestimmung zur Ausbildung zur/m Notfallsanitäter:in in Nordrhein-Westfalen in den allgemeinen Rahmenbedingungen festgelegt wurde, dass 30 Prozent des theoretischen Unterrichts als E-Learning stattfinden darf (MGPEA NRW, 2015). Weiter wird eine Verbesserung der Darstellung der Gesundheitsfachberufe im politischen Kontext gefordert. Durch die Befragung zeigt sich auch, dass noch

Aufklärung im Bereich der Lehrenden zum aktuellen Stand des Berufsgesetzes und der Notwendigkeit einer Verankerung für die rechtssichere Nutzung von digitaler Lehre erfolgen muss. Mit 67,5 Prozent der Teilnehmenden der Umfrage stimmen die Lehrenden für eine Integration der digitalen Lehre in einer Neufassung der Gesetze über die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen. Die Chancen überwiegen demnach insgesamt die Barrieren. Die Lehrenden sind in der nahen Zukunft bereit, die digitale Lehre, bei verbesserter Hardware und weiteren Schulungen, besonders als Ergänzung für die theoretischen Inhalte der Ausbildung zu nutzen. In ferner Zukunft wäre es denkbar, dass digitale Formate für den fachpraktischen Unterricht genutzt werden.

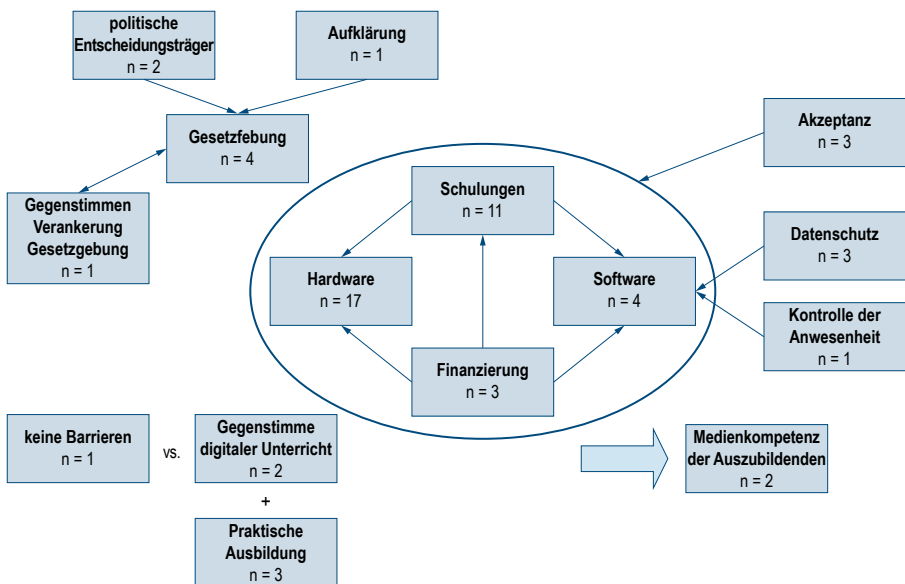


Abb. 1.2: Kategoriensystem Barrieren für den Einsatz digitaler Lehre (n = 40) (eigene Darstellung)

Die Umfrage zeigte eine Veränderung der digitalen Kompetenz. Durch eine Selbsteinschätzung im bekannten Schulnotensystem hat sich eine signifikante Verbesserung ($p = 0,00004243$) der digitalen Kompetenz um eine halbe Note von 3 auf 2,5 ergeben.

Schon vor der COVID-19-Pandemie wurden Studien z. B. zur Nutzung von Virtual und Augmented Reality in der Ausbildung von Gesundheitsfachberufen oder im Medizinstudium mit positiven Ergebnissen durchgeführt (Lerner & Luiz, 2019; Schuir et al., 2019; Sparwasser et al., 2019). In Finnland gab es bereits vor der COVID-19-Pandemie an einer Fachhochschule in Helsinki die Möglichkeit, das dortige Studium zur/m

Krankenpfleger:in hauptsächlich online zu studieren. Bei Vergleichen mit den traditionellen Lehr- und Lernmethoden zeigte das Blended-Learning-Format keine signifikanten Unterschiede zum klassischen Präsenzstudium (Kokko & Leinonen, 2020).

Nationale und internationale Studienergebnisse

Während der COVID-19-Pandemie wurden zahlreiche Untersuchungen zur digitalen Lehre durchgeführt, da durch die schnelle Umstellung auf digitale Lehre reichhaltiges Datenmaterial weltweit zur Verfügung stand. Die Forschung bezieht sich auf die Ausbildung und das Studium von Physiotherapeut:innen weltweit und die Ergebnisse können auf Grund international divergierender Ausbildungsstruktur nicht direkt mit den Ergebnissen in Deutschland und der Ausbildung/dem Studium verglichen werden. Von Ballmann et al. (2021) wurde festgestellt, dass hauptsächlich theoretische Inhalte digital vermittelt wurden. Weiter konnte gezeigt werden, dass die Zufriedenheit der Auszubildenden gleichbleibt und sich die Leistung (gemessen an der Benotung einer mündlichen Prüfung) sogar verbesserten (Rossetini et al., 2021). Als Ausblick zeigen die Forschungsergebnisse, dass es den Wunsch gibt, digitale Lehre unabhängig der COVID-19-Pandemie weiter fortzuführen und dauerhaft in die Ausbildung/Studiengänge zu integrieren (Ballmann et al., 2021; Bosse, 2021).

Die Ziele und Möglichkeiten, die die digitale Lehre grundsätzlich bietet, wurden bereits vor der COVID-19-Pandemie erforscht. Während der COVID-19-Pandemie kamen weitere Veröffentlichungen auf Grund der hohen Datenfülle hinzu. Die Untersuchungen zeigen, dass digitale Lehre ein anwendungsnahes, selbstgesteuertes und kooperatives Lernen ermöglicht (Göddertz & Karber, 2021). Weiter bietet die digitale Lehre neue Möglichkeiten der Vernetzung und Interaktion (Paridon & Sandig, 2021). Positiv hervorgehoben wird auch das Potential für interprofessionelle und internationale Lehre (Ebinger et al., 2021; Schmid & Baeßler, 2016). Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist besonders in den Gesundheitsberufen wichtig. Über die digitale Lehre könnten Lernangebote zu den benachbarten Disziplinen (Medizin, Pflege, Therapieberufe) geschaffen werden, die die interprofessionelle Zusammenarbeit an dem/der Patient:in verbessert und den Genesungsprozess unterstützt. Die Möglichkeit der digitalen Lehre unterstützt die Forderung die Lernprozesse für die Grundlage einer interprofessionellen Zusammenarbeit bereits in die Ausbildung/das Studium zu integrieren (Walkenhorst, 2022). Paridon und Sandig (2021) konnten zeigen, dass die digitale Lehre dazu führt, dass Auszubildende ihr Erfahrungswissen flexibel und zielgerichtet anwenden können. Die Forschung bestätigt, dass durch die digitale Lehre eine individuelle Förderung der Lernenden möglich ist (Paridon & Sandig, 2021). Zudem stellt die digitale Lehre eine didaktische Bereicherung für die Lehrenden und die Lernenden dar (Sommer, 2018; Paridon & Sandig, 2021). Dass sich Lehrkräfte mit digitaler Lehre auseinandersetzen und diese didaktisch sinnvoll einsetzen wird auch von der Kultusministerkonferenz (KMK) gefordert (KMK, 2017). Studien zeigen weiter die Möglichkeit der Kostenersparnis durch die digitale Lehre

und eine bessere Verfügbarkeit und Flexibilität (Sommer, 2018; Paridon & Sandig, 2021).

Zusätzlich zu diesen Zielen wird durch den Kontakt mit digitalen Medien während des Studiums/der Ausbildung die Handlungskompetenz geschult und die Auszubildenden/Studierenden auf das Arbeitsleben vorbereitet. Studien zeigen, dass besonders im ambulanten Bereich Physiotherapeut:innen eine Bedeutungszunahme der Digitalisierung in ihrem Handlungsfeld erwarten (Estel et al., 2022; Paridon & Sandig, 2021). Dies betrifft die überwiegende Mehrheit von Physiotherapeut:innen, da der Großteil der ausgebildeten Physiotherapeut:innen im ambulanten Bereich tätig ist (ZVK, 2021). Bonse-Rohmann (2021) führt an, dass auch die Vermittlung digitaler Gesundheitsinformationen an Patient:innen zum Aufgabengebiet von Physiotherapeut:innen gehören, wofür immer mehr digitale Kompetenzen benötigt werden.

Ausblick

Aufgrund der unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen zur Ausbildung von Physiotherapeut:innen in den einzelnen Bundesländern, konnte nur eine Teilgruppe der Lehrenden (Nordrhein-Westfalen) zu ihren Erfahrungen der digitalen Lehre während der COVID-19-Pandemie befragt werden. Weitere Untersuchungen zu dieser Fragestellung sind daher für eine umfassendere Aussage notwendig. Die digitale Lehre benötigt für die Verstetigung ihres Einsatzes eine Untermauerung mit den entsprechenden (Fach-)Didaktischen Konzepten und ihr Einsatz sollte anhand der Bedarfe der Physiotherapie, unter besonderer Berücksichtigung der Physiotherapie als personenbezogener Dienstleistungsberuf, gewählt werden. Die Erkenntnisse mediendidaktischer Untersuchungen sollen gezielt genutzt werden, um die Lernprozesse zu optimieren und den Mehrwert der digitalen Lehre aufzuzeigen und einzusetzen.

Die Anwendung von digitaler Lehre während der COVID-19-Pandemie hat die Einstellung der Lehrenden in der Ausbildung von Physiotherapeut:innen zu digitaler Lehre und ihre Kompetenzen im Umgang damit positiv verändert. Auch ohne eine Verankerung im Berufsgesetz ist es wahrscheinlich, dass einige zusätzliche digitale Anteile, z. B. Lernplattformen zum Austausch von Lehrmaterial oder zur Kommunikation in die Ausbildung von Physiotherapeut:innen integriert werden. Dies wirkt sich positiv auf die digitalen Fähigkeiten und Kompetenzen der Auszubildenden/Studierenden aus, deren Einstieg in den, durch die Pandemie ebenfalls digitalisierten, Beruf somit erleichtert wird.

Die Neufassung der Gesetze für die Gesundheitsfachberufe bietet die Möglichkeit, die digitale Lehre im Berufsgesetz zu verankern. Nach Auswertung der vorliegenden Befragung und Bestätigung durch internationale Untersuchungen ist die digitale Lehre nach jetzigem Entwicklungsstand vor allem für den Theorieanteil der Ausbildung von Physiotherapeut:innen in Deutschland geeignet.

Literaturverzeichnis

- Ballmann, J., Dietz, M., Huxhold, M., Scholand, T. & Trumpa, S. (2021). Digitaler Unterricht während der Covid-19-Pandemie an Schulen des Gesundheitswesens – Eine qualitative Befragung von Lehrenden an Pflege- und Physiotherapieschulen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 1, 63 – 75.
- Bonse-Rohmann, M. (2021). Perspektiven der Digitalisierung in Studiengängen für Gesundheits- und Pflegeberufe. In M. Friese (Hrsg.), *Care work 4.0 – Digitalisierung in der beruflichen und akademischen Bildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe* (S. 45 – 61). wbv.
- Bosse, E. (2021). *Fachbereiche und Fakultäten in der Corona-Pandemie. Erfahrungen und Erwartungen an die Zukunft*. HFD AP, 57. https://hochschulforumdigitalisierung.de/sites/default/files/dateien/HFD_AP_57_Fachbereiche_digitale_Lehre_Corona.pdf [06.06.2023].
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020). *Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe – „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsberufe/Eckpunkte_Gesamtkonzept_Gesundheitsfachberufe.pdf [06.06.2023].
- Bundesregierung (2018). *Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD*. 19. Legislaturperiode. https://archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1 [06.06.2023].
- Ebinger, M., Jaki, C. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (2021). Virtuelle Lehre in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie – Potential für innovative Ansätze in der interprofessionellen Lehre in den Gesundheitsberufen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 1, 28 – 43.
- Estel, K., Scherer, J., Dahl, H., Wolber, E., Forsat, N. D. & Back, D. A. (2022). Potential of digitalization within physiotherapy: a comparative survey. *BMC Health Services Research*, 22(1), 496.
- Göddertz, N. & Karber, A. (2021). Digitale Lehr-Lern-Räume in der beruflichen Fachrichtung Sozialpädagogik. In M. Friese (Hrsg.), *Care work 4.0 – Digitalisierung in der beruflichen und akademischen Bildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe* (S. 245 – 257). wbv.

- HSG – Hochschule für Gesundheit Bochum (2021). *Entwicklungsbericht für den Bereich Studium und Lehre der Hochschule für Gesundheit – Berichtszeitraum: Sommersemester 2018 bis Wintersemester 2019/20 + Digitale Lehre im Sommersemester 2020*. https://www.hs-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/hochschule/Praesidium/Stabsstellen/Qualitaet_Studium_Lehre/Entwicklungsbericht_fu__r_den_Bereich_Studium_und_Lehre__final__01-2021.pdf [07.06.2023].
- HVG (2018). *Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier*. https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/wp-content/uploads/Strategiepapier-2018_11_08.pdf [06.06.2023].
- HVG (2022a). *Licht am Ende des Tunnels zur Vollakademisierung der Physiotherapie? Ein positives Signal aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG)*. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/licht-am-ende-des-tunnels-zur-vollakademisierung-der-physiotherapie-ein-positives-signal-aus-dem-bundesgesundheitsministerium-bmg/> [06.06.2023].
- HVG (2022b). *Studiengänge für Therapieberufe*. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/studiengaenge-fuer-therapieberufe/> [06.06.2023].
- HVG (2022c). *Vollakademisierung in Sichtweite? HVG begrüßt den Konzeptentwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG)*. <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/vollakademisierung-in-sichtweite-hvg-begruesst-den-konzeptentwurf-des-bundesgesundheitsministeriums-bmg/> [06.06.2023].
- IFK e. V. – Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (2022). *Die Akademisierung soll kommen – klare Signale aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) für die Heilmitteberufe*. <https://www.ifk.de/artikel/die-akademisierung-soll-kommen-klare-signale-aus-dem-bundesgesundheitsministerium-bmg-fuer> [06.06.2023]. Kultusministerkonferenz (2017). *Bildung in der digitalen Welt – Strategie der Kultusministerkonferenz*. KMK.
- Kokko, A. & Leinonen, K. (2020). *Online studieren, um Krankenpfleger*in zu werden. Pflege Professionell*, 30, 5 – 7.
- MSB NRW – Ministerium für Schule und Bildung des Landes Nordrhein-Westfalen (2021). *DigitalPakt*. <https://www.schulministerium.nrw/digitalpakt> [07.06.2023].
- Ludwig Fresenius Schulen (2020). *Digitaler Unterricht während der Corona-Pandemie – Porträts + Interviews*. <https://www.ludwig-fresenius.de/aktuelles/blog/beitrag/digitaler-unterricht-waehrend-der-corona-pandemie/> [06.06.2023].

Lerner, D. & Luiz, T. (2019). Nah an der Realität. *intensiv*, 27(02), 64 – 69.

MAGS NRW – Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2021). *Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen: Landesregierung führt vollständige Schulgeldfreiheit ein*. <https://www.mags.nrw/pressemitteilung/ausbildung-den-gesundheitsfachberufen-landesregierung-fuehrt-vollstaendige> [07.06.2023].

MGPEA NRW – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (2015). *Ausführungsbestimmungen zur Ausbildung zur Notfallsanitäterin/zum Notfallsanitäter in Nordrhein-Westfalen*. https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/ausuehrungsbestimmungen_notsan_teili_ueberarbeitet_13112015.pdf [07.06.2023].

Paridon, H. & Sandig, A. (2021). Und plötzlich war alles anders: Digitalisierungserfahrungen von Lehrkräften im Gesundheitswesen – Ergebnisse einer Pilot-Befragung zu Hürden und Ressourcen digitalen Unterrichts während der Corona-Pandemie. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 1, 25 – 33.

Rossetini, G., Turolla, A., Gudjonsdottir, B., Kaprelli, E., Salchinger, B., Verheyden, G., Palese, A., Dell’Isola, A. & Xerri de Caro, J. (2021). Digital Entry-Level Education in Physiotherapy: a Comment to Inform Post-COVID-19 Future Directions. *Medical Science Educator*, 31(06), 2071 – 2083.

Schuir, J., Behne, A. & Teuteberg, F. (2019). Chancen und Herausforderungen von Virtual Reality in der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitswesen. In K. David, K. Geihs, M. Lange & G. Stumme (Hrsg.), *INFORMATIK 2019: 50 Jahre Gesellschaft für Informatik – Informatik für Gesellschaft* (S. 671 – 684). Gesellschaft für Informatik e. V.

Schmid, U. & Baeßler, B. (2016). *Strategieoptionen für Hochschulen im digitalen Zeitalter*. Arbeitspapier Nr. 29. Hochschulforum Digitalisierung.

Sommer, J. (2018). Bessere Kursvorbereitung durch das Inverted-Classroom-Konzept. In B. Berendt, A. Fleischmann, G. Salmhofer, N. Schaper, B. Szczyrba, M. Wiemer & J. Wildt (Hrsg.), *Neues Handbuch Hochschullehre* (S. 13 – 28). DUZ.

Sparwasser, P. M., Schoeb, D. & Borgmann, H. (2019). Augmented und Virtual Reality: Datenbrillen revolutionieren den Operationsaal. *kma – Klinik Management aktuell*, 24(04), 64 – 65.

Walkenhorst, U. (2022). Interprofessionelles Lernen – mit-, über- und voneinander lernen. *Pädagogik der Gesundheitsberufe*, 9 (2), 60 – 61.

ZVK – Deutscher Verband für Physiotherapie e. V. (2020). *Bundesländerregelung zur Qualifikation von Lehrkräften in der Physiotherapieausbildung*. https://www.physio-deutschland.de/fileadmin/data/bund/Dateien_oeffentlich/Beruf_und_Bildung/Fort-_und_Weiterbildung/Bundesl%C3%A4nderregelungen_zur_Qualifikation_von_Lehrkr%C3%A4ften_an_Schulen_der_Physiotherapie_2020.pdf [07.06.2023].

1.4 Anerkennung Neue pädagogische Ansätze – „Stärke statt Macht“ als Interventionsoption bei aggressiven Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit emotional-sozialer Entwicklungsstörung Steffen Meyer

Einleitung

Es stellt sich zunehmend die Frage nach den Ursachen von Aggression in Hinsicht auf Schülerinnen und Schüler (SuS) mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung für Lehrkräfte an Förder- und Berufsschulen. In den USA liegen eine Vielzahl von Befunden zu aggressions-begünstigenden Kognitionen, Affekten sowie aggressiven Handlungen für diese Gruppe vor (Möller, 2006). Die Zahl der Kinder, die antisoziales und gewalttätiges Verhalten zeigen, nimmt europaweit ständig zu (Sučić & Renata, 2009). Im deutschsprachigen Raum beschäftigen sich nur wenige Untersuchungen mit Kindern und Jugendlichen mit gestörten und antisozialen Verhaltensweisen, die vielfach in Aggressivität münden. Sie kommen zu dem Schluss, dass in Deutschland die Zahl Betroffener auf etwa 700.000 bis 800.000 geschätzt werden kann. Dies sind etwa acht Prozent aller Minderjährigen (Pfauth, 2010). Der vorliegende Beitrag richtet den Blick auf SuS mit diagnostizierter sozial-emotionaler Entwicklungsstörung unter Berücksichtigung maßnahmenspezifischer Einflüsse – wobei deutlich wird, dass bei aggressivem Verhalten und den passenden pädagogischen Ansätzen ein Zusammenhang zwischen negativ vorbildhaften Milieus (körperliche Inaktivität, vermehrter Medienkonsum, Bildungsarmut etc.) und antisozialem Verhalten (Aggression) besteht (Müller, 2010). Nonkonformes Verhalten kann in der Aneignungsphase durch Modellverhalten erlernt werden. Dabei wird eine besonders hohe Rate von Delinquenz mit einem Höhepunkt um etwa 16 Jahre erreicht (Kirsh, 2003). Der israelische Psychologe Haim Omer betont, dass für Kinder verlässliche und in stabilen Milieus verankerte Rahmenbedingungen von elementarer Bedeutung sind (Omer & Schlippe, 2012). Eingeschränkte soziale Kontakte nehmen unmittelbar Einfluss auf spätere Verhaltensstörungen. Entscheidend ist vielfach das Nicht-zur-Verfügung-Stellen bestimmbarer Bedingungen für die Herausbildung besonderer Eigenschaften des Kindes durch Bezugspersonen bei SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung. Da Erziehung der wichtigste Faktor bei Verhaltensproblemen ist, leidet sie hier vor allem unter drei Aspekten: zu wenig Aufmerksamkeit (bedingt durch Desinteresse, Zeitmangel oder Stress), mangelnde soziale Unterstützung und psychische Probleme (Lehmkuhl, 2021). Leiden vorbildführende Personen unter graduell stark ausgeprägten psychischen Erkrankungen, wie Alkoholabhängigkeit, mittel- und hochgradigen Depressionen oder Substanzmissbrauch, sind diese kaum in der Lage, für das Kind stabile Rahmenbedingungen zu schaffen. Sollten Eltern gewalttätiges Verhalten zeigen, übertragen sie dies auf ihr Kind. Allein 25 bis 40 Prozent der misshandelten Kinder geben erlernte Gewalt weiter. Der Zusammenhang zwischen erfahrener und selbst ausgeübter Gewalt ist also groß (Lehmkuhl, 2021). Die familiäre Gewalterfahrung übertrifft hierbei die anderen Modelle des sozialen

Umfeldes. Ein weiterer Zusammenhang zwischen Modellen und dem aggressiven Verhalten ist der Einfluss der Peer-Gruppe. Besonders in Hinblick auf Substanzmissbrauch und aggressiv-dissoziales Verhalten bestehen negative Einflüsse durch Gleichaltrige. Aggressive Modelle haben dabei eine aktivierende Wirkung. Jede Aggression erhöht die Wahrscheinlichkeit weiterer Aggressionen (Heinemann, 1996). Aggressives Verhalten bildet sich bei Mädchen durch familiäre Bedingungen wie das erlebte Erziehungsklima und Persönlichkeitsmerkmale aus. Bei Jungen entscheidet zusätzlich die Peer-Gruppe und insofern auch der Einfluss Gleichaltriger über das aggressive Verhalten (Lehmkuhl, 2021). Weitere negative Vorbilder, die für das Nachahmen destruktiv-aggressiven Verhaltens stehen, werden im Bereich der fiktionalen Gewalt rezipiert. Bezugspersonen oder andere Bezüge wie beispielgebende Szenarien bei Gewaltinhalten von Spielen befördern die Entwicklung von nonkonformen Verhaltensweisen durch Anerkennung für angemessenes Verhalten innerhalb von fiktionalen Modellsystemen. Dies führt bei Kindern bei Wiederholung zu bestimmten Mustern. Eine solche emotionale Kommunikation setzt verschiedene Fertigkeiten im Umgang mit Gefühlen voraus, die man als emotionale Kompetenz bezeichnet und bei Kindern mit eingeschränktem emotionalen und sozialen Entwicklungsstand nicht voraussetzen kann. Aggressivität durch Medienkonsum und Freizeitkontrolle hängen davon ab, welches Skript durch diese Einflussvariablen aktiviert worden ist. Hochaggressive Personen verfügen über entsprechend gut gelernte und deshalb schnell verfügbare aggressive Skripts, die schon bei geringer Provokation aktiviert werden (Möller, 2006). Myers gibt an, „das vermehrte Sehen von Gewalt in Filmen oder Videospiele erhöht die eigene Bereitschaft aggressives Verhalten zu zeigen und steigert die Gleichgültigkeit gegenüber Gewaltausübung“ (Myers et al., 2015, S. 321). Die Übertragung und das Erlernen von bestimmbar Modellen (Mustern) in Form von Skripten führen offensichtlich zu bestimmten Handlungsweisen und bei Wiederholung zu sozial-emotionaler Entwicklungsstörung einer Gruppe von Kindern und Jugendlichen. Zusätzlich wirken sich soziale Risikofaktoren (z.B. dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktionen oder beeinträchtigte Beziehungen zur Peer-Gruppe) aus. Sie führen in ihrer Synergie mit ungünstigen Aspekten des sozialen Umfelds zu psychologischen Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich. Diese Faktoren haben wiederum einen nachteiligen Effekt auf den Erwerb sozial kompetenten Verhaltens (Gadow, 2006) mittels sozial-kognitiven Lernens. Im Folgenden sollen die theoretischen Zugänge *Lernen am Modell* und das Modell *Stärke statt Macht* erläutert werden. Die Relevanz in Hinblick auf das Modelllernen einerseits findet sich in der problematischen Konfrontation von Pädagog:innen mit Beobachtungslernen der SuS als nicht steuerbaren Erkenntnisprozess. Andererseits bietet sich im Falle des Modells *Stärke statt Macht* ein Zugang, um den Automatismus dieses Nachahmens zu durchbrechen.

Theoretischer Hintergrund

Das *Modelllernen* ist die von Albert Bandura eingeführte Bezeichnung für einen kognitiven Lernprozess, der dann vorliegt, wenn sich – wie oben bereits angedeutet – ein Individuum im Zuge der Beobachtung des Verhaltens anderer Individuen sowie der darauffolgenden Konsequenzen neue Verhaltensweisen aneignet oder schon bestehende Verhaltensmuster weitgehend verändert (Stangl, 2023). Bandura beschäftigt sich mit der Frage, wie Verhaltensweisen speziell im sozialen und sprachlichen Bereich erworben werden und stellt im Gegensatz zu weiteren Lerntheorien, wie *Lernen am Erfolg* oder *Signallernen*, eine besonders schnelle und effiziente Art der Übernahme von Verhaltensweisen dar – insbesondere sichtbar in der Übernahme komplexer Verhaltensformen im Bereich des sozialen und sprachlichen Verhaltens (Edelmann & Wittmann, 2019). Der Lernprozess selbst, der unter der Bedingung weitestgehender Identifikation der beobachtenden Person mit dem Modell stattfindet, ist hier am gründlichsten untersucht worden. Die Frage – wer wen nachahmt, hängt dabei vom Modell, von der beobachtenden Person wie auch der Situation ab, wobei kein prinzipieller Unterschied darin besteht, ob das Modell real oder lediglich symbolischer Natur ist. Das Modell muss nicht einmal menschlich sein (Heinemann, 1996). Da das Beobachtungslernen auch über Medien (wie z. B. den Film) erfolgen kann, ist die Anwesenheit des als Modell dienenden Menschen also keineswegs Bedingung (Mietzel, 2007). Modelllernen teilt Bandura in zwei Phasen ein, die Aneignungsphase und die Ausführungsphase. Die Aneignungsphase wiederum wird in Aufmerksamkeitsprozesse und Gedächtnisprozesse eingeteilt. Die beobachtende Person fokussiert das Modell aufmerksam und bewusst, wobei die Eigenschaften des Modells und die Lernenden eine entscheidende Rolle spielen. In den Gedächtnisprozessen werden nun die beobachteten Verhaltensweisen im Gedächtnis gespeichert. Dies erfolgt entweder bildlich oder in sprachlicher, aber vereinfachter Form (Edelmann & Wittmann 2019). Durch immer wiederkehrende Handlungsabläufe wird das Gesehene in der Erinnerung gespeichert; somit kann der Lernende in funktionalen Reproduktionsprozessen (Ausführungsphase) die Handlung nachahmen. Die tatsächliche Durchführung ist ein bewusster Prozess und kein automatischer oder etwa ein Reiz-Reaktions-Zusammenhang und wird durch unterschiedliche Verstärker motiviert (Mietzel, 2007). „Nach Bandura können beim Modelllernen stellvertretende Verstärkung, äußere Verstärkung und Selbstverstärkung auftreten“ (Edelmann & Wittmann 2019, S. 169). Stellvertretend verstärkt wird, wenn die Lernenden beim Modell positive Konsequenzen für ihr Handeln beobachten. Somit ist für diesen Kontext der wichtigste Verstärkungsprozess die stellvertretende Verstärkung. Ohne die Konsequenzen selbst erfahren zu haben, werden Belohnung/Bestrafung mit der beobachteten Verhaltensweise gekoppelt und erlernt. Im schulischen Kontext bleibt festzuhalten, dass Menschen zu imitieren imstande sind, was sowohl negative als auch positive Auswirkungen haben kann. Modelllernen in der Schule erklärt einerseits so etwas wie das Lernen von Sprachen, aber andererseits eben auch soziales Lernen. Für die Schulform der Förderschule mit son-

derpädagogischem Unterstützungsangebot ist ein hoher Anteil von SuS üblich, die in stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe untergebracht sind. Insbesondere diese SuS weisen ein hohes Maß an reaktiver Aggression aufgrund des häufig stark ausgeprägten feindseligen Attributionsstils auf (Esser, 2003). Schule bildet gerade hier den zentralen Ort für den Austausch und den Abgleich von sozialen Rollen, Rollenbildern, Bildern von Modellen – letztlich Sichtbarmachung und Zurschaustellung von Modellwertigkeiten sowie ihre *erfolgreiche* Wirkung auf oder von SuS. So geleitete SuS sowie ihre Modelle werden in Verhaltensweisen nachgeahmt, wenn diese dem Schein nach erfolgreich sind. Sie finden hier entsprechend Situationen vor, in denen sie nonkonforme Neigungen ausleben. Aggressive Verhaltensmuster führen regelmäßig zu einer Ablehnung durch nicht-aggressive Peers und zu einer verstärkten Hinwendung zu ebenfalls devianten Gleichaltrigen. So folgt die Einbindung in antisoziale Netzwerke. Es handelt sich hier also um schwer aufzubrechende kumulative Effekte, die noch zusätzlich durch Lernstörungen und schlechte Schulleistungen sowie geringerwertige Chancen im Berufsleben verstärkt und fixiert werden (Esser, 2003). In Hinsicht auf die Effekte des Modelllernens bei SuS mit emotionaler und sozialer Entwicklungsstörung weist Ahrbeck darauf hin, dass dieser Förderschwerpunkt hohe Zuwachsraten hat. In fünfzehn Jahren habe sich die Zahl der SuS mit diesem Förderschwerpunkt verdoppelt. Zahlen der Kultusministerkonferenz machen deutlich, dass 2005 über 46.000 Schüler:innen, 2010 schon 62.500 einen attestierten Unterstützungsbedarf im Bereich der *Emotionalen und sozialen Entwicklung* hatten, während es 2015 bereits über 85.500 waren. Das entspricht einer Steigerung von ca. 86 Prozent in zehn Jahren (Ahrbeck, 2017). Von diesen Kindern sind bestimmte Verhaltensweisen wie Wut bei Überforderung, Distanzlosigkeit, erhöhte Impulsivität als Konfliktbewältigungsmechanismus bereits in der Vergangenheit so erlernt worden, dass jetzt versucht werden muss, einen Automatismus des Nachahmens durch eine weitere Methodik zu durchbrechen. Eine weitere Dimension bildet das Verständniss von Kommunikationsstörungen im Unterricht und stellt die Frage nach dem Sinn von Belohnung und Bestrafung (Stangl, 2023). Wird aggressives Verhalten bestraft, wirkt dies nur dann, wenn die Strafe als gerecht und angemessen beurteilt wird, andernfalls führt die Bestrafung eher zu einem Anstieg der Aggression (Eron, 1994). Der aktuelle Forschungsstand zum Modelllernen im schulischen Kontext zeigt in Anbetracht der bis auf Ausnahmen wenig aktuellen Literatur deutlich, dass das Konzept des Modelllernens kaum mehr empirisch verfolgt wurde. Seit der Veröffentlichung der theoretischen Annahmen zum Modelllernen durch Bandura (1971) erschienen zahlreiche weitere Publikationen, welche die Phasen des Modelllernens, die Phänomene und die Bedingungen analysierten. Eine Zusammenführung der Erkenntnisse aus der Betrachtung modellierenden Soziallernverhaltens und dem im Folgenden zu erklärendem, systemischem Ansatz von *Starke Autoritäten* lässt sich nur rudimentär wiederfinden. In den vorausgehenden Ausführungen wurde die sozial-kognitive Lerntheorie Banduras im Allgemeinen und ihre spezifischen Konsequenzen für nonkonformes Verhalten von SuS im Förderschulbereich betrachtet. Die Relevanz des Modelllernens für die vorliegende Ar-

beit schlägt sich vor allem im Verhältnis dieser Art des Lernens zu seinen Bedingungen (also der Beziehungsqualität und der Ähnlichkeit zwischen beobachtender Person und Modell) nieder. Es ist feststellbar, dass Verhaltensweisen, welche bereits in der Vergangenheit – spezifisch von SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung – in dieser Weise erlernt wurden, kaum mehr veränderbar sind. Sie ist in der Aneignungsphase durch die Kodierung und Speicherung des Modellverhaltens eine teilweise sehr ausgeprägte Antizipation des späteren Verhaltens erfolgt und zu einem starken Merkmal planvollen Handelns geworden. Im Kontext der Schule werden SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung in nonkonformem und aggressivem Verhalten bestärkt. Zusammenfassend lassen sich die Kernannahmen dieser Sichtweise dahingehend kennzeichnen, dass die Basis antisozialen externalisierenden Verhaltens im Kindesalter perspektivisch durch Risikofaktoren und durch Lernmechanismen bedingt, immer weiter aufrechterhalten wird (Gadow, 2006). *Stärke statt Macht* – als pädagogisches Konzept der neuen Autorität versteht sich nun in diesem Beitrag als Antwort auf die Dominanz des am Modell erlernten Sozialverhaltens. Das Konzept beruht grundsätzlich auf einer von sechs Bedingungen für das Lernen am Modell. Ob es viel oder wenig Aufmerksamkeit erhält, ist abhängig von den Persönlichkeitsmerkmalen des Modells, wie soziale Macht, Attraktivität und Ähnlichkeiten zum Beobachtenden. Die Persönlichkeitsmerkmale des Lernenden wie ein fehlendes Selbstvertrauen oder eine geringe Selbstachtung sowie die Ausprägung verschiedener Faktoren der Wahrnehmung, welche wiederum abhängig sind von Erfahrungen, Interessen und Wertvorstellungen, sind weitere Bedingungen. Letztlich bildet die Beziehung zwischen Beobachtenden und Modell und die Einbindung in eine konkrete Situation, in der das Modell die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen vermag, eine Maßgabe für die Ausprägung des Beobachtungslernens. In dieser Bedingung spielt der soziale Status des Modells eine wesentliche Rolle. Personen, die einen höheren sozialen Status als die beobachtende Person haben, werden eher nachgeahmt als Personen mit gleichem oder niedrigerem Status (Rakoczy et al., 2009). So wird eher nachgeahmt, was für die Beobachtenden als Prestige, Macht, Status, Intelligenz oder ähnliche anerkannte Eigenschaften präsentiert wird (Beutler et al., 1975) außerdem ist „eine positive emotionale Beziehung zwischen Modell und Beobachter dem Nachahmen förderlich“ (Hobmair, 2012, S. 97 f). An dieser Stelle liegt ein Schlüssel für die pädagogischen Ansätze durch *Stärke statt Macht* als ein in den 1990er-Jahren von Haim Omer entwickeltes Konzept der *Pädagogik der neuen Autorität* für Eltern und Lehrkräfte mit Ansätzen wie Gewaltfreiheit, Präsenz und beziehungsvolle Autorität. Er veröffentlichte gemeinsam mit Arist von Schlippe, wie man mit SuS, die vielfach jegliche Formen von Autorität ablehnen, umgehen kann (Omer & Schlippe, 2017b). Ihre Autoritätsposition beruht auf Beziehung, mutiger Präsenz, Selbstkontrolle und starken Unterstützungssystemen sowie Grenzsetzung durch Entschlossenheit ohne Gewalt. Der Bezug auf eine *starke Autorität* schafft die Grundlage und den Anker für *Neue Autoritäten*. Dieser systemische Ansatz bietet für Eltern und Lehrpersonen – durch persönliche Präsenz (Selbstverankerung) und wachsame Sorge (Ankerfunktion) eine Arbeitsgrundlage, um aggressivem Verhalten

nicht mit Vergeltung und Strafen, sondern mit Protest, Präsenz und beharrlichem gewaltlosen Widerstand zu begegnen. Die Herstellung elterlicher und pädagogisch geschulter Präsenz bei permanent-aggressivem Verhalten wie beispielsweise das Aufsuchen von Aufenthaltsorten der Kinder oder die interessierte Frage, wo er/sie mit wem gewesen sei etc. – also durch das Vermeiden blinder Stellen bei Jugendlichen sollen sich problematische Entwicklungen frühzeitig erkennen lassen und Eskalationen vorbeugen. Die neue Autorität kann auch helfen, den Kontakt zwischen Lehrkräften und Schulen mit den Eltern zu verbessern. Eltern und Kinder erleben, dass Lehrkräfte sie in der Schule schützen und für eine Atmosphäre von Sicherheit und Gemeinschaft sorgen. Im Folgenden werden die praktischen Anwendungen der Prinzipien *Überraschung* als ein Moment von persönlicher Präsenz und Wachsame Sorge bei SuS mit sozial-emotionaler Störung dargestellt. Sie sind Teil des systemischen Ansatzes *Stärke statt Macht* von Prof. Haim Omer (Universität Tel Aviv). Konkret spricht Omer in Hinsicht auf besonders destruktive und gewaltbereite Kinder von einer Pflicht der Lehrkraft, diesen Verhaltensweisen mit Entschlossenheit entgegenzutreten, ohne in den Teufelskreis von gegenseitigen Drohungen zu geraten. Dies wirke auf die betreffenden Kinder überraschend (Omer & Schlippe, 2017a). *Überraschung* als ein Moment von Präsenz tritt dem klassischen Ansatz von distanzierter Betreuung durch Autoritäten entgegen. Ziel von Distanz war früher, dass das Kind durch Annahme und Verinnerlichung der Distanz als Spiegel der Autorität einen Zuwachs an eigenem Ansehen erlangen konnte. Heute wird vielmehr im Zeichen des Wandels der kulturellen Bilder Autorität und Distanz anders erlebt. Versucht die Lehrperson heute Distanz zu wahren, handelt sie nicht mehr als Person mit Status, vielmehr als jemand, der sich vor dem Verlust von Status schützen will (Omer & Schlippe, 2017a). Durch *Überraschung als Teil von Präsenz* (Selbstverankerung) und die *Wachsame Sorge* (Ankerfunktion) durch Lehrkräfte wird ein Rahmen für einen erfolgreichen Entwicklungsprozess gegeben. Dadurch wird ein respektvolles Zusammenleben ermöglicht, das zur Erreichung der gewünschten Ziele beiträgt. Durch *Überraschung* bzw. *Präsenz* und *Wachsame Sorge* zeigt die Lehrkraft wertschätzend, gewaltfrei und voller Respekt anwesend zu sein. So übernimmt die Lehrkraft die Verantwortung für die Qualität der Erwachsenen-Kind-Beziehung. Sie übernimmt auch die Verantwortung für die Einhaltung bestimmter Werte und Normen im Zusammenleben. Die *Wachsame Sorge* steht hier für Wachsamkeit sowie Aufmerksamkeit und bezieht sich auf eine spezifische Art der Fürsorge, die darauf abzielt, Kinder bzw. in Schulen SuS vor Risikoverhalten zu schützen und gleichzeitig ihre Autonomie und Selbstverantwortung zu fördern. Das Konzept basiert auf der Idee Omers, dass Eltern, Erziehungsberechtigte und Lehrkräfte eine verantwortungsvolle Balance zwischen Aufsicht und Freiheit finden sollten. Es beinhaltet eine achtsame und pro-aktive Beobachtung des Verhaltens der Kinder, um mögliche Risiken zu erkennen. *Wachsame Sorge* bedeutet hier, dass Eltern die Umgebung ihres Kindes im Auge behalten und sich bewusst sein sollten, welche potenziellen Risiken existieren könnten, sei es im physischen, emotionalen oder sozialen Bereich. Dies beinhaltet beispielsweise die Aufmerksamkeit für den Umgang des Kindes mit neuen Techno-

logien, die Vermeidung von problematischen Freundschaften oder die Achtung auf Anzeichen von emotionalen Schwierigkeiten. Die wachsame Sorge beinhaltet den Dialog und die Kommunikation mit dem Kind. Eltern und Lehrkräfte werden ermutigt, ihren Kindern und SuS zu erklären, warum bestimmte Grenzen gesetzt und sie in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. So werden die Eigenverantwortung und die Selbstregulierung gefördert. Das Konzept der wachsamem Sorge betont auch die Bedeutung einer stabilen und wertschätzenden Beziehung zwischen Eltern und Kindern bzw. Lehrkräften und SuS. Indem die Aufsicht mit Verständnis und Unterstützung verbunden ist, wird eine Atmosphäre des Vertrauens und der Offenheit geschaffen. Insgesamt geht es bei der wachsamem Sorge darum, die Sicherheit und das Wohlergehen des Kindes zu gewährleisten, ohne dabei seine individuellen Bedürfnisse nach Autonomie und Selbstständigkeit zu vernachlässigen (Schlippe, 2016). Die Hypothese lautet hierbei: *Stärke statt Macht als pädagogischer Ansatz aktiviert die Wiederaufnahme der Beziehung zu konformen Verhaltensweisen. Sie dient der Intervention bei Aggressivität von Schüler:innen mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung.* Folgende Variablen werden hierbei betrachtet: Die abhängige Variable der Untersuchung bildet der Verhaltensmechanismus, der in der formulierten Hypothese operationalisiert worden ist; die unabhängige Variable bildet die Zugehörigkeit der Schüler:innen (SuS) zur Gruppe mit emotional-sozialer Entwicklungsstörung. Der vorliegende Beitrag soll nachweisen, dass ein Ansatz wie der *neuer Autoritäten* im Modell *Stärke statt Macht* von Haim Omer (2010) den dringend gebotenen Zugang bietet, um den Automatismus des Nachahmens zu durchbrechen. Hieraus stellt sich für den Beitrag folgende Fragestellung:

Bietet der pädagogische Ansatz *Stärke statt Macht* eine erfolgreiche Interventionsoption bei aggressivem Verhalten von SuS mit emotional-sozialer Entwicklungsstörung?

Method

Methodisch wurde der Zugang für die zugrundeliegende Fragestellung empirisch in Form zweier Fallstudien im förderschulischen Kontext untersucht. Hierbei spielt es eine wesentliche Rolle, dass die soziale Dynamik in einem Lernort gewählt wurde. Im Zuge der Fallstudie wurden anhand einer Feldbeobachtung ausführliche Informationen gesammelt, qualitativ interpretativ ausgewertet und weitere Schlussfolgerungen gezogen. Die qualitative Methodik erlaubt in diesem Falle nicht standardisierte Daten so zu erheben und auszuwerten, dass tiefere Einblicke in Motivationsstrukturen der SuS gewonnen werden können. So wurde wegen der Möglichkeit der Erfassung der tatsächlichen Abläufe und der Fixierung von Verhalten zum Zeitpunkt des Geschehens – unabhängig von verbalen Fähigkeiten und der Bereitschaft zur Auskunft der SuS – die Methode der Feldbeobachtung genutzt. Unter einer Feldbeobachtung versteht man in der empirischen Forschung die Beobachtung eines Untersuchungsgegenstandes in seiner natürlichen Umgebung (Nagel, 2003). In die-

sem Falle steht die Beobachtung von SuS in einer Gruppe im Pausenbereich bzw. im Unterricht im Mittelpunkt. In dieser qualitativen Beobachtung war das Ziel, die Handlungen, sprachlichen Äußerungen und nonverbalen Reaktionen bestimmter SuS von innen heraus zu beschreiben. Die Beobachtungen wurden daher kaum vorstrukturiert, um offener und flexibler zu sein für das, was im Feld geschieht und relevant erscheint – auch wenn die Auswertung der Ergebnisse einen höheren Aufwand erfordert. Die beobachteten Phänomene wurden in Beobachtungsbögen notiert und anschließend ausformuliert niedergeschrieben. Die individuellen Bewegungen der SuS ließen sich nur festhalten, wenn auch individuelle Aussagen und Reaktionen berücksichtigt werden konnten, welche wiederum nicht durch einen vorgefertigten Fragenkatalog festgelegt waren. Kriterien für die Dokumentation waren eine ausreichende Zeit für die Beobachtung, kategorisierte Notizen zu dem Gesehenen in Form von detaillierten Angaben und des Gehörten in Zitatform mit einem genauen Wortlaut. Es wurde versucht neutral zu beschreiben, indem wertende Bemerkungen ausgelassen wurden, um Vorverurteilungen zu vermeiden. Beobachtungen sind zeitnah ausformuliert worden, so dass auch andere Personen den Vorgang nachvollziehen können. Es wurde nicht versucht, einen objektiven Beobachterstandpunkt einzunehmen, man ist sich der Standortgebundenheit der Forschenden bewusst. Um methodisch kontrolliert zu beobachten, war es wichtig, Beobachtungsstrategien zu entwickeln. Gegenstand der Erhebung sind Merkmale und Verhaltensweisen von SuS. Die Beobachteten wussten, dass sie beobachtet wurden, da die beobachtende Person keine teilnehmende Rolle einnahm. Die Beurteilungsfälle stehen für sich in getrennter Form zur Untersuchung, da sie unterschiedliche Prinzipien Haim Omers betrachten und zeitlich versetzt durchgeführt wurden. In Hinsicht auf die Verdeutlichung der Fragestellung wurde bereits darauf hingewiesen, dass die darzustellenden Untersuchungen die Notwendigkeit des konzeptuellen Wechsels von modelllerntheoretischen Ansätzen zu pädagogischen Konzepten wie der Neuen Autorität notwendig machen. Hierzu wurde die Anwendung dieses weiteren pädagogischen Ansatzes untersucht. Unter forschungsethischen Gesichtspunkten bestand die Problematik darin, „kritisch zu reflektieren, inwiefern bestimmte ethische Grundsätze für das Forschungshandeln gelten und in der Praxis realisiert werden [können]“ (von Unger et al. 2014, S. 2). Zur Absicherung der Beobachtung unter forschungsethischen Gesichtspunkten war entscheidend, dass die SuS der Beobachtung zustimmen. Dies gilt insbesondere in diesem Falle, da sie die Verhaltensweisen der Schüler:innen betrifft. Sie wurden vor Beginn über den Zweck, die Vorgehensweise und die möglichen Auswirkungen einer bevorstehenden Beobachtungssituation der Lehrkraft informiert. Alle personenbezogenen Daten der Schüler:innen wurden anonymisiert und vertraulich behandelt. Es wurde sichergestellt, dass keine Informationen verwendet oder weitergegeben werden, die die Identität der Schüler:innen preisgeben. Die Beobachtungen und ihre Auswertung sollten sicherstellen, dass den Schüler:innen kein physischer oder psychischer Schaden entsteht. Belastende oder unangemessene Inhalte oder Situationen mussten vermieden werden, um das Wohl der Schüler:innen zu gewährleisten. In Hinsicht auf die Nachbereitung und Unter-

stützung der SuS nach Abschluss der Erhebung wurden ihnen, falls sie Fragen haben oder sich unwohl fühlen, angemessene Ressourcen und Unterstützung unter Nutzung periodisch stattfindender sozialer Gesprächsrunden zur Verfügung gestellt. Es war wichtig sicherzustellen, dass sie in der Lage sind, Erlebtes zu verarbeiten und wenn nötig Unterstützung zu erhalten. Diese ethischen Aspekte wurden während des gesamten Prozesses der Erhebungen bei SuS beachtet und umgesetzt. Der Datenschutz gemäß Art. 4 Nr. 11 DSGVO wurde berücksichtigt (RatSWD, 2020). Es ist wichtig, personenbezogene Daten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, um die Identität der Teilnehmenden zu schützen. In Erhebung und Auswertung wurden lediglich Vornamen erfasst und durch Codes ersetzt. Weitere Adressen oder andere identifizierende Informationen wurden nicht erhoben. In Hinsicht auf Datensparsamkeit wurden nur die Daten, die für den Zweck der Erhebung erforderlich sind, erhoben (RatSWD, 2020). In der vorliegenden Beobachtung wurde die Erhebung von sensiblen oder unnötigen Daten vermieden. Erhobenen Daten müssen vor unbefugtem Zugriff, Verlust oder Missbrauch geschützt werden (RatSWD, 2020). So wurden geeignete technische und organisatorische Maßnahmen, um die Sicherheit der Daten zu gewährleisten, angewandt. Auch in Hinsicht auf Speicherminimierung müssen erhobenen Daten nur für den Zeitraum, der für den Zweck der Erhebung erforderlich ist aufbewahrt werden (RatSWD, 2020). Die wichtigsten Gütekriterien für die empirische Analyse dieser Untersuchung, die die Qualität und Verlässlichkeit der Ergebnisse sicherstellen sollen, müssen während der Datenerhebung, der Auswertung und der Interpretation beachtet werden. Die Reliabilität bezieht sich auf die Konsistenz und Zuverlässigkeit der Ergebnisse. Es geht darum, ob eine Studie unter gleichen Bedingungen zu ähnlichen Ergebnissen führen würde. Um die Reliabilität zu gewährleisten, sollten Messinstrumente und Methoden genau definiert und standardisiert sein (Himme, 2007). Die Validität bezieht sich auf die Genauigkeit und Gültigkeit der Ergebnisse. Hierbei geht es darum, ob die Messinstrumente tatsächlich das messen, was sie zu messen vorgeben. Es gibt verschiedene Arten der Validität. Die Objektivität bezieht sich auf die Unabhängigkeit der Ergebnisse von den Personen, die die Studie durchführen. Es geht darum sicherzustellen, dass die Ergebnisse nicht durch persönliche Vorurteile oder subjektive Einschätzungen beeinflusst werden. Eine hohe Objektivität wird durch standardisierte Verfahren und klare Kriterien für die Datenerhebung und -auswertung erreicht. Die Reproduzierbarkeit bezieht sich darauf, ob die Ergebnisse einer Studie von anderen unabhängigen Forschenden unter den gleichen Bedingungen reproduziert werden können. Die Generalisierbarkeit bezieht sich auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtheit der Population oder auf andere Kontexte. Die Stichprobe sollte repräsentativ für die zu untersuchende Population sein und die Ergebnisse müssen auf statistischen Analysen basieren, die wiederum die Wahrscheinlichkeit von Zufallsstichprobenfehlern berücksichtigen. Diese Gütekriterien dienen dazu, die Qualität und Verlässlichkeit der empirischen Analyse sicherzustellen und eine solide Grundlage für die Interpretation und Anwendung der Ergebnisse zu schaffen.

Fallstudie 1

In der ersten Fallstudie wurde mit der Anwendung von *Überraschung und Nähe statt Distanz* eines der wesentlichen und effektivsten Prinzipien des Modells Stärke statt Macht bei SuS mit sozialemotionaler Störung angewendet. Dokumentiert wurde der folgende Kontrollversuch der Lehrperson, sich wiederkehrend abwechselnd zwischen stark störend kommunizierenden und verbal aggressiven SuS 1(n) und 2(a) sowie dann in geänderter Konstellation zwischen den SuS 2(a) und 3(e) aufzuhalten (Schritt 1) und für frei festgelegte, jedoch immer wiederkehrende fünfzehn Minuten, ohne Beachtung der betreffenden jeweiligen SuS, Platz zu nehmen (Schritt 2). Es wurde innerhalb eines Stundenblocks von 65 Minuten bei Erreichung einer definierten Störschwelle – Störungen pro Minute – wiederkehrend zwischen den oben genannten SuS durch die Lehrkraft wortlos Platz genommen. Der Unterricht wurde jeweils im dann folgenden Ablauf von dieser (hinteren) Sektion des Klassenraumes geführt (Schritt 3). Weniger problematische SuS wurden in diesem kurzen Zeitraum akustisch leicht eingeschränkt, jedoch inhaltlich und quantitativ im selben Maße angesprochen wie in Vergleichsstunden mit einer frontal und zentral arbeitenden Lehrperson. Im Unterschied zur beobachteten Konstellation wird der Unterricht in der Unterrichtsform Frontalunterricht gegeben. In dieser Form wird einer Lerngruppe ein bestimmter Inhalt sprachlich vermittelt. Kennzeichnend für den Frontalunterricht ist, dass allein der bzw. die Lehrende von zentraler Position, frontal vor der Gruppe den Unterricht steuert, kontrolliert und bewertet (Gudjons & Traub, 2020). Ausschlaggebend in der beobachteten Situation ist mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit der bloße Moment der Überraschung und die durch die SuS erwartete, aber ausbleibende Kontrollbotschaft der Lehrkraft. Hier konnten sich SuS nur wenig durch eine Niederlage in einer Frontal-Auseinandersetzung bedroht sehen. In diesem ersten zu betrachtenden Fall soll allein durch Veränderung des Kontrollverhaltens gegenüber einer 8. Klasse einer Förderschule für SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung, bei den SuS 1(n), 2(a) und 3(e), ein erheblicher Rückgewinn an Autorität und damit ein vermindert aggressives Verhalten erzeugt werden.

Ergebnis Fall 1

Verbal aggressives Verhalten gegen die Lehrkraft und andere SuS zeigte sich im Laufe dieser Kontrollzeit (15 Min) und des gesamten folgenden Stundenblocks ca. 65 Minuten nicht mehr. Lautstarke wörtliche Äußerungen und andere Störungen wie klopfen mit und Zerstörung von Gegenständen sowie leichte Tätlichkeiten gegenüber Mitschüler:innen – wie berühren und anstoßen – traten hingegen nach Zählung (Klick-Zählung) um etwa 55 Prozent reduziert auf.

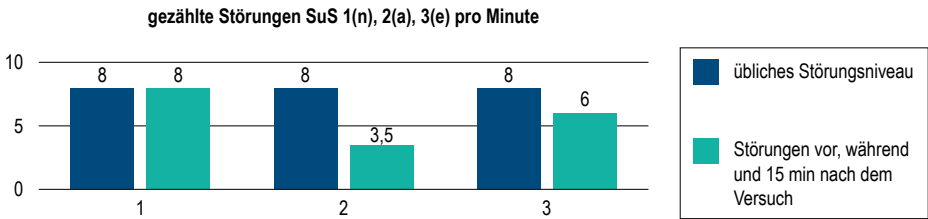


Abb. 1: Störungen (eigene Darstellung)

Die stark eingeschränkte Kommunikation mit der Lehrkraft war von ehrlicher Verwunderung geprägt. Eine weitere Lehrkraft war nicht im Raum. Die Reproduzierbarkeit des Experimentes ist auch für Lehrkräfte im förderschulischen Bereich mit mittlerem Aufwand (2 – 3 Stunden Vorbereitung) gewährleistet. Die Reliabilität als Maß der Zuverlässigkeit des Ergebnisses weist unter den vorher geplanten Bedingungen nach, dass das Experiment objektiv, wiederholbar und somit gültig ist. Die Hypothese, nach der *Stärke statt Macht* als pädagogischer Ansatz die Wiederaufnahme der Beziehung zu konformen Verhaltensweisen aktiviert, konnte in diesem Experiment bestätigt werden. *Überraschung* wie auch *Nähe durch Präsenz* dient der Intervention bei Aggressivität von SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung. Durch die Intervention der Lehrkraft konnte eine positive und entschlossene Präsenz gezeigt werden. SuS nehmen wahr, dass sie durch die überraschende und stille Präsenz der Lehrkraft wahrgenommen und an diesem Ort erwünscht sind, nicht aber das angezeigte Verhalten.

Fallstudie 2

In der zweiten Fallstudie wurde mit der Anwendung *Wachsamer Sorge* ein abgestuftes Vorgehen angewendet, welches von einer offenen über eine fokussierte Aufmerksamkeit mit Blick auf das Alltagsleben bis hin zu Maßnahmen reicht, die den Handlungsspielraum des Jugendlichen unmissverständlich begrenzen (Schlippe, 2016). Diese Aufmerksamkeit bezieht sich auf alle erdenklichen Problemkonstellationen, wie den Umgang mit Geld, den Konsum von Suchtmitteln, Aggression im Unterricht und gegenüber Mitschüler:innen, Internetgebrauch usw. und ist Teil einer mentalen Präsenz, welche die SuS spüren. Sie sollen spezifisch, wie auch im folgenden Fall, laut Omer im Bewusstsein ihrer Lehrkraft sein und wahrnehmen, dass sich die Lehrkraft jederzeit für sie interessiert. Ziel der zweiten Fallstudie soll es sein, SuS von akuten destruktiven Handlungen abzuhalten und kommunikative Zugänge zu finden. Mentale Präsenz ist hierbei neben der physischen Anwesenheit eine Voraussetzung für wachsame Sorge. Hierdurch kann ein Gefühl der Geborgenheit und der Zugehörigkeit erzeugt werden. Im konkreten Fall beschränkt sich die Aufsicht über die SuS auf den Klassenraum und den Flurbereich. Durch pandemiebedingt versetzte Pausenzeiten fungierte die Klassenlehrkraft in jeder Pause an allen Plätzen und

Zonen auf dem Schulhof als Aufsichtsperson. Auch die Zonen, die bisher lediglich den SuS ohne Aufsicht vorbehalten waren, wurden nun dauerhaft von der Lehrkraft aufgesucht. Die SuS wurden in Gespräche über die letzte Stunde, die folgende Stunde und ihr Verhältnis zueinander verwickelt. Nach zunächst anfänglichen kommunikativen Ansätzen, die regelmäßig in verminderter Aggressionshandlung mündeten, versuchten die SuS zu einer die Lehrkraft ignorierenden Routine überzugehen. Sie fuhren mit mechanischen Zerstörungen fort und verweigerten weitere Gespräche. Zwei in den Versuch eingewiesene und nicht zu der Clique gehörende SuS wurden zu vorher festgelegten Zeitpunkten zum Ort einbestellt. Sie wurden mehrfach gut hörbar für einen bestimmten und momentan aggressivsten Schüler auf seinem Territorium angesprochen. Die Themenbereiche: Verhältnis der SuS untereinander, Verhältnis des betreffenden Schülers zu Lehrkräften, Kontrolle (in jeglicher Hinsicht), Freizeitaktivitäten, Beziehungsstatus und mediale Präsenz des betrachteten Schülers wie anderer SuS, waren hierbei anziehend.

Ergebnis Fall 2

Thematisierte SuS gingen aus einer aggressiven Phase in eine kommunikative Phase über. Sie kamen stets auf die Gesprächsführenden zu und kommentierten die sie betreffenden Bemerkungen. Dokumentiert wurde der Kontrollversuch der Lehrperson, sich also wiederkehrend stark störend kommunizierenden und destruktiven SuS 1(n) und 2(a) zu nähern und kommunikativ Einfluss zu nehmen. Destruktive Abläufe wurden stets zuverlässig unterbrochen, da Sorge und Präsenz durch Interesse und physische Anwesenheit der Lehrkraft dargestellt werden konnten. In der Folge wurden immer wieder reproduzierbar Gespräche mit den zwei ausgewählten problematischen SuS geführt, die durch die Betroffenen selbst gesucht wurden. Die SuS verließen hierbei wiederkehrend und selbstständig die angestammten Zonen und sprachen die Lehrkraft an. Bedingung ist dabei, dass relevante Themen diskutiert werden (Ausbildung, Zeugnisse, Beziehung, Mode, Hierarchien, Stimmungen, Situationen in den Wohngruppen). Eine falsche Themenwahl (Beurteilungen des Verhaltens, Jugendsprache, moralisierende und ironisierende Ansätze) in der Zone interpretiert die betreffende Person unmittelbar als einen Versuch der Lehrkraft eine Verhaltensveränderung herbeizuführen. Dies wurde als Zeichen von Schwäche und Abhängigkeit interpretiert und ohne Umschweife zurückgewiesen. Die Hypothese, nach der *Stärke statt Macht* als pädagogischer Ansatz die Wiederaufnahme der Beziehung zu konformen Verhaltensweisen aktiviert, wurden in diesem Experiment bestätigt. Wachsame Sorge dient der Intervention bei Aggressivität von SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung.

Diskussion

Für nonkonformes Verhalten aggressiver SuS bietet der Ansatz der neuen Autoritäten im Modell *Stärke statt Macht* von Haim Omer einen neuen Zugang, um den

Automatismus des Nachahmens zu durchbrechen. Das Prinzip wurde auf ihre Anwendbarkeit hin geprüft und in zwei Fallstudien erfolgreich durchgeführt. Die Eingangsthese, dass *Stärke statt Macht* als pädagogischer Ansatz konforme Verhaltensweisen aktiviert und der Intervention bei Aggressivität von SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung dient, konnte bestätigt werden. Limitierend sind das Fehlen wertvoller Unterstützungsnetzwerke im Förderschulsystem mit Jugendlichen aus Wohngruppen, wie sie etwa Omer als Gemeinwesen voraussetzt, auf die nicht zurückgegriffen werden kann. Personalmangel und der erhöhte Kraftaufwand (wie beispielsweise die Implementierung einer dauerhaften Präsenz in latent konfliktreichen Situationen) sind weitere Hindernisse, um im Sinne neuer Autoritäten handeln zu können. Ein weiterer Ansatz Omers – zusammen mit Roessler entwickelt –, welcher alle SuS der Gruppe am Kampf gegen physische Gewalt durch gewaltfreien Kampf auf Basis von Stärke beteiligt, soll dennoch zukünftig versuchsweise in der Unterrichtspraxis der untersuchten Schule eingeführt werden (Omer & Schlippe, 2017b). So ließe sich die wirksame Einbeziehung weiterer SuS im Kampf gegen Gewalt durch positive Modelle als ein Schlüsselansatz weiterentwickeln. Dies benötigt allerdings mehr Zeit und Koordination innerhalb des Kollegiums. Einer Betrachtung des Modelllernens als Impuls für fortführende pädagogische Wirkkonzepte konnte in diesem Beitrag aus Platzgründen nicht nachgegangen werden. Es zeigte sich praktisch an zwei Fällen, dass die einmal durch das Modelllernen gewonnene Eigenschaften der SuS mit sozial-emotionaler Entwicklungsstörung durch Ansätze neuer Autoritätsbildung ausgehebelt werden können. Allein die oben erwähnte Beteiligung weiterer Schüler:innen, etwa durch planbaren Modellgruppen im schulischen Umfeld problematischer Schüler:innen im Kampf gegen aggressionsbedingte Störungen, limitieren durch seine große Bindung personeller Ressourcen den Rahmen dieser Arbeit und erfordert in zukünftigen Untersuchungen die Betrachtung der Gesamtstruktur aus Elternhaus und Wohngruppe, Schule und psychologischer Betreuung in die die SuS eingebunden sind. Auch muss ein weiterführender Blick auf die Persistenz dieser durch die SuS eingenommenen sozial-konformen Eigenschaften und ihrer psychologischen Ursachen gerichtet werden. In einer weiteren Betrachtung haben das Modelllernen sowie der pädagogische Ansatz der neuen Autorität als kognitive Lerntheorie gemeinsam, dass sie destruktives Verhalten als ein Eskalationsmuster und nicht als eine psychische Störung betrachten. Die dargestellte Gruppe von SuS verfügt jedoch über solche Diagnosen. Dies macht eine erweiterte wissenschaftliche Begleitung pädagogischer Maßnahmen notwendig. Das Erziehungsprinzip Haim Omers bietet offensichtlich wirksame Verfahren im Umgang mit aggressivem Verhalten auch im Bereich sozial-emotionaler Entwicklungsstörung. Präsenze und sorgsame Beziehungs- und Kooperationsmuster verringern die Eskalationswahrscheinlichkeit und fördern prosoziales Verhalten. Eine wirksame Einbeziehung weiterer SuS bietet Möglichkeiten in der Darstellung positiver Modelle. Auf das Potenzial des Modelllernens und auf eine wesentlich breitere und frühere Anwendung der pädagogischen Ansätze, wie der neuen Autorität in dieser Gruppe von Lernenden, sollte zukünftig der Blick gerichtet sein.

Literaturverzeichnis

- Ahrbeck, B. (2017). Welchen Förderbedarf haben Kinder mit emotional-sozialen Entwicklungsstörungen? Foerderbedarf-ESE-Kinder. *Presseinfo*, 1. https://www.vbe.de/fileadmin/user_upload/VBE/Service/Publikationen/2017_04_20_Expertise-Ahrbeck_Foerderbedarf-ESE-Kinder.pdf [01.05.2023].
- Bandura, Albert. Hrsg. (1971). *Psychological modeling: Conflicting theories*. Aldine-Atherton.
- Bachman, C. (2010). Antisoziales Verhalten wächst sich nicht aus. -Diskussion um Jugendgewalt. *Süddeutsche Zeitung*, 28.10.2010, 4. [13.03.2023].
- Beutler, L. E.; Johnson, D. T.; Neville, C. W.; Elkins, D.& Jobe, A. M. (1975). Attitude similarity and therapist credibility as predictors of attitude change and improvement in psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology* 43 (1), 90 – 91. DOI: 10.1037/h0076326.
- Edelmann, W. & Wittmann, Simone (2019). *Lernpsychologie. Mit Online-Material*. (8., vollständig überarbeitete Auflage). Beltz.
- Eron, L. D. (1994). Theories of Aggression. In L. Rowell Huesmann (Hrsg.), *Aggressive Behavior. Current Perspectives* (S. 3 – 11). Springer.
- Esser, G.& Banaschewski, T. (Hrsg.) (2003). *Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (89 Tabellen. 2., aktualisierte Aufl.) Thieme.
- Gadow, T. (2006). *Die Bedeutung des sozial-kognitiven Lernens für die Entwicklung externalisierenden Verhaltens*. Universitätsverlag Universität Dortmund.
- Gudjons, H. & Traub, S (2020). *Pädagogisches Grundwissen. Überblick - Kompendium - Studienbuch* (13., aktualisierte Auflage). Verlag Julius Klinkhardt; utb GmbH (utb-studi-e-book, 3092).
- Heinemann, E (1996). *Aggression; Verstehen und Bewältigen*. Springer-Verlag.
- Himme, A. (2007). *Gütekriterien der Messung: Reliabilität, Validität und Generalisierbarkeit*. In S. Albers, D. Klapper, U. Konradt, A. Walter & J. Wolf (Hrsg.) *Methodik der empirischen Forschung*. Gabler
- Hobmair, H. (2012). *Pädagogik/ Psychologie. Für das berufliche Gymnasium in Baden-Württemberg* (1. Aufl.). Bildungsverlag EINS.

- Kirsh, S.J. (2003). The effects of violent video games on adolescents: The overlooked influence of development. *Aggression and Violent Behavior* (8), 388.
- Lehmkuhl, G. (2021). *Ursachen von Störungen des Sozialverhaltens*. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie Psychosomatik und Psychotherapie. Neurologen und Psychiater im Netz. Köln. <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/kinder-jugendpsychiatrie-psychosomatik-und-psychotherapie/stoerungen-erkrankungen/stoerungen-des-sozialverhaltens/ursachen/> [22.06.23].
- Mietzel, G. (2007). *Pädagogische Psychologie des Lernens und Lehrens* (8., vollst. überarb. Aufl.). Hogrefe.
- Möller, I. (2006). *Mediengewalt und Aggression. Eine längsschnittliche Betrachtung des Zusammenhangs am Beispiel des Konsums gewalthaltiger Bildschirmspiele*. Verlag der Universität Potsdam.
- Myers, D.G.; Hoppe-Graff, S. & Keller, B. (2015). *Psychologie* (3., überarb. Aufl.) 2014. Springer.
- Omer, H. & von Schlippe, A. (2012). *Autorität durch Beziehung. Die Praxis des gewaltlosen Widerstands in der Erziehung*. Vandenhoeck & Ruprecht
- Omer, H. & von Schlippe, A. (2017a). *Autorität ohne Gewalt*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Omer, H. & von Schlippe, A. (2017b). *Stärke statt Macht*. Neue Autorität in Familie, Schule und Gemeinde Vandenhoeck & Ruprecht
- Rakoczy, H.; Warneken, F. & Tomasello, M. (2009). Young children's selective learning of rule games from reliable and unreliable models. *Cognitive Development* 24 (1), 69. DOI: 10.1016/j.cogdev.2008.07.004.
- von Schlippe, A. (2016). *Wachsamer Sorge. Wie Eltern ihren Kindern ein guter Anker sind* (2. Auflage). Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stangl, W. (2023). *Lernen am Modell – Albert Bandura – Modelllernen*. Benjamin Stangl. <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml> [01.05.2023].
- Sučić, V., R. F. (2009). *Risiko- und antisoziales Verhalten junger Adoleszenten und eine positive Einstellung zur Schule*. Journal for General Social Issues. RIZIČNA I ANTI-SOCIJALNA PONAŠANJA MLAĐIH ADO-LESCENATA I PRIVRŽENOST ŠKOLI (18). <https://hrcak.srce.hr/index.php/42597>. [04.05.2023]

2

**Berufsspezifische Herausforderungen
im Gesundheits- und Sozialwesen**

2.1 Anerkennung pflegerischer Kompetenzentwicklung (AnKomen) – Entwicklung eines Instrumentes zur Anerkennung internationaler Pflegeabschlüsse in der generalistischen Pflegeausbildung

Benjamin Bohn

Einleitung

Nahezu 60 Prozent aller Anerkennungsanträge für im Ausland erworbener Berufsabschlüsse zwischen 2012 und 2015 wurden im Bereich der Gesundheitsberufe gestellt (BMBF, 2017). Hierzu zählen neben Ärzt:innen hauptsächlich Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (BMBF, 2017). Im Vergleich zu 2017 kann 2019 ein Anstieg der Anträge von 30,1 Prozent in der Gesundheits- und Krankenpflege verzeichnet werden (BMBF, 2019). Dies macht diesen Berufszweig zum antragstärksten Beruf in Deutschland (BMBF, 2019). Auch in den folgenden Jahren ist ein weiteres Wachstum des Antragsvolumens zu verzeichnen. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 13.773 Anträge von Pflegenden zur Anerkennung einer ausländischen Berufsqualifikation gemeldet, was über ein Drittel der gesamten eingegangenen Anträge ausmacht (Böse & Schmitz, 2022a). Die Pflege wird in der Liste der reglementierten Berufe geführt (Deutscher Bundestag, 2019), welche insgesamt 73 Prozent der Gesamtsumme der gestellten Anträge im Jahr 2021 ausmachten (Böse & Schmitz, 2022a). Reglementierte Berufe werden in der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen nach Art. 3. Abs. 1 a definiert als:

„[...] berufliche Tätigkeit oder eine Gruppe beruflicher Tätigkeiten, bei der die Aufnahme oder Ausübung oder eine der Arten der Ausübung direkt oder indirekt durch Rechts- und Verwaltungsvorschriften an den Besitz bestimmter Berufsqualifikationen gebunden ist; eine Art der Ausübung ist insbesondere die Führung einer Berufsbezeichnung, die durch Rechts- oder Verwaltungsvorschriften auf Personen beschränkt ist, die über eine bestimmte Berufsqualifikation verfügen.“

Das bedeutet, dass Berufe in der Pflege nicht durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG), sondern durch die Gesetze der Berufszulassung (PflBG, PflAPrV) geregelt sind und für das Führen der Berufsbezeichnung eine Erlaubnis benötigt wird (Roser et al., 2021).

Es lässt sich somit über die Jahre hinweg eine steigende Tendenz an Anträgen in der Pflege beobachten, was die entscheidenden Institutionen vor große Herausforderungen stellt. Im Jahr 2020 wurden insgesamt 87 Prozent aller erstmalig beschiedenen Anträge reglementierter Berufe nach maximal sechs Monaten abgeschlossen (Böse & Schmitz, 2022b). Für einen endgültigen Abschluss, also inklusive der Absolvierung der etwaigen Ausgleichsmaßnahme, wurden bei der Hälfte aller Anerkennungsverfahren für reglementierte Berufe über ein Jahr benötigt (Böse & Schmitz,

2022b). Gesetzlich vorgeschrieben sind jedoch Entscheidungsfristen von drei Monaten bei Abschlüssen, die innerhalb der EU erworben wurden und vier Monaten, bei Anerkennungen von Abschlüssen, die in Drittstaaten erworben wurden (Böse & Schmitz, 2022b). Die aufkommende Verzögerung der Anerkennungsverfahren können unter anderem in der fehlenden Anpassung der personellen Kapazitäten, in Verbindung mit den steigenden Antragsaufkommen, gesehen werden (Böse & Schmitz, 2022b). Um die Effektivität der Antragsbearbeitung zu steigern ist es notwendig, ein standardisiertes und transparentes Instrument zu entwickeln, um die bestehenden gesetzlichen und inhaltlichen Grundlagen der professionellen Pflege in Deutschland zu vergleichen. Im Folgenden soll die Zielsetzung dieser Arbeit beschrieben und die Kompetenzen des Pflegeberufes, sowohl international als auch basierend auf dem Pflegeberufegesetz, definiert werden.

Hintergrund und Zielsetzung

Um die internationalen Bildungsabschlüsse im Bereich der Pflege mit den geforderten Kompetenzen des Pflegeberufegesetzes zu vergleichen, ist die Verwendung eines Instrumentes notwendig. Dieses muss die Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz auf Basis der entsprechenden rechtlichen Grundlagen operationalisieren und den entscheidenden Institutionen eine Einschätzung über die Gleichwertigkeit der im Ausland erworbenen Kompetenzen und Abschlüsse im pflegerischen Bereich ermöglichen. Hierdurch entsteht eine Transparenz innerhalb der Anerkennungsbehörde, auf deren Basis eine konkrete Ausgleichsmaßnahme gemäß § 11 Berufsaufqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) formuliert werden kann. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit wurde die folgende Fragestellung entwickelt:

- Wie können internationale Bildungsabschlüsse mit dem Pflegeberufegesetz verglichen und die Ergebnisse transparent für weitere Entscheidungen dargestellt werden?

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wird im Folgenden auf die formalen Kriterien der Anerkennung internationaler Pflegeabschlüsse eingegangen, woraufhin die zu erwerbenden Kompetenzen der Pflegenden beschrieben werden.

Anerkennung internationaler Pflegeabschlüsse

Die Gleichwertigkeitsprüfung internationaler Pflegeabschlüsse erfolgt in einem zweischrittigen Verfahren. Im ersten Schritt werden die formalen Kriterien, wie Ausbildungsdauer oder Lernorte, mit dem gültigen Berufsbild verglichen. Im zweiten Schritt erfolgt eine individuelle Prüfung über relevante Kenntnisse und Fähigkeiten (Roser et al., 2021). Bei Anträgen aus Drittstaaten wird immer eine individuelle Prüfung durchgeführt (Roser et al., 2021). Die Anerkennung von Ausbildungen in der Pflege und damit die Feststellung der Gleichwertigkeit gemäß § 40 PflBG, basiert auf Themenbereichen, Aufgaben und Gebieten der theoretischen und praktischen

Ausbildung. Diese werden sowohl im gültigen Pflegeberufegesetz (PflBG) als auch in der entsprechenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) definiert. Relevant für die Anerkennung oder Ablehnung von internationalen Abschlüssen in der Pflege ist hierbei die Feststellung eines wesentlichen Unterschieds (Roser et al., 2021) zu der gültigen Fassung der Pflegeausbildung in Deutschland. Ein wesentlicher Unterschied liegt gemäß § 9 Abs. 2 BQFG dann vor, wenn sich die international erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, die sich bezüglich des Inhalts oder der Ausbildungsdauer wesentlich unterscheiden, eine relevante Voraussetzung für die Berufsausbildung darstellen und nicht durch einschlägige Berufserfahrung oder Qualifikationen ausgeglichen werden können.

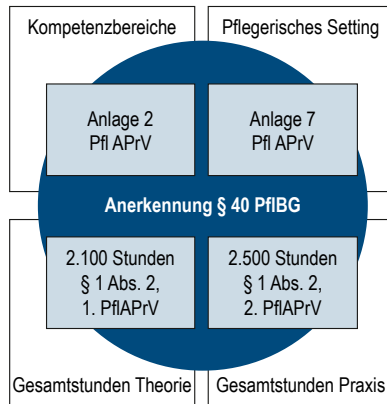


Abb. 1: Inhaltliche Rahmenbedingungen (eigene Darstellung)

Werden keine wesentlichen Unterschiede festgestellt, erfolgt die Berufszulassung (Roser et al., 2021). Werden wesentliche Unterschiede zwischen den internationalen Pflegeabschlüssen und der Referenzqualifikation in Deutschland ermittelt, wird eine Ausgleichsmaßnahme mit individueller Dauer, Umfang oder Schwerpunkt durch die zuständige Stelle festgelegt oder ein Ablehnungsbescheid erteilt (Roser et al., 2021). Insgesamt wurde in rund der Hälfte (8.175) aller beschiedenen Anerkennungsverfahren im Jahr 2021 (17.124) eine volle Gleichwertigkeit festgestellt, bei 8.664 erfolgte die Auflage einer Ausgleichsmaßnahme (Böse & Schmitz, 2022a). Ein negativer Bescheid wurde bei 288 Anträgen ausgestellt (Böse & Schmitz, 2022a). Vor dem Hintergrund der Novellierung des Pflegeberufegesetzes muss zu den beschriebenen Zahlen angemerkt werden, dass diese Entscheidungen aller Voraussicht nach auf dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) und nicht auf dem Pflegeberufegesetz basieren. Bedingt durch die Anforderungen nach dem Pflegeberufegesetz, also einer Generalisierung der Pflegetätigkeit in unterschiedlichen pflegerischen Settings, erhöhen sich vermutlich auch die wesentlichen Unterschiede zwischen den internationalen Abschlüssen und der Pflegeausbildung in Deutschland, da die Antrag-

stellenden hauptsächlich in Krankenhäusern tätig waren (Slotala, 2019). In der Folge würde dies eine Zunahme der Anträge mit Auflagen und Ablehnungen (Slotala, 2019) in den kommenden Jahren bedeuten.

Kompetenzen für den Pflegeberuf

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit wird das folgende Kompetenzverständnis zugrunde gelegt:

“[...] [t]he effective application of a combination of knowledge, skill and judgement demonstrated by an individual in daily practice or job performance. In nursing definitions, there is wide ranging agreement that, in the performance of nursing roles to the standards required in employment, competence reflects the following:

- Knowledge, understanding and judgement
- A range of skills cognitive, technical or psychomotor and interpersonal and
- A range of personal attributes and attitudes.” (ICN, 2009, S. 6)

Der International Council of Nurses (ICN) nennt Kernkompetenzen Pflegenden, die mit dem Anspruch auf internationale Gültigkeit generalistisch ausgebildeter Pflegenden entwickelt wurden (Alexander & Runciman, 2003). Das Revised ICN Competencies Framework beschreibt hierfür die Aspekte (ICN, 2009):

- Professional, ethical, legal practice
- Care provision and management
- Professional, personal and quality development

Dabei besteht Care provision and management aus den Komponenten Key principles of care (bestehend aus Health Promotion, Assessment, Planning, Implementation, Evaluation, Therapeutic communication and relationship) und Leadership and management (ICN, 2009). Der Aspekt professional, personal and quality development besteht aus den Unterpunkten Enhancement of the profession, Quality improvement und Continuing education (ICN, 2009).

Ausbildungsziel der Pflegeausbildung ist gemäß § 5 Abs. 1 PflBG eine selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen im ambulanten, akuten und dauerhaft stationären Setting. Hierfür werden in der Ausbildung fachliche, personale, methodische, soziale, interkulturelle und kommunikative Kompetenzen, Lernkompetenzen, die Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion erworben (§ 5 Abs. 1 PflBG). Die geforderten Kompetenzen umfassen unter anderem die Gesundheitsförderung und Prävention, evidenzbasierte Pflegemaßnahmen, professionelle Ethik sowie eine Verpflichtung hinsichtlich der Selbstbestimmung der zu pflegenden Menschen (Fachkommission nach § 53 Pfl-

geberufegesetz, 2020). Die Kompetenzbereiche und deren zeitliche Ausgestaltung werden in Anlage 6 PflAPrV beschrieben. Hier werden nachfolgende Kompetenzbereiche genannt:

- Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren;
- Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten;
- Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten;
- Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen;
- Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen

Entwicklung des Instrumentes

Basierend auf der Definition von Kernkompetenzen für Pflegekräfte des International Council of Nurses (ICN, 2009) wurden sowohl das Ausbildungsziel der Pflegeausbildung gemäß § 5 PflBG als auch die notwendigen Kompetenzen für den erfolgreichen Abschluss der generalistischen Pflegeausbildung gemäß Anlage 2 PflAPrV in diese Kernkompetenzen verortet. Ziel der Verwendung einer international gültigen Definition von Pflegekompetenzen ist das Herstellen einer internationalen Vergleichbarkeit. Hieraus wurden Themenbereiche und Indikatoren gebildet, an denen die entsprechenden Kompetenzausprägungen im Instrument abgelesen werden können. Flankierend hierzu wurden die entsprechenden Settings der Pflegeausbildung sowie der Stundenumfang von theoretischer und praktischer Pflegeausbildung in das Instrument integriert. Die Entwicklung des Instrumentes fand im Jahr 2021 in regelmäßigem Austausch mit der verantwortlichen Stelle eines Regierungspräsidiums statt.

Methodisches Vorgehen

Im Rahmen einer Dokumentenanalyse (Schmidt, 2017) wurde eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) durchgeführt. Die Kategorienbildung erfolgte deduktiv anhand der Kategorien des Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009). In dieses Kategoriensystem wurden die Kompetenzbereiche aus Anlage 6 PflAPrV und die damit verbundenen zu erwerbenden Kompetenzen gemäß Anlage 2 PflAPrV eingeordnet. Die konkrete Kategorisierung ist Tabelle 1.1 zu entnehmen.

Tabelle 1.1: Kategorisierung (eigene Darstellung)

Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009)	PflAPrV Anlage 2 – Kompetenzen
<p style="text-align: right;">Accountability</p>	<p>V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.</p> <p>2. Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.</p>
<p>Professional, ethical and legal practice</p> <p style="text-align: right;">Ethical Practice</p>	<p>II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.</p> <p>3. Ethisch reflektiert handeln.</p>
<p style="text-align: right;">Legal Practice</p>	<p>IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.</p> <p>2. Versorgungskontexte und Systemzusammenhänge im Pflegehandeln berücksichtigen und dabei ökonomische und ökologische Prinzipien beachten.</p>

Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009)	PflAPrV Anlage 2 – Kompetenzen
<p>Assessment Planning Implementa- tion Evaluation Therapeutic Commu- nication & Relationships; Health promotion</p> <p>Care provision and manage- ment</p>	<p>I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Pflege von Menschen aller Altersstufen verantwort- lich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren. 2. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik bei Menschen aller Altersstufen mit gesundheitlichen Problemlagen planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren unter dem besonderen Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention. 3. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik von Menschen aller Altersstufen in hoch belasteten und kritischen Lebenssituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren. 5. Menschen aller Altersstufen bei der Lebensgestal- tung unterstützen, begleiten und beraten. 6. Entwicklung und Autonomie in der Lebensspanne fördern. <p>II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kommunikation und Interaktion mit Menschen aller Altersstufen und ihren Bezugspersonen personen- und situationsbezogen gestalten und eine angemessene Information sicherstellen. 2. Information, Schulung und Beratung bei Menschen aller Altersstufen verantwortlich organisieren, gestal- ten, steuern und evaluieren.

Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009)		PfIAPrV Anlage 2 – Kompetenzen
Interprofessional Health Care		<p>III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.</p> <p>2. Ärztliche Anordnungen im Pflegekontext eigenständig durchführen.</p> <p>3. In interdisziplinären Teams an der Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen mitwirken und Kontinuität an Schnittstellen sichern</p>
Delegation & Supervision		<p>III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.</p> <p>1. Verantwortung in der Organisation des qualifikationsheterogenen Pflegeteams übernehmen</p>
Safe Environment		<p>I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.</p> <p>4. In lebensbedrohlichen sowie in Krisen- oder Katastrophensituationen zielgerichtet handeln.</p>
Professional, personal and quality development	Quality Improvement	<p>IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.</p> <p>1. Die Qualität der pflegerischen Leistungen und der Versorgung in den verschiedenen Institutionen sicherstellen.</p>
	Continuing Education	<p>V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.</p> <p>1. Pflegehandeln an aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, insbesondere an pflegewissenschaftlichen Forschungsergebnissen, Theorien und Modellen ausrichten.</p>

In einem weiteren Schritt wurden die entsprechend zugeordneten Inhalte generalisiert. Um die formulierten Lernziele für die staatliche Prüfung zu analysieren, wurden mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) die Kompetenzen der einzelnen Kompetenzbereiche aus Anlage 2 PfIAPrV paraphrasiert und generalisiert. Zu diesem Zweck wurde Anlage 2 PfIAPrV als qualitatives Rohdatenmaterial angesehen

(Döring & Bortz, 2016). Aus diesen Generalisierungen wurden nachfolgend Indikatoren gebildet, anhand derer Hinweise über die Gleichwertigkeit der Aspekte abgelesen werden können. Beispielhaft wird dieser Zusammenhang in Tabelle 1.2 dargestellt.

Tabelle 1.2: Generalisierung und Indikatoren (Auszug) (eigene Darstellung)

Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009)	PfAPrV Anlage 2 – Kompetenzen	Generalisierung	Indikatoren
Professional, ethical and legal practice Accountability	V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen. <i>2. Verantwortung für die Entwicklung (lebenslanges Lernen) der eigenen Persönlichkeit sowie das berufliche Selbstverständnis übernehmen.</i>	Erweiterung des individuellen Berufsverständnisses Weiterentwicklung des Pflegeberufes	Erweiterung des individuellen Berufsverständnisses <ul style="list-style-type: none"> • lebenslanges Lernen • berufliche Weiterentwicklung • Über- oder Unterforderungen • Kompensation und Bewältigung beruflicher Belastungen • Pflegeverständnis • Berufliches Selbstverständnis • Weiterentwicklung des Pflegeberufes • Gesellschaftliche, soziodemografische und ökonomische Veränderungen • Berufspolitik

Entwicklung

Die Entwicklung des Instrumentes basiert auf dem Vorgehen zur Instrumentenentwicklung nach Brühl (2012). Hier werden die Kriterien einer klaren Aufgabe, einem theoretisch fundierten Inhalt und einem explizierten Struktur- und Messmodell empfohlen (Brühl, 2012). Grundlegend ist die Instrumentenentwicklung als Prozess zu verstehen, da beispielsweise empirische Ergebnisse immer wieder in der Instrumentenentwicklung berücksichtigt werden müssen (Brühl et al., 2012). Auf die dargestellten Kriterien soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Aufgaben

Hier findet die Zielsetzung des Instrumentes im Rahmen der Aufgabe statt und bedingt somit das Messmodell des Instrumentes. Dieses Messmodell kann sowohl quantifizierte, als auch qualitative Aussagen machen. Um eine quantitative Aussage zu erreichen, müssen sich die einzelnen Kriterien gegenseitig kompensieren und die Eigenschaft haben sinnvoll aufsummiert werden zu können (Brühl, 2012).

Das entwickelte Instrument zur Anerkennung internationaler Abschlüsse in der Pflege soll die Aufgabe erfüllen, eine Empfehlung für die Anerkennung, Ablehnung oder die Anerkennung unter Auflagen abzubilden. Hiermit soll es den entscheidenden Institutionen möglich sein, die Anerkennungsverfahren auf Basis eines standardisierten und transparenten Entscheidungsprozesses darzustellen.

Inhalt

Hier wird ein Erklärungsansatz gebildet, der begründet, welche Kriterien im Instrument berücksichtigt werden müssen. Aufgabe und Inhalt sind die Bereiche der Instrumentenentwicklung, die eine klare theoretische Definition des Konstrukts erfordern. Aus der Theorie müssen konkrete Items abgeleitet und operationalisiert werden, mit denen die beschriebene Aufgabe bewältigt werden kann (Brühl, 2012). Als Grundlage des entwickelten Instrumentes dient das ICN Core Competencies Framework (ICN, 2009) in Verbindung mit den Kompetenzbereichen, formuliert durch das PflBG und die dazugehörige PflAPrV.

Messmodell

Hier muss bei der Entwicklung von Instrumenten die Frage beantwortet werden, welches Messmodell angestrebt werden soll. Diese Entscheidung ist hierbei abhängig von den Aufgaben, d. h. ob das Interesse darin besteht quantitative oder qualitative Aussagen zu treffen (Brühl, 2012).

Basierend auf einer Dokumentenanalyse und der damit verbundenen qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015), wurde ein Instrument entwickelt, das anhand der gebildeten Indikatoren eine transparente Einschätzung der internationalen Abschlüsse zulässt und somit individuelle Aussagen über die Gleichwertigkeit der jeweils vorliegenden Berufsabschlüsse ermöglicht.

Struktur

Um mit einem Instrument ein Konstrukt messen zu können, ist es notwendig die einzelnen inhaltlichen Aspekte in eine Form zu bringen. Hier werden die Beziehungen und Verhältnisse zwischen den inhaltlichen Elementen definiert (Brühl, 2012).

Die Struktur des Instrumentes besteht übergeordnet aus dem ICN Core Competencies Framework (ICN, 2009) und der darin eingebundenen Kompetenzen nach dem PflBG und der PflAPrV. Die anhand der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) gebildeten Indikatoren bilden in diesem Zusammenhang erkennbare Gleichwertigkeiten zwischen dem Berufsabschluss und dem deutschen Referenzberuf ab und vergleichen diese basierend auf dem zu Beginn definierten wesentlichen Unterschied.

Methodische Reflexion

Die methodische Reflexion erfolgt anhand der von Mayring (2015) formulierten Gütekriterien qualitativer Forschung. Dieser nennt die Aspekte (1) Verfahrensdokumentation, (2) Argumentative Interpretationsabsicherung, (3) Nähe zum Gegenstand, (4) Regelgeleitetheit, (5) Kommunikative Validierung und (6) Triangulation (Mayring, 2015). Die Datenerhebung (1) erfolgte anhand einer Dokumentenanalyse (Schmidt, 2017) der bestehenden gesetzlichen Grundlagen, die anhand der Kategorien des Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009) operationalisiert und auf eine international gültige Ebene gehoben wurden. Die Ergebnisse der Dokumentenanalyse wurden anhand von Tabelle 1.1 und 1.2 dargestellt, die Umsetzung bzw. die Anwendung wird im folgenden Kapitel beschrieben. Die argumentative Untermauerung (2) der Instrumentenentwicklung stützt sich auf dem regelgeleiteten Vorgehen der Instrumentenentwicklung nach Brühl (2012). Darüber hinaus wurden Indikatoren abgeleitet, die eine Einschätzung der Kompetenzen innerhalb des Instrumentes ermöglichen. Die Nähe zum Gegenstand (3) wurde aufgrund der Berufserfahrung des Forschenden in der Pflege hergestellt. Das Vorgehen der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) im Rahmen der Dokumentenanalyse (Schmidt, 2017) beschreibt die (4) Regelgeleitetheit des Vorgehens. Die (5) kommunikative Validierung wurde durch einen kontinuierlichen Austausch mit den Mitarbeitenden eines zuständigen Regierungspräsidiums während der gesamten Entwicklung hergestellt. Durch die (6) Analyse der gesetzlichen Grundlagen und der Verwendung des Revised ICN Competencies Framework (ICN, 2009) sowie der damit verbundenen Dokumentenanalyse und der Qualitativen Inhaltanalyse wurden unterschiedliche theoretische und methodische Aspekte miteinander kombiniert.

Anwendung und Aufbau des Instrumentes

Die Anwendung und der Aufbau des entwickelten Instrumentes werden im Folgenden näher beschrieben. Hierbei wird sowohl auf die einzelnen Komponenten des Instrumententeils als auch auf die abschließende Auswertung eingegangen. Abbildung 2 beschreibt die einzelnen Komponenten des Instrumentes.

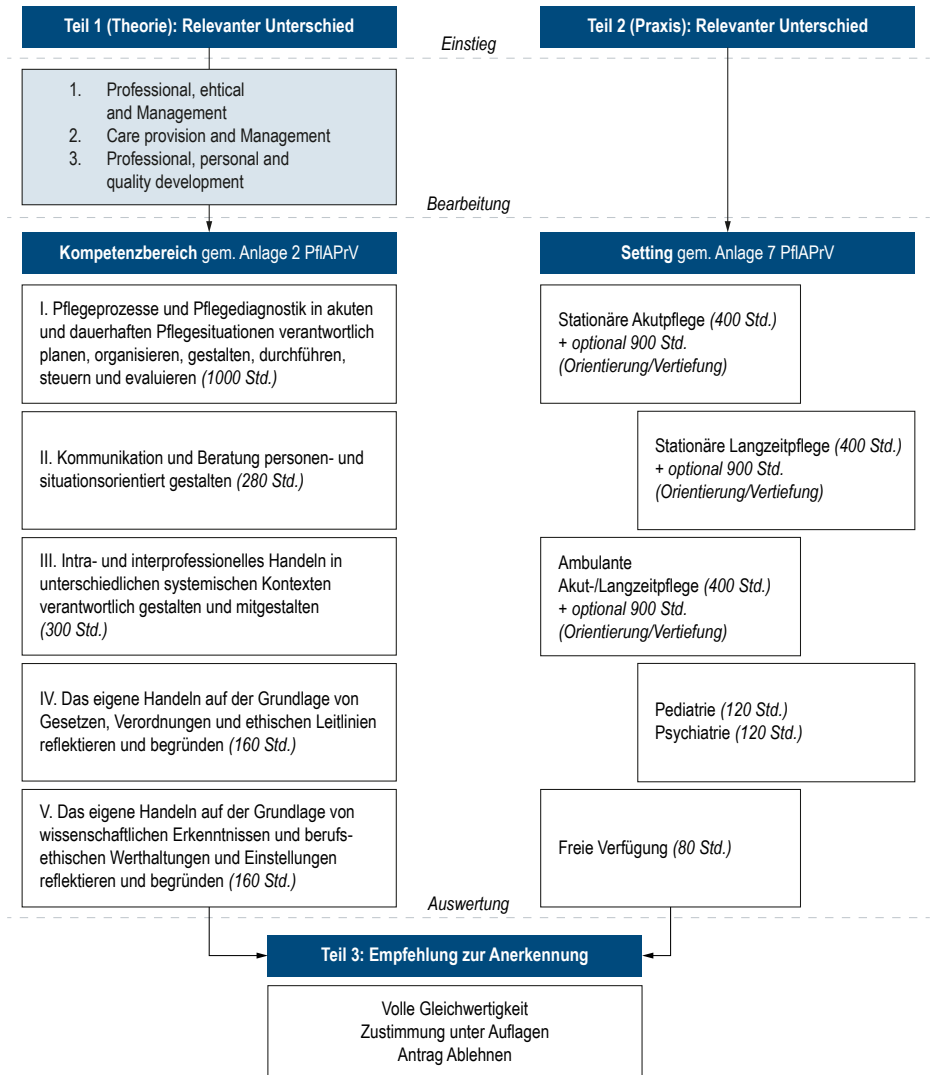


Abb. 2: Struktureller Aufbau des Instruments (eigene Darstellung)

Einstieg

Beginnend wird eine Definition des wesentlichen Unterschieds vorgenommen. Hierzu werden Parameter in das Instrument eingegeben, die Aufschluss darüber geben, ab welcher Messgröße die Teilbereiche als anerkannt oder als abgelehnt gelten.

Dieser Schritt wird zum einen für Teil 1(Theorie) Kompetenzen zur Anerkennung (§ 40 PflBG), basierend auf den Ausbildungszielen gemäß § 5 Abs. 3 PflBG und den Kompetenzen gemäß Anlage 2 PflAPrV als auch für Teil 2 (Praxis) Tätigkeiten zur Anerkennung (§ 40 PflBG), basierend auf den Ausbildungszielen gemäß § 5 Abs. 3 PflBG und den Kompetenzen gemäß Anlage 7 PflAPrV, festgelegt.

Wesentlich für Teil 1 ist das Festlegen eines Prozentwertes, bei dem die Kompetenzen und Inhalte der Pflegeausbildung als anerkannt oder abgelehnt gewertet werden. Ebenso wird ein Mindest- und Maximalwert eines Gesamtstundendefizits hinsichtlich der theoretischen Ausbildung definiert.

In Teil 2 werden Werte für die Anerkennung bzw. für die Ablehnung für die praktische Pflegeausbildung definiert. Hier wird sowohl die Summe der Settings festgelegt, die im Rahmen der Praktika innerhalb der Ausbildung besucht wurden, als auch deren Gesamtstundenzahl im Vergleich zu den gesetzlichen Vorgaben. Diese Definitionen sind ebenfalls wesentlich für die Auswertung des Instrumentes (siehe hierzu *Unterkapitel Auswertung*).

Bearbeitung

Ist die jeweils gültige Definition des wesentlichen Unterschieds festgelegt, erfolgt die Einschätzung der Anerkennungsdokumente in Teil 1 des Instrumentes. Hierbei werden sowohl die inhaltlichen Komponenten als auch der entsprechende zeitliche Umfang der anzuerkennenden pflegerischen Ausbildung dokumentiert und ausgewertet.

Tabelle 2.1: Aufbau individuelle Einschätzung (Teil 1) (eigene Darstellung)

ICN Core Competencies	Themenbereiche	Mögliche Indikatoren	Status	Stunden
1. Professional, ethical and legal practice	Erweiterung des individuellen Berufsverständnisses	<input checked="" type="checkbox"/> Lebenslanges Lernen		
		<input type="checkbox"/> Berufliche Weiterentwicklung		
		<input type="checkbox"/> Über- oder Unterforderung		
		<input type="checkbox"/> Bewältigung beruflicher Belastungen		
		<input type="checkbox"/> Pflegeverständnis		
		<input type="checkbox"/> Berufliches Selbstverständnis		
		<input type="checkbox"/> Sonstige:		

Dieser Instrumententeil besteht aus den Spalten ICN Core Competencies, Themenbereiche, Mögliche Indikatoren, Status und Stunden. Die Spalte ICN Core Competencies definiert den theoretischen Rahmen. Dieser gewährleistet die internationale Anwendbarkeit des Instrumentes. Die Spalte Themenbereiche kategorisiert die nachfolgenden Indikatoren und ordnet sie farblich den Kompetenzbereichen nach Anlage 2 PflAPrV (siehe hierzu Tabelle 5.4) zu. Bei einem Klick auf die Checkbox der entsprechenden Indikatoren färben sich die Spalten Status und Stunden grün und es können die entsprechend erbrachten Stunden des Themengebietes aus den Anerkennungsdokumenten festgehalten werden. Jeder Themenbereich enthält die Rubrik Sonstiges. Hier können weitere Themen dokumentiert werden, die nicht in den Indikatoren vorkommen, jedoch als relevant für die Anerkennung angesehen werden. Jeder Kernkompetenzbereich wird hinsichtlich des Status in Prozent und den entsprechend erreichten Stunden ausgewertet.

Zum Abschluss erfolgt die Gesamtauswertung und deren Transfer auf die Kompetenzbereiche gemäß Anlage 2 PflAPrV (Tabelle 2.2) mit den Spalten Erfüllungsgrad und Stundendefizit. Der Erfüllungsgrad definiert hierbei die prozentuale Gesamtsumme der erreichten inhaltlichen Übereinstimmungen. Das Stundendefizit stellt die jeweilig offenen Stunden, basierend auf der gültigen Gesamtstundenzahl für den theoretischen und praktischen Unterricht nach dem Pflegeberufegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2.100 Stunden dar. Die hierbei offen definierten 200 Stunden werden bereits von der Gesamtstundenzahl abgezogen.

Tabelle 2.2: Kompetenzbereiche gemäß Anlage 2 PflAPrV (Teil 1) (eigene Darstellung)

Gesamtverteilung gem. Anlage 2 PflAPrV	Erfüllungsgrad	Stunden-defizit
I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren	0 %	1000
II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsorientiert gestalten	0 %	280
III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten	0 %	300
IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen	0 %	160
V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen	0 %	160
Frei		200
Gesamt		2100

Im zweiten Teil des Dokumentes erfolgt die Einschätzung des Umfangs und der absolvierten Praktika im praktischen Teil der Pflegeausbildung. Anhand des hierfür vorgesehenen Instrumententeils erfolgt diese Einschätzung in den Spalten Setting, Stundenumfang und Defizit (Tabelle 2.3).

Hier können die einzelnen Settings der absolvierten Praktika anhand einer Check-box angekreuzt und der entsprechend abgeleistete Stundenumfang dokumentiert werden.

Tabelle 2.3: *Praktika und Stundenumfang (Teil 2) (eigene Darstellung)*

Setting	Stundenumfang	Defizit
Stationäre Akutpflege	<input type="checkbox"/>	400
Stationäre Langzeitpflege	<input type="checkbox"/>	400
Ambulante Akut-/Langzeitpflege	<input type="checkbox"/>	400
Pädiatrie	<input type="checkbox"/>	120
Allgemein-, Kinder- und Jugendpsychiatrie	<input type="checkbox"/>	120
Orientierung und Vertiefung (Setting 2., 3. und 4.)	<input type="checkbox"/>	980
Frei	<input type="checkbox"/>	80
Auswertung gesamt	0	2500

Auch hier erfolgt die Auswertung anhand der Zahl der Settings sowie das sich ergebende Stundendefizit, basierend auf der gültigen Gesamtstundenzahl für die praktische Pflegeausbildung nach dem Pflegeberufegesetz und der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung von 2.500 Stunden. Die hierbei offen definierten 80 Stunden werden bereits von der Gesamtstundenzahl abgezogen.

Auswertung

Nach durchgeführter Einschätzung der Teile 1 und 2 erfolgt die Auswertung mit der Empfehlung für das Anerkennungsverfahren in Teil 3 *Empfehlungen zur Anerkennung nach dem Pflegeberufegesetz*.

Beginnend wird eine Auswertung hinsichtlich der Kategorien (a) Kompetenzen und Inhalt (Theorie), (b) Stunden (Theorie), (c) Praktika (Praxis) und (d) Stunden (Praxis) durchgeführt. Diese Auswertung erfolgt anhand der in Teil 1 und 2 hinterlegten Einschätzungen zu den entsprechend vorliegenden Berufsabschlüssen sowie den Definitionen des wesentlichen Unterschieds in diesen Bereichen. Hierbei können drei grundlegende Einschätzungen gegeben werden: Volle Gleichwertigkeit, Nacharbeiten und Antrag ablehnen. Die Bewertung basiert hierbei auf den Definitionen des wesentlichen Unterschieds. Tabelle 2.4 zeigt die dahinterliegenden Formeln der

einzelnen Entscheidungen.

Tabelle 2.4: Entscheidungsformeln (eigene Darstellung)

Instrumententeil	Entscheidung	Formel
(a) Kompetenzen und Inhalt (Theorie)	Anerkennen	$= (\text{Summe Indikatoren} / \text{Gesamtzahl Indikatoren} * 100) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (\%)))$
	Nacharbeiten	$= (\text{Summe Indikatoren} / \text{Gesamtzahl Indikatoren} * 100) < (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (\%))) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (\%)))$
	Ablehnen	$= (\text{Summe Indikatoren} / \text{Gesamtzahl Indikatoren} * 100) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (\%)))$
(b) Stunden (Theorie)	Anerkennen	$= (2.100 \text{ Std.} - \text{erbrachte Gesamtstunden} - 200 \text{ Std.}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (Std.))})$
	Nacharbeiten	$= (2.100 \text{ Std.} - \text{erbrachte Gesamtstunden} - 200 \text{ Std.}) < (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (Std.))}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (Std.))})$
	Ablehnen	$= (2.100 \text{ Std.} - \text{erbrachte Gesamtstunden} - 200 \text{ Std.}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (Std.))})$
(c) Praktika (Praxis)	Anerkennen	$= (\text{Summe Praktika}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (Summe))})$
	Nacharbeiten	$= (\text{Summe Praktika}) < (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (Summe))}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (Summe))})$
	Ablehnen	$= (\text{Summe Praktika}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (Summe))})$
(d) Stunden (Praxis)	Anerkennen	$= (2.500 \text{ Std.} - \text{erbrachte Gesamtstunden} - 80 \text{ Std.}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (Std.))})$
	Nacharbeiten	$= (2.500 \text{ Std.} - \text{erbrachte Gesamtstunden} - 80 \text{ Std.}) < (\text{definierter relevanter Unterschied (Anerkennen ab (Std.))}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (Std.))})$
	Ablehnen	$= (2.500 \text{ Std.} - \text{erbrachte Gesamtstunden} - 80 \text{ Std.}) > (\text{definierter relevanter Unterschied (Ablehnen ab (Std.))})$

Werden alle Werte erfüllt, bzw. liegt die Summe über den definierten Werten zur

Anerkennung des Antrags, so kann eine Volle Gleichwertigkeit angegeben werden. Liegen die Werte oder die Summe unter der definierten Mindestgrenze wird *Antrag ablehnen* empfohlen. Zwischen den beiden Ober- und Untergrenzen befindlichen Werte führen zu der Empfehlung *Nacharbeiten in den entsprechenden Kategorien*.

Das Instrument endet mit einer abschließenden Empfehlung des Anerkennungsprozesses. Eine volle Gleichwertigkeit wird dann empfohlen, wenn in allen vier Auswertungskategorien eine volle Gleichwertigkeit eingeschätzt wurde. Ein Ablehnen des Antrags wird dann relevant, wenn in einer dieser vier Kategorien ebenfalls ein *Antrag ablehnen* empfohlen werden musste. Dies begründet sich darin, dass hierbei davon ausgegangen wird, dass die Summe der nachzuarbeitenden Inhalte ein realistisches Maß übersteigt. Eine *Zustimmung unter Auflagen* kann dann ausgesprochen werden, wenn mindestens eine oder mehrere der vier Auswertungskategorien ein Nacharbeiten empfehlen und in keiner der Kategorien eine Einschätzung vorgenommen wurde, die zu einem *Antrag ablehnen* führt. Die Ausgestaltung der Ausgleichsmaßnahme kann dann individuell aus den einzelnen Teilen des Instrumentes abgelesen werden.

Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Arbeit beschreibt die Entwicklung eines Instrumentes mit dem es gelingen kann, internationale Pflegeabschlüsse auf Basis des Pflegeberufgesetzes anzuerkennen. Hierzu wurde basierend auf einer Dokumentenanalyse (Schmidt, 2017) eine Qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2015) durchgeführt. Die darauf aufbauende Indikatorenbildung sichert hierbei die Einschätzung dieser Pflegeabschlüsse auf Basis einer pflegerischen Perspektive. Dieser Schritt erschien notwendig um die Objektivität der Einschätzungen zu sichern, da sich in der Entwicklungsphase des Instrumentes gezeigt hatte, dass in den anwendenden Institutionen, auch aufgrund deren Ausrichtung, eine pflegerische Grundbildung nicht immer vorhanden ist. Bezogen auf die Forschungsfrage *Wie können internationale Bildungsabschlüsse mit dem Pflegeberufgesetz verglichen und die Ergebnisse transparent für weitere Entscheidungen dargestellt werden?* wurde ein Instrument mit internationalem Anspruch entwickelt, dessen Anwendung eine transparente Darstellung der Anerkennungsverfahren und deren Auflagen ermöglichen soll.

Das entwickelte Instrument bietet die Chance internationale Abschlüsse in der Pflege für die Anerkennung in Deutschland transparent mit dem Pflegeberufgesetz zu vergleichen. Diese Transparenz dient einer individuell angepassten Festlegung einer Ausgleichsmaßnahme gemäß § 11 Abs. 1 BQFG. Hier kann basierend auf § 11 Abs. 3 BQFG zwischen einem Anpassungslehrgang oder einer Eignungsprüfung ausgewählt werden. Dadurch wird es möglich, die Anerkennungsverfahren in Deutschland zu vereinfachen. Durch die Nachvollziehbarkeit von eventuellen fehlenden Kompetenzen kann ein transparentes Verfahren dargestellt werden, das in der Folge zu einem

gerechten Entscheidungsprozess hinsichtlich der Anerkennung, der Ablehnung oder der Festlegung entsprechender Auflagen von eingehenden Anerkennungsanträgen führt.

Der vorliegende Beitrag hat auch einige Grenzen. Das entwickelte Instrument ist bisher noch nicht ausreichend in der Praxis erprobt um Hinweise auf die Anwendung und Praxistauglichkeit des Instrumentes zu geben. Des Weiteren birgt die Generalisierung und die daraus entwickelten Indikatoren die Gefahr, dass die einzelnen Anträge nicht in ausreichender Komplexität begutachtet werden.

Forschung, die an diesen Beitrag anschließt, sollte die Evaluation und Validierung des entwickelten Instrumentes in den Vordergrund stellen. Darüber hinaus sollten, auf Basis der Kompetenzen, entsprechende Trainings für Ausgleichsmaßnahmen entwickelt werden, die den antragstellenden Personen eine angemessene Vorbereitung auf die pflegerische Praxis ermöglicht. Darüber hinaus sollten weitere wissenschaftlich fundierte Instrumente entwickelt werden, die eine reflektierte und transparente Analyse internationaler Pflegeabschlüsse ermöglichen.

Literaturverzeichnis

- Alexander, M. F. & Runciman, P. J. (2003). *ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurse*. ICN.
- Böse, C. & Schmitz, N. (2022a). Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2021. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings. https://res.bibb.de/vet-repository_780621 [19.04.2023].
- Böse, C. & Schmitz, N. (2022b). *Wie lange dauert die Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen? Erste Analysen zur Verfahrensdauer anhand der amtlichen Statistik. Ergebnisse des BIBB-Anerkennungsmonitorings*. https://res.bibb.de/vet-repository_780599 [22.04.2023].
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2017). *Bericht zum Anerkennungsgesetz 2017*. https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/3/31322_Anerkennungsgesetz_2017.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [19.04.2023].
- BMBF – Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019). *Bericht zum Ausbildungsgesetz 2019*. https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/3/31566_Anerkennungsgesetz_2019.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [19.04.2023].
- Brühl, A. (2012). Methodologische Orientierung der Pflegewissenschaft bei der Entwicklung standardisierter Messinstrumente. In A. Brühl (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderung bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)*. Wissenschaftlicher Bericht des Lehrstuhls für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung (S. 13 – 18). PTHV. https://kidoks.bsz-bw.de/files/30/Bruehl_Pflegebeduerftigkeit_messen_2012.pdf [23.04.2023].
- Brühl, A., Planer, K. & Grebe, C. (2012). Wie lassen sich bessere standardisierte Messinstrumente der Pflege entwickeln? Neue methodologische Ansätze zur Messung von Pflegebedürftigkeit. In A. Brühl (Hrsg.), *Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderung bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des Neuen Begutachtungsassessments (NBA)*. Wissenschaftlicher Bericht des Lehrstuhls für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung (S. 151 – 170). PTHV. https://kidoks.bsz-bw.de/files/30/Bruehl_Pflegebeduerftigkeit_messen_2012.pdf [23.04.2023].

- Deutscher Bundestag (2019). *Sachstand. Reglementierte Berufe in Deutschland*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/684720/8bc3bo60o8858a32doe-50o882afce792/WD-8-164-19-pdf-data.pdf> [16.04.2023]
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer.
- Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (2020). *Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG* (2. Aufl.). BiBB. <https://www.bibb.de/dienst/veroeffentlichungen/de/publication/show/16560> [15.04.2023].
- ICN – International Council of Nurses (2009). *ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist*. https://siga-fsia.ch/files/user_upload/o8_ICN_Framework_for_the_nurse_specialist.pdf [19.04.2023].
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. Aufl.). Beltz.
- Roser, L., Kehl, L., Dietrich, A., Willems, E. & Reyels, W. (2021). *Berufliche Anerkennung von Pflegefachkräften mit einer im Ausland erworbenen Berufsqualifikation. Situationsanalyse aus Sicht des Förderprogramms IQ* (2. Aufl.). https://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/Redaktion/Downloads/Fachstelle_Beratung_und_Qualifizierung/FSBQ_Situationsanalyse_Pflege.pdf [09.04.2023].
- Schmidt, W. (2017). Dokumentenanalyse in der Organisationsforschung. In S. Liebig, W. Matiaske & S. Rosenbohm (2017), *Handbuch Empirische Organisationsforschung* (S. 443 – 466). Springer Gabler.
- Slotala, L. (2019). Pflegefachpersonen aus dem Ausland anerkennen. *Heilberufe*, 71, 22 – 24.

2.2 Die Verweildauer von Operationstechnischen Assistenten:innen im Operationsbereich – Umfrage an der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen unter den Abschlussjahrgängen 2011 bis 2020 – Mareike Künzer

Einleitung

„Das Gesundheitswesen befindet sich aktuell in einer Krise [...]“ (Schlick, 2022, S. 135). Der Fachkräftemangel in deutschen Krankenhäusern, welcher sich ebenfalls auf das Fachpersonal im Operationsbereich (OP) auswirkt, besteht nicht erst seit der Covid-19 Pandemie. Durch die Pandemie wurden die aus dem Fachkräftemangel resultierenden Probleme jedoch verstärkt und auch stärker in der Öffentlichkeit diskutiert (Özlu, 2020; JR OP-TIMIERT, 2018).

Die Ausbildung zu Operationstechnischen Assistenten:innen (OTA) sollte seit der Einführung in Deutschland in den 1990er-Jahren diesem Fachkräftemangel im OP entgegenwirken (Grunow et al., 2000). Trotz der jährlich hohen Anzahl an Bewerber:innen für die OTA-Ausbildung herrscht dennoch ein relevanter Mangel an qualifiziertem OP-Fachpersonal (JR OP-TIMIERT, 2018). Durch die staatliche Anerkennung der Anästhesietechnischen (ATA) und Operationstechnischen Assistenzberufe, die am 01. Januar 2022 in Kraft getreten ist und die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DGK) ablöst, wird sich durch die staatlich geregelte Finanzierung der Ausbildung eine wachsende Anzahl an OTA-Schulen, sowie eine steigende Anzahl an Auszubildenden zu OTA erhofft, die den aktuellen Fachkräftemangel im OP kompensieren sollen (Künzer, 2023).

Betrachtet man die Entwicklung des demografischen Wandels, wird zukünftig das Patient:innenaufkommen und die damit verbundene Arbeit ansteigen, dennoch muss die Patient:innenversorgung in Deutschland gewährleistet werden (BMG, 2019). Dass es wichtig ist, die ausgebildeten OTA im Beruf zu halten, zeigt der Umstand, dass OTA mittlerweile den überwiegenden Anteil des pflegerischen Personals in deutschen OP´s ausmachen. Durch die OTA-Ausbildung kam es zu einem Rückgang, bzw. immer mehr zu einer Verdrängung des pflegerischen Personals, welches sich durch eine zweijährige Fachweiterbildung für die Tätigkeit im OP qualifiziert. Einige Krankenhäuser in Deutschland bieten die Fachweiterbildung für den OP für examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen aus mangelnder Nachfrage bereits gar nicht mehr an (Kollert-Beck & Motzny, 2022).

Auch aus diesem Grund ist es wichtig, die ausgebildeten OTA im Beruf im OP zu halten, denn wie sich die staatliche Anerkennung der Ausbildung auf die weitere Entwicklung des Berufsbildes und der Situation des Fachkräftemangels in den Operationsbereichen auswirkt, wird sich erst in einigen Jahren zeigen (Künzer, 2023).

Durch die dreijährige Ausbildung zu OTA im Anschluss an den Schulabschluss wird es auch zu einer Verjüngung innerhalb der Altersstruktur des OP-Personals kommen. Entsprechend muss mit einem höheren Anteil von OP-Fachpersonal gerechnet werden, der aufgrund von Elternzeit zeitweise aus dem Beruf ausscheidet und ggf. die Tätigkeit auf Teilzeitbasis wieder aufnimmt (DKI, 2009).

Auch die hohen physischen und psychischen Arbeitsbelastungen, die der Beruf als OTA mit sich führt, können sich negativ auf die psychische und physische Gesundheit des OP-Fachpersonals und somit auf die Verweildauer im Beruf im OP auswirken (Bittner, 2017; Berentzen & Lennartz, 2010).

Eine Untersuchung aus dem Jahr 2022 konnte aufzeigen, dass einige der Auszubildenden zu OTA frühzeitig aus dem Beruf im OP ausscheiden werden. Darunter befinden sich auch OTA-Auszubildende, die zurück in ihren Grundberuf kehren möchten. Innerhalb der untersuchten Kohorte von OTA-Auszubildenden ist der am häufigsten vorab erlernte Beruf der des/der Medizinischen Fachangestellten (Künzer, 2023). Andere OTA, vor allem diejenigen mit Abitur oder Fachhochschulreife, nutzen die Ausbildung zur Überbrückung von Wartezeiten auf ein Studium. Die Studienwahl fällt bei einem Großteil der ausgebildeten OTA auf ein Studium der Humanmedizin. Auch fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten und mäßige Karrierechancen scheinen sich negativ auf die Verweildauer im OP auszuwirken, wie auch das Arbeitsklima und die unverhältnismäßige Vergütung im Vergleich zum Arbeitsaufwand und der Verantwortung (Künzer, 2023; Ruppert, 2021).

In dem Forschungsprojekt, auf welches sich dieser Beitrag bezieht, soll untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Schulbildung und der Verweildauer im Beruf im OP innerhalb der untersuchten Kohorte besteht. Es gilt zu prüfen, ob OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife häufiger ein Studium im Anschluss an die Ausbildung beginnen und somit früher aus dem Beruf im OP ausscheiden. Die zu prüfende Hypothese lautet:

H¹: OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife scheiden früher aus dem Beruf im OP aus als OTA mit einem Abschluss der Mittleren Reife.

H₀¹: OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife scheiden nicht früher aus dem Beruf im OP aus als OTA mit einem Abschluss der Mittleren Reife.

Hierzu wurde zunächst ermittelt, wie viele der im Zeitraum 2011 bis 2020 an der, zur Untersuchung ausgewählten, Akademie der Kreiskliniken Reutlingen (AKR) ausgebildeten OTA aktuell im OP tätig sind und wie viele Jahre die ausgebildeten OTA im Durchschnitt im Beruf verbracht haben. Ebenso sollen Gründe identifiziert werden, die ein Ausscheiden aus dem Beruf als OTA im OP begünstigen können. Das Ziel der Untersuchung soll sein, einen Überblick über die Verweildauer der Kohorte im Beruf

zu erhalten und berufliche Alternativen zu erfassen, falls die Tätigkeit im OP zum Zeitpunkt der Umfrage nicht mehr ausgeführt wird. Durch die Erfassung verschiedener Aspekte, die ein Ausscheiden aus dem Beruf begünstigen können, sollen Handlungsempfehlungen abgeleitet werden, um den Beruf als OTA attraktiver gestalten und das qualifizierte Fachpersonal langfristig halten zu können.

Tätigkeitsfelder von OTA

Die dreijährige Ausbildung zu OTA qualifiziert primär für die Arbeit im OP, welche sich aus sterilen und nicht sterilen Tätigkeiten zusammensetzt. Zu den nicht sterilen Tätigkeiten zählen u.a. die Vor- und Nachbereitung der Operationen und der benötigten Materialien, Instrumente und medizinisch-technischen Geräten, sowie die Fürsorge für Patienten:innen während des OP-Aufenthalts, wie auch die Springertätigkeit während der laufenden OP. Die sogenannte Springertätigkeit stellt intraoperativ, also im Zeitraum während der OP, die wichtigste Verbindungstätigkeit zwischen dem sterilen und nicht sterilen Bereich dar. Hier gilt es, dem steril gekleideten OP-Personal die benötigten Materialien aus den nicht sterilen Bereichen steril anzureichen. U. a. gehören die OP-Dokumentation, Bedienung von medizinisch-technischen Geräten und die Versorgung von OP-Präparaten zu den nicht sterilen Springertätigkeiten. Zu den sterilen Tätigkeiten zählt primär das Instrumentieren, das sterile Anreichen und Abnehmen der Instrumente während der OP, welches umfangreiche Kenntnisse über die verschiedenen OP-Abläufe, der menschlichen Anatomie und der hygienischen Standards voraussetzt. Die OTA-Ausbildung qualifiziert ebenfalls für Tätigkeiten in weiteren Funktionsbereichen wie der Ambulanz oder der Zentralen Notaufnahme (ZNA), der Endoskopieabteilung, der Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung (ZSVA) oder der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP), wie auch für Tätigkeiten in anderen therapeutischen oder diagnostischen Abteilungen (DKG, 2019).

Für die Tätigkeit auf einer Station, entsprechend der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, qualifiziert die OTA-Ausbildung nicht (Weimer, 2021).

Arbeitssituation von OTA

Die Tätigkeit als OTA ist anspruchsvoll und bringt eine große Verantwortung gegenüber den Patienten:innen mit sich (JR-OP-TIMIERT, 2018). Der Demografische Wandel führt zukünftig zu einem steigenden Arbeitsaufkommen und einer größeren Anzahl an zu behandelnden Patienten:innen. Der bestehende Fachkräftemangel und die hohe Fluktuationsrate des Pflegepersonals in Deutschland tragen zur Unzufriedenheit des Personals bei. In der Pflege wechselt bereits jede/r sechste Beschäftigte jährlich den Arbeitsplatz, bzw. den Beruf (Pilny & Rösel, 2021).

Im Funktionsbereich OP weist eine ebenfalls hohe Fluktuationsrate auf die Unzufriedenheit des OP-Personals mit den bestehenden Arbeitsbedingungen und Arbeitsbe-

lastungen hin (JR-OP-TIMIERT, 2018). Die Arbeitsbedingungen führen teilweise zu einer hohen Frustration und Demotivation beim Personal (Schlick, 2022). Die physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz im OP sind auch nicht zu vernachlässigen, wenn es um die Gesundheit und Zufriedenheit des OP-Personals geht (Teppe, 2020). Täglich ist das OP-Personal physischen und psychischen Arbeitsbelastungen ausgesetzt, welche es zu bewältigen gilt. Zu den physischen Arbeitsbelastungen im OP zählt vor allem das schwere Tragen oder Heben. Mehrmals täglich werden Patienten:innen, die tlw. adipös, also stark übergewichtig sind, auf den OP-Tisch umgelagert. Ebenso belastend kann die Bereitstellung der Instrumentensiebe für die jeweiligen Operationen sein, die je nach fachspezifischen Inhalten sehr schwergewichtig sein können. Eine weitere Belastung für das OP-Personal ist die Strahlenexposition während Röntgenprozessen, welche während manchen Operationen notwendig sind. Eine Schutzmaßnahme gegen Streustrahlung bietet z. B. die Röntgenschürze, wirkt sich jedoch durch ihr Gewicht negativ auf die Beweglichkeit und die Rückenmuskulatur aus. Toxische und allergene Stoffe finden sich ebenfalls im OP, u. a. in Reinigungs- und Desinfektionsmittel, sowie Chemikalien zur Fixierung von OP-Präparaten. Ein weiteres Risiko stellen verschiedene Infektionskrankheiten dar, die überwiegend durch Stich- und Schnittverletzungen hervorgerufen werden können. Ein sorgfältiger Umgang während der Instrumentiertätigkeit mit Skalpellen und Nadeln ist daher unabdinglich, um das Risiko des Erleidens einer sogenannten Nadelstichverletzung zu reduzieren. Die Lärmbelastung durch z. B. Sauger, Narkosegeräte, etc. darf ebenfalls nicht außer Betracht gelassen werden. Auch die Temperatur in einem OP-Saal kann eine Belastung darstellen. Während in regulären OP´s die Temperatur niedrig gehalten wird, um die Infektionsgefahr zu reduzieren, ist in einem OP-Saal der Verbrennungs- und Kinderchirurgie die Temperatur stark erhöht, um ein Auskühlen der Patienten:innen zu vermeiden. Häufig ist ein OP-Saal nach außen hin abgetrennt und hat keinen Zugang zu Tageslicht. Das künstliche Licht der OP-Lampen kann auf Dauer belastend wirken und zu Kopfschmerzen führen. (Teppe, 2020; Berentzen & Lennartz, 2010).

Durch das schwere Heben und Tragen, sowie das lange Stehen und Einnehmen unphysiologischer Haltungen, treten begünstigt Muskel- und Skeletterkrankungen bei OP-Fachpersonal auf. In einer Studie aus dem Jahr 2010 gaben mehr als die Hälfte der Proband:innen an, unter Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule zu leiden. Dabei lagen die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule mit 63,8 Prozent an erster Stelle, gefolgt von Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule mit 52,3 Prozent und zuletzt Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule mit 27,3 Prozent. Mit zunehmendem Alter war ein Anstieg der Beschwerden zu verzeichnen. Ein negativer Einfluss auf die Krankheitstage konnte ebenso den Muskel- und Skeletterkrankungen zugeschrieben werden (Berentzen & Lennartz, 2010).

Auch die psychischen Arbeitsbelastungen im OP sind vielfältig. Einerseits führen organisatorische Bedingungen, andererseits der Umgang mit tlw. schwer kranken Menschen zu psychischen Belastungen (Teppe, 2020). Der hohe zeitliche Druck im

OP ist ein Faktor, der sich auf die psychische Belastung des OP-Fachpersonals auswirken und Stress verursachen kann. Die Wechselzeiten, die zwischen den jeweiligen OP-Eingriffen liegen, sollen so kurz wie möglich gehalten werden, um einen reibungslosen Ablauf im Tagesprogramm gewährleisten zu können. Dies kann sich wiederum negativ auf die Zeit auswirken, die das OP-Fachpersonal benötigt, um auf Patienten:innen einzugehen und die jeweiligen Tätigkeiten gewissenhaft und korrekt durchzuführen. Der Personalmangel im OP führt ebenfalls zu starken Belastungen, da die Arbeit durch das vorhandene Fachpersonal kompensiert werden muss (Ruppert, 2019; Welk, 2019). Weitere Faktoren, die die Entstehung von Stress und stressassoziierten Erkrankungen fördern können, sind mangelnde Erholungsmöglichkeiten, ein hoher Arbeitsaufwand und die körperliche Beanspruchung (Richter, 2019). Doch auch kurzfristige Übernahmen von Diensten, die Arbeit am Wochenende und fehlende Planungssicherheit durch z.B. das Ableisten von Überstunden, können sich belastend auf die psychische Gesundheit auswirken (Teppe, 2020).

Die Arbeit im OP ist nicht nur anspruchsvoll, sondern kann auch emotional stark belastend sein. Nicht allen Patienten:innen kann im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes und im OP geholfen werden. Es kommt immer wieder vor, dass Patienten:innen im OP versterben. (Ekert & Ekert, 2019). Dies stellt für das OP-Fachpersonal in vielen Fällen eine belastende Situation dar. Nicht immer gibt es Möglichkeiten, diese Erlebnisse im Team anzusprechen und zu verarbeiten, noch seltener mit professioneller Unterstützung. Die Auswirkungen können Stressreaktionen, wie auch in schlimmeren Fällen eine psychische Traumatisierung sein (Angelstein & Mühle, 2022).

All diese Faktoren führen dazu, dass Gesundheitspersonal einem hohen Risiko stressassoziiierter Erkrankungen ausgesetzt ist (Welk, 2019). Dabei spielt der *Burnout* eine zentrale Rolle und definiert sich als psychischer und/oder physischer Erschöpfungszustand, als Folge einer Überbelastung, dem eine Phase von anhaltendem Stress vorausgeht. Ein Burnout kann sich durch verschiedene Symptome äußern und die Betroffenen haben oftmals das Gefühl, den arbeitstäglichen Aufgaben nicht mehr gewachsen zu sein (Ekert & Ekert, 2019).

Um mit dem steigenden Arbeitsdruck fertig zu werden, greifen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen immer häufiger zu Suchtmitteln, wie eine Studie aus dem Jahr 2014 feststellte. Legale Suchtmittel, wie Alkohol und Zigaretten, aber auch illegale Suchtmittel, wie Cannabis und Tabletten, werden von Mitarbeitenden der Krankenhäuser konsumiert. Die Auswirkungen einer Suchterkrankung können sich u. a. im Arbeitstempo, dem Umgang mit Patienten:innen und auch im Team oder den Fehlzeiten äußern (Maier, 2019).

Präventionsmaßnahmen und Veränderungen in den organisatorischen Abläufen sollten somit in Betracht gezogen werden, um die Mitarbeitenden auf Dauer und vor allem gesund im Beruf halten zu können (Richter, 2019).

Methodik und Durchführung der Datenerhebung

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine empirische Studie. Die deskriptive Querschnittstudie bedient sich quantitativer Forschungsmethoden, um eine möglichst hohe Anzahl an Daten zu gewinnen. Die Datenerhebung fand einmalig in einem vorgegebenen Erhebungszeitraum statt, die Teilnahme ist einer vorab definierten Kohorte vorbehalten. Für die Datenerhebung wird ein eigens erstellter quantitativer Online-Fragebogen eingesetzt (Umfrage online, 2022), der hauptsächlich aus geschlossenen Fragen besteht.

Die Datenerhebung fand an der OTA-Schule der AKR im Zeitraum 24. Oktober bis 20. November 2022 statt. Befragt wurden Absolvent:innen aus den Abschlussjahrgängen 2011 bis 2020 an den Standorten der OTA-Schule der AKR in Reutlingen/Pfullingen und Stuttgart. Der Fragebogen wurde als Online-Umfrage geplant und durchgeführt, um eine hohe Anzahl an Rückläufern aus den verschiedenen Abschlussjahrgängen zu erhalten. Nach einem Pre-Test im Lehrerteam der AKR, der keine Änderungen des Fragebogens mit sich brachte, wurden insgesamt 376 Mails mit dem Link zur Umfrage versendet. Davon kamen insgesamt 339 Mails an. Somit waren nicht mehr alle im System der AKR hinterlegten Daten aktuell. Die Umfrage konnte mit einem Informationsblatt zur staatlichen Anerkennung der OTA-Ausbildung verknüpft werden um bei der Umwandlung der Ausbildungsurkunde nach DKG in ein staatliches Abschlusszeugnis zu unterstützen.

Auswertung der erhobenen Daten

An der online-Umfrage haben insgesamt 148 der ehemaligen OTA-Auszubildenden der AKR teilgenommen. Von den 339 erfolgreich versendeten Umfragelinks per Mail konnte eine Rücklaufquote der Fragebögen von 43,67 Prozent erzielt werden. Von den 148 ausgefüllten Fragebögen waren insgesamt drei Fragebögen unvollständig ausgefüllt bzw. enthielten keine Zustimmung zur Verwendung und Nutzung der erhobenen Daten und wurden aussortiert. Somit konnten 145 Fragebögen für die Untersuchung ausgewertet werden. Dies entspricht einer verwertbaren Rücklaufquote in Höhe von 42,77 Prozent.

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Fragen werden überwiegend als Kreis- oder Säulendiagramme dargestellt und die prozentuale Verteilung berechnet. Um Berechnungen zur Hypothesenprüfung durchführen zu können, wurden die Zeitintervalle zur Angabe der Verweildauer (Item 7) in Mittelwerte umgerechnet, welche im Anschluss einen Gesamtmittelwert zur Verweildauer pro Schulabschluss bilden. Zur Ermittlung eines Gesamtmittelwerts der Verweildauer der Kohorte werden den angegebenen Jahresintervallen entsprechend Mittelwerte zugeordnet:

0 Jahre = 0 Jahre
1 bis 3 Jahre = 2 Jahre
4 bis 6 Jahre = 5 Jahre
7 bis 9 Jahre = 8 Jahre
10+ Jahre = 10 Jahre

Mit Hilfe des t-Tests zur Berechnung des p-Werts findet die Hypothesenprüfung in Excel statt, um Aussagen zur Signifikanz der Ergebnisse treffen zu können. Dadurch soll geprüft werden, ob es sich um ein zufälliges Ergebnis handelt oder nicht. Vorab wird ein Signifikanzniveau zur Irrtumswahrscheinlichkeit in Höhe von Alpha = 5 Prozent definiert (Döring & Bortz, 2016). Zur Hypothesenprüfung werden in Excel in die Formel für den t-Test die Datensätze der Mittelwerte der Verweildauer für die jeweiligen Schulabschlüsse in Matrix 1 und Matrix 2 eingegeben. In das Feld *Seiten* und *Typ* werden jeweils eine zwei eingetragen, für die zweiseitige Verteilung und zweier Gruppen gleicher Varianz. Ebenso wird die Standardabweichung und die Effektstärke (Cohen d) bei signifikanten Ergebnissen angegeben (Döring & Bortz, 2016). Die Standardabweichung wird innerhalb Excel berechnet, die Effektstärke wird händisch mittels Formel berechnet. Diese zusätzlichen Berechnungen werden rein zur Hypothesenprüfung durchgeführt, alle weiteren Fragestellungen werden wie vorab beschrieben dargestellt.

Ergebnisse

Zum Zeitpunkt der Umfrage im November 2022 sind von 145 Teilnehmenden mit 57,24 Prozent etwas mehr als die Hälfte der Absolvent:innen der AKR im Beruf im OP tätig. Darunter befinden sich auch Teilzeitkräfte oder OTA, die neben dem Studium die Möglichkeit nutzen, die Tätigkeit als OTA im OP als Minijob oder Nebentätigkeit durchzuführen. Eine Unterscheidung zwischen Vollzeit- und Teilzeitkraft, bzw. Minijob oder Nebentätigkeit wurde im Rahmen der Untersuchung nicht vorgenommen. Für die Abschlussjahrgänge 2011 bis 2020 ergibt sich eine mittlere Verweildauer im Beruf im OP von 3,92 Jahre, mit einer Standardabweichung von 2,86.

Mit 11,92 Prozent ist ein Studium der Humanmedizin die häufigste berufliche Alternative außerhalb des Operationsbereiches. Die Schulbildung scheint somit Auswirkungen auf die Verweildauer im OP haben zu können. Dies zeigt auch das Ergebnis der mittleren Verweildauer von OTA mit Abitur, welche bei 3,46 Jahre liegt, im Vergleich zur mittleren Verweildauer von OTA mit Mittlerer Reife, welche mit 4,72 Jahre leicht höher ausfällt. Die Standardabweichung der mittleren Verweildauer der Schulabschlüsse beträgt jeweils 2,8.

Zu den am häufigsten genannten Aspekten, die ein Ausscheiden aus dem Beruf im OP begünstigen können, gehört der Fachkräftemangel im OP, welcher von 59,72 Prozent bemängelt wird. An zweiter Stelle folgt die unverhältnismäßige Vergütung der

Tätigkeit als OTA, welche von 48,61 Prozent genannt wird. Mit 47,22 Prozent an dritter Stelle scheinen sich auch die Arbeitszeiten, mit Wechselschichten und Ruf- und Bereitschaftsdiensten, negativ auf die Verweildauer im OP auszuwirken.

Im weiteren Verlauf der Ergebnisdarstellung wird die Kohorte anhand der soziodemografischen Variablen vorgestellt und die Fragestellungen und Hypothese genauer betrachtet. Dabei wird ein Hauptaugenmerk auf die Darstellung der Ergebnisse gelegt, welche die Auswirkung der Schulbildung auf die Verweildauer im Beruf im OP aufzeigt.

Ergebnisse – Vorstellung der Kohorte

Die Kohorte besteht zu 83,45 Prozent aus weiblichen und zu 16,55 Prozent aus männlichen Personen. Die OTA besitzen die Schulabschlüsse Abitur oder Fachhochschulreife, sowie die Mittlere Reife oder Werkrealschule. Der Hauptschulabschluss war unter den Teilnehmenden nicht vertreten. Unter den Teilnehmenden ist der Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife mit 63,45 Prozent stärker vertreten als der Schulabschluss der Mittleren Reife oder Werkrealschule mit 36,55 Prozent. Die am stärksten vertretene Altersgruppe ist die von 25 bis 29 Jahre mit 44,14 Prozent, gefolgt von der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre mit 30,34 Prozent. Die Altersgruppe 20 bis 24 Jahre wird von 21,38 Prozent der Kohorte vertreten, die Altersgruppe 35+ Jahre kommt auf 4,14 Prozent. Innerhalb der Kohorte können 22,76 Prozent eine vorab abgeschlossene Berufsausbildung, bzw. ein Studium nachweisen. Von den 33 OTA mit bereits bestehender Berufsausbildung, bzw. Studium haben 32 OTA weitere Angaben zum Beruf gemacht. Der Großteil besitzt mit 56,34 Prozent eine Ausbildung zum/r Medizinischen Fachangestellten, gefolgt von 12,52 Prozent, welche die Ausbildung zum/r Zahnmedizinischen Fachangestellten abgeschlossen haben. Mit 6,26 Prozent waren zwei Teilnehmende vorab als Sanitäter/in im Rettungsdienst tätig. Jeweils eine weitere Angabe mit 3,13 Prozent wurde zu folgenden Ausbildungen und Studiengängen getätigt: Verkäufer/in, Fachinformatik Systemintegration, Wirtschaftsassistent/in, Krankenpflegehelfer/in, Pilot/in, Friseur/in, Optiker/in und Medizinisch-technische Assistenz. Für diese OTA besteht somit die Möglichkeit, in den vorab erlernten Beruf zurückzukehren.

Ergebnisse – Auswirkung der Schulbildung auf die Verweildauer im Beruf im OP

Zum Zeitpunkt der Umfrage sind von den insgesamt 92 OTA mit dem Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife 51,09 Prozent und von den insgesamt 53 OTA mit dem Schulabschluss der Mittleren Reife 67,92 Prozent im OP tätig. Die Anzahl der OTA, die nicht mehr im Beruf im OP tätig sind, beläuft sich auf insgesamt 62. Die Ergebnisse zeigen, dass davon mit 72,58 Prozent mehr OTA mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife aus dem Beruf im OP ausgeschieden sind, als OTA mit der Schulbildung der Mittleren Reife, welche 27,42 Prozent ausmachen.

Die Verweildauer in Jahresintervallen für die OTA, welche den Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife besitzen, wird in Abbildung 1.1 dargestellt.

Der größte Anteil der OTA mit dem Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife ist/war mit 48,91 Prozent ein bis drei Jahre im OP tätig, gefolgt von 23,91 Prozent mit einer Berufstätigkeit von vier bis sechs Jahren. Auf sieben bis neun Jahre Berufstätigkeit kommen 6,52 Prozent der OTA mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife, 7,61 Prozent sind/waren zehn oder mehr Jahre im Beruf im OP tätig. Der Anteil der OTA innerhalb der Gruppe des Schulabschlusses Abitur oder Fachhochschulreife, der null Jahre und somit keine Berufstätigkeit nach abgeschlossener Ausbildung nachweisen kann, beläuft sich auf 13,04 Prozent. Nach Änderung der Jahresintervalle in deren Mittelwerte, ergibt sich für die OTA mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife eine mittlere Verweildauer im Beruf im OP in Höhe von 3,46 Jahre. Die Standardabweichung liegt bei 2,8.

Abitur und Verweildauer als OTA im OP (n = 92)

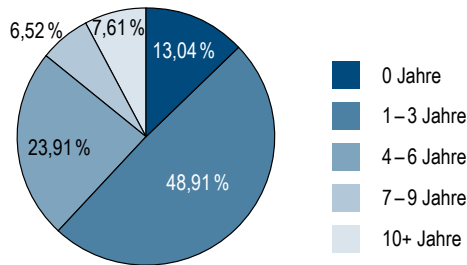


Abb. 1.1: Abitur und Verweildauer als OTA im OP (eigene Darstellung)

Die Verweildauer in Jahresintervallen für die OTA, welche den Schulabschluss der Mittleren Reife besitzen, wird in Abbildung 1.2 dargestellt.

Mittlere Reife und Verweildauer als OTA im OP (n = 53)

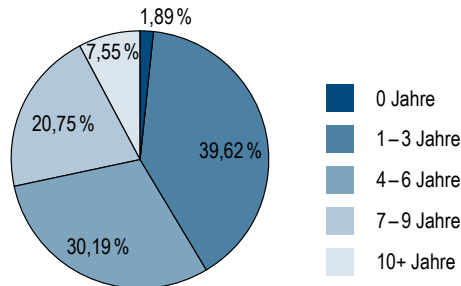


Abb. 1.2: Mittlere Reife und Verweildauer als OTA im OP (eigene Darstellung)

Der größte Anteil der OTA mit dem Schulabschluss der Mittleren Reife ist/war mit 39,62 Prozent ein bis drei Jahre im OP tätig, gefolgt von 30,19 Prozent mit einer Berufstätigkeit von vier bis sechs Jahre. Auf sieben bis neun Jahre Berufstätigkeit kommen 20,75 Prozent der OTA mit der Schulbildung Mittlere Reife, 7,55 Prozent sind/waren zehn oder mehr Jahre im Beruf im OP tätig. Der Anteil der OTA innerhalb der Gruppe des Schulabschlusses der Mittleren Reife, der null Jahre und somit keine Berufstätigkeit nach abgeschlossener Ausbildung nachweisen kann, beläuft sich auf 1,89 Prozent. Nach Änderung der Jahresintervalle in deren Mittelwerte, ergibt sich für die OTA mit der Schulbildung der Mittleren Reife oder Werkrealschule eine mittlere Verweildauer im Beruf im OP in Höhe von 4,72 Jahre. Die Standardabweichung liegt bei 2,8.

Vergleicht man die Ergebnisse aus den Jahresintervallen der Verweildauer der OTA beider Schulbildungen, ist auffällig, dass die Jahresintervalle null Jahre und ein bis drei Jahre überwiegend von OTA mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife angegeben werden. Die Jahresintervalle vier bis sechs Jahre und sieben bis neun Jahre hingegen werden überwiegend von OTA mit dem Schulabschluss der Mittleren Reife angegeben. Auf zehn Jahre und mehr Berufstätigkeit kommen mit 7,55 Prozent und 7,61 Prozent beide Schulabschlüsse auf ähnliche Werte. Die beiden Darstellungen lassen darauf schließen, dass OTA mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife kürzer im Beruf im OP tätig sind als OTA mit der Schulbildung der Mittleren Reife. Dies wird ebenfalls durch die Abbildung 1.3 unterstützt, welche die mittlere Verweildauer der OTA der einzelnen Abschlussjahrgänge, bezogen auf die Schulbildung aufzeigt. Bis auf den Abschlussjahrgang 2018 fällt die mittlere Verweildauer der OTA mit der Schulbildung der Mittleren Reife höher aus, als für die OTA mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife und liegt jeweils auch über der mittleren Verweildauer der gesamten Kohorte.

Mittlere Verweildauer und Schulabschlüsse

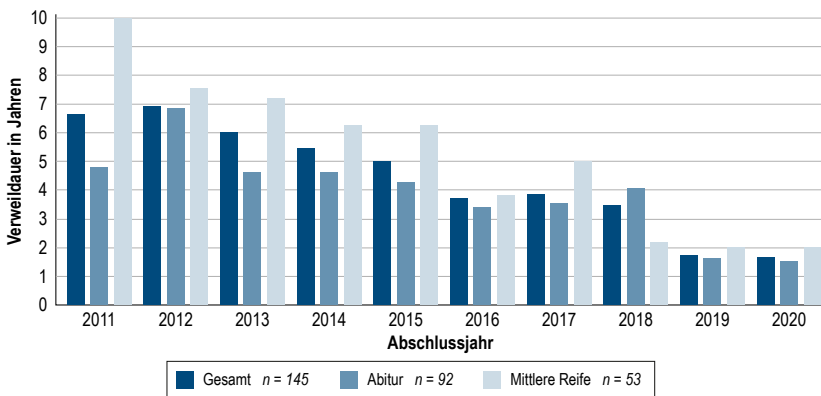


Abb. 1.3: Mittlere Verweildauer der Abschlussjahrgänge, bezogen auf die Schulbildung (eigene Darstellung)

Zur Prüfung der Hypothese 1 wird der t-Test in Excel angewendet. Es ergibt sich für die Verweildauer von OTA mit Abitur und Fachhochschulreife gegenüber der Verweildauer von OTA mit Mittlerer Reife ein signifikantes Ergebnis mit $p = 0,010085$. Da p unter dem festgelegten Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ liegt, kann das Ergebnis als signifikant angesehen werden. Der Effekt der mittleren Verweildauer von OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife und OTA mit Mittlerer Reife beträgt 1,26. Mit einer Effektstärke (Cohen d) von $d = 0,45$ kann dies als mittlerer Effekt gewertet werden. Somit scheint die Schulbildung Auswirkungen auf die Verweildauer im Beruf im OP haben zu können, was durch weitere Untersuchungen im größeren Umfang geprüft werden sollte.

Ergebnisse – Aspekte, die ein Ausscheiden aus dem Beruf im OP begünstigen können

Von den 145 Befragten haben 144 OTA Gründe angegeben, die ein Ausscheiden aus dem OP begünstigen können. Acht OTA haben die Antwortmöglichkeit *Sonstiges* genutzt, um ihre vorab angegebenen Antworten genauer auszuführen, bzw. auf nicht vorhandene Antwortmöglichkeiten hinzuweisen und diese anzugeben. Für diese Frage war eine Mehrfachnennung erlaubt, somit ist $n=144$ für alle 18 Antwortmöglichkeiten. Tabelle 1 zeigt eine Rankingtabelle mit möglichen Aspekten, die ein Ausscheiden aus dem Beruf begünstigen können, sortiert nach der Häufigkeit der Nennung der Aspekte.

Tabelle 1: Aspekte zur Begünstigung eines Berufsausstiegs (eigene Darstellung)

	Aspekte zur Begünstigung eines Berufsausstiegs von OTA (n=144 pro Antwortmöglichkeit)	Angaben in %
1.	Personalmangel, Mehraufwand für angestelltes OP-Personal	59,72%
2.	Unverhältnismäßige Bezahlung im Vergleich zum Arbeitsaufwand	48,61%
3.	Arbeitszeiten (Früh-/Spätschicht, Nacht-/Bereitschaftsdienst, Rufdienst)	47,22%
4.	Arbeitsklima/Umgang im Team	43,75%
5.	Fehlende Planungssicherheit (Wochenendarbeit, Dienste, kurzfristige Übernahmen von Diensten, ...)	40,28%
6.	Vereinbarkeit von Beruf und Familie	35,42%
7.	Körperliche Belastungen/Gesundheitsrisiken	34,03%
8.	Fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten	31,25%
9.	Stress	30,56%
10.	Geplantes Studium	26,39%
11.	Zeitdruck	25,69%
12.	Fehlende Freude an der Arbeit	24,31%

13.	Fehlende Zeit für Freizeitaktivitäten	24,31%
14.	Fehlende Zeit um auf (ängstliche/wache) Patienten: innen einzugehen	20,14%
15.	Schlechte Kommunikation im Team/mit anderen Fachbereichen	18,75%
16.	Strenge Hierarchien	17,36%
17.	Psychische Belastungen	16,67%
18.	Mobbing	9,72%

Mit 59,72 Prozent bemängelt mehr als die Hälfte der OTA den Personalmangel und den damit verbundenen Mehraufwand für das vorhandene Fachpersonal im OP. Dies ist der Aspekt, der am häufigsten genannt wurde. Es sind mit 48,61 Prozent knapp die Hälfte der OTA unzufrieden mit der Vergütung des Berufs. Im Vergleich zum Arbeitsaufkommen und der Verantwortung gegenüber den Patient:innen scheint die Vergütung zu niedrig angesetzt zu sein. Auf den dritten Platz kommt der Aspekt der Arbeitszeit. Der Schichtbetrieb im OP, sowie die Nacht- und Bereitschaftsdienste wird von 47,22 Prozent als möglicher Ausscheidungsgrund angegeben. Auf Platz vier folgt das Arbeitsklima, bzw. der Umgang im Team. Von 43,75 Prozent der OTA wird ein schlechtes Arbeitsklima als Aspekt angesehen, den Beruf, bzw. den aktuellen Arbeitsort zu wechseln. Eine fehlende Planungssicherheit für persönliche Aktivitäten durch die verschiedenen Dienste und Schichten wird von 40,28 Prozent der OTA als möglicher Aspekt eines Ausscheidens aus dem Beruf angegeben und kommt auf Platz fünf. Der Faktor Stress wird von 30,56 Prozent der OTA genannt und manifestiert sich auf Platz 9. Es zeigt sich ebenfalls auf Platz 10, dass 26,39 Prozent der OTA ein geplantes Studium als Grund angeben, den Beruf im OP nicht weiter auszuführen. Die teilweise strengen Hierarchien mit 17,36 Prozent, die psychischen Belastungen mit 16,67 Prozent und das Mobbing mit 9,72 Prozent bilden auf den Plätzen 16 bis 18 die Schlusslichter. Im Vergleich zu den psychischen Erkrankungen, die sich auf dem vorletzten Platz befinden, werden die körperlichen Belastungen und Gesundheitsrisiken des Berufs von den OTA mit 34,03 Prozent auf Platz sieben als stärker belastend eingeschätzt. Unter den acht OTA die Angaben zur Antwortmöglichkeit Sonstiges machten, waren fehlende Karrierechancen, gesundheitliche Gründe, Arbeitszeiten bis in die Nacht/früher Morgen in den Bereitschaftsdiensten, fehlendes Verständnis der Politik, zu viel Routine und fehlende Herausforderungen, ein Stellenangebot zur persönlichen Weiterentwicklung sowie eine direkte Abwanderung nach der Ausbildung in die Schweiz zu finden. Das Arbeitsklima und der Umgang im Team wird von 43,75 Prozent der Befragten bemängelt, weshalb dieser Aspekt nicht außer Betracht gelassen werden sollte.

Ergebnisse – Berufliche Alternativen zum OTA-Beruf

Zu der am häufigsten gewählten beruflichen Alternative nach Ausscheiden aus dem Beruf als OTA zählt ein Studium. Die erhobenen Daten ergeben, dass unter den beruflichen Alternativen mit 11,97 Prozent das Studium der Humanmedizin hervorsticht. In den Bereich der pädagogischen Tätigkeit sind 4,93 Prozent der OTA abgewandert, 4,23 Prozent haben den Studiengang Physician Assistant gewählt. Ein Studium im Bereich Gesundheitsmanagement wurde/wird von 3,52 Prozent der OTA absolviert. Jeweils 1,41 Prozent entfallen auf die Studiengänge Psychologie und Zahnmedizin. 0,70 Prozent der Befragten wechselten zurück in den Grundberuf, der vor der OTA-Ausbildung erlernt wurde, wohingegen 7,75 Prozent im Anschluss eine neue Ausbildung begonnen haben. Von den Teilnehmenden OTA sind 11,27 Prozent aktuell nicht mehr im Gesundheitswesen tätig.

Es wurden bei dieser Frage insgesamt 39 sonstige Angaben erfasst, die sich auf weitere Ausführungen der Antwortmöglichkeiten oder auf nicht vorhandene Antwortoptionen bezogen.

Unter den 36 sonstigen Angaben zu den weiteren beruflichen Alternativen wurde von 11,11 Prozent der OTA angegeben, den Beruf weiterhin als Nebentätigkeit durchzuführen. Ebenfalls 11,11 Prozent haben ein Studium im Bereich der Medizintechnik durchgeführt und sind im Vertrieb von Medizinprodukten tätig, überwiegend im Außendienst. Mit 8,33 Prozent befindet sich ein Teil der Befragten zum Befragungszeitraum in Elternzeit, weitere 8,33 Prozent sind im Bereich der Kardiotechnik, bzw. der Klinischen Perfusion tätig. Ein Studium in einem nicht näher bezeichneten Bereich wurde von 5,56 Prozent angegeben. Jeweils eine Person entfällt mit 2,78 Prozent auf folgende weiteren beruflichen Alternativen: Mutter und Hausfrau, Dialysezentrum, Gesundheits- und Krankenpflege, Medizincontrolling/Kodierfachkraft, Projektmanagement, Kaufmann/frau im Gesundheitswesen, Soldat:in, Studium der Kindheitspädagogik, Studium eines Master of Education, Studium der Hebammenwissenschaften, Lehrkraft an einer ATA-/OTA-Schule, Studium der Biotechnologie mit aktueller Tätigkeit in der Pharmaindustrie, Studium der Gebäude-, Energie- und Umwelttechnik, Studium der Interprofessionellen Gesundheitsversorgung, Verwaltungswirt:in mit aktueller Tätigkeit als Polizeikommissar:in bei der Bundespolizei, Maschinenbaustudium, Studium der Betriebswirtschaftslehre, Studium der Veterinärmedizin, ärztliche Tätigkeit, Studium der Medizininformatik.

Die Kohorte zeigt vielfältige berufliche Alternativen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens auf.

Diskussion und Ausblick

In Deutschland sind im Jahr 2023 etwa sechs Millionen Menschen in Gesundheitsfachberufen tätig, der weibliche Anteil des Gesundheitspersonals beläuft sich auf ca. 75 Prozent (Destatis, 2023). Für das Jahr 2020 konnten insgesamt 10.500 OTA ermittelt werden, die in deutschen Krankenhäusern tätig waren. Mit 82,08 Prozent ist der Anteil der weiblichen OTA stärker vertreten als der Anteil der männlichen OTA (Destatis, 2022).

Diese Geschlechterverteilung zeigt sich auch in den Ergebnissen der durchgeführten Untersuchung, hier liegt der Anteil der weiblichen OTA mit 83,45 Prozent ebenfalls stark über dem Anteil der männlichen OTA.

Die Kohorte zeichnet sich durch einen hohen weiblichen Anteil an OTA, sowie der stark vertretenen Altersgruppen 25 bis 29 Jahre mit 44,14 Prozent und der Altersgruppe 30 bis 35 Jahre mit 30,34 Prozent aus. Entsprechend muss mit einem höheren Anteil von OP-Fachpersonal gerechnet werden, der aufgrund von Elternzeit zeitweise aus dem Beruf ausscheidet und ggf. die Tätigkeit auf Teilzeitbasis wieder aufnimmt (DKI, 2009). Das durchschnittliche Alter bei der Geburt des ersten Kindes lag in Deutschland im Jahr 2020 bei 31,6 Jahre (BiB, 2020). Die Personalausfälle durch Mutterschutz und Elternzeit müssen somit berücksichtigt werden, von 8,33 Prozent der Befragten OTA wird/wurde dieser in Anspruch genommen.

Im Rahmen einer Untersuchung der potenziellen Verweildauer im Beruf im OP an der OTA-Schule der AKR wurden im Jahr 2022 insgesamt 166 OTA-Auszubildende befragt. Die Ergebnisse unterstützen den Aspekt der Berücksichtigung von zukünftigen Elternzeiten. Von den befragten OTA-Auszubildenden geben 28,90 Prozent an, diese zukünftig in Anspruch nehmen zu wollen (Künzer, 2023).

Innerhalb der befragten Kohorte war der Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife mit 63,45 Prozent stärker vertreten, als der Schulabschluss der Mittleren Reife oder Werkrealschule mit 36,55 Prozent.

Die Entwicklung der Schulbildung in Deutschland deutet darauf hin, dass auch zukünftig mehr Bewerber:innen für die OTA-Ausbildung mit dem Schulabschluss Abitur oder Fachhochschulreife zur Verfügung stehen werden (Destatis, 2020). Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass Absolvent:innen der OTA-Ausbildung mit Abitur oder Fachhochschulreife eine kürzere Verweildauer im Beruf im OP aufweisen. Ebenso sind OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife mit 72,58 Prozent stärker in der Gruppe der OTA vertreten, die bereits aus dem Beruf im OP ausgeschieden sind. Absolvent:innen mit der Schulbildung der Mittleren Reife, die nicht mehr im OP tätig sind, machen mit 27,42 Prozent den geringeren Anteil aus.

Die Mittlere Verweildauer der OTA, die an der Befragung teilgenommen haben, konnte mit 3,92 Jahre ermittelt werden. Für Mitarbeitende in der Gesundheits- und Krankenpflege konnten Untersuchungen eine Verweildauer von 8,5 bis 13 Jahre aufzeigen (Günther, 2022). Da die OTA-Ausbildung noch relativ jung ist und ein Teil der ausgewählten Kohorte der Umfrage nicht länger als höchstens elf Jahre im Beruf tätig sein kann, lassen sich diese Angaben schwer vergleichen.

Betrachtet man die Verweildauer der OTA in Zeitintervallen fällt auf, dass OTA mit Abitur mit 13,04 Prozent häufiger direkt nach der Ausbildung aus dem Beruf ausscheiden. Das ist etwas mehr als jede/r Zehnte OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife. Bei den OTA mit Mittlerer Reife beträgt dieser Anteil lediglich 1,89 Prozent.

Auch für das Zeitintervall von ein bis drei Jahre Berufstätigkeit als OTA im OP sticht heraus, dass sich mit 48,91 Prozent mehr OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife in diesem Zeitintervall wiederfinden als OTA mit Mittlerer Reife, welche die Berufstätigkeit von ein bis drei Jahre mit 39,62 Prozent angeben.

Die Ergebnisse aus der Umfrage zur potenziellen Verweildauer von OTA-Auszubildenden aus dem Jahr 2022 unterstützen die Ergebnisse aus der durchgeführten Untersuchung. Von den OTA-Auszubildenden mit Abitur sehen sich 60,30 Prozent ein bis fünf Jahre nach der Ausbildung im Beruf im OP tätig, OTA-Auszubildende mit Mittlerer Reife sehen sich mit 44,60 Prozent innerhalb dieses Zeitintervalls als OTA im OP tätig. Somit sehen sich bereits mehr als die Hälfte der OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife bereits nach spätestens fünf Jahren nicht mehr im OP tätig (Künzer, 2023).

Mit 30,19 Prozent befinden sich mehr OTA mit der Schulbildung der Mittleren Reife innerhalb des Zeitintervalls von vier bis sechs Jahre Berufstätigkeit, OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife erreichen innerhalb dieses Zeitintervalls einen Anteil von 23,91 Prozent. Ebenfalls den größeren Anteil mit 20,75 Prozent stellen die OTA mit Mittlerer Reife im Zeitintervall von sieben bis neun Jahre, im Gegensatz zu den OTA mit der Schulbildung Abitur mit 6,52 Prozent.

Die Ergebnisse der potenziellen Verweildauer der OTA-Auszubildenden aus dem Jahr 2022 decken sich hier nicht mit den erhobenen Daten. Für OTA-Auszubildende mit der Schulbildung Abitur ergibt sich für das Zeitintervall sechs bis zehn Jahre ein Anteil von 20,70 Prozent, welcher leicht höher ausfällt als der Anteil der OTA-Auszubildenden mit der Schulbildung der Mittleren Reife, welcher 17 Prozent beträgt. Somit sehen sich im Jahr 2022 mehr OTA-Auszubildende mit der Schulbildung Abitur oder Fachhochschulreife sechs bis zehn Jahre im Beruf tätig. (Künzer, 2023).

Für das Zeitintervall einer Berufstätigkeit von zehn Jahren und länger kommen OTA mit Abitur, mit 7,61 Prozent und OTA mit Mittlerer Reife, mit 7,55 Prozent, auf fast identische Werte.

Die potenzielle Verweildauer von OTA-Auszubildenden für das Zeitintervall 11 bis 15 Jahre ergibt für OTA-Auszubildende mit Abitur einen Anteil von 7 Prozent und für OTA-Auszubildende mit Mittlerer Reife einen Anteil von 15,40 Prozent. Im Rahmen dieser Umfrage sehen sich weniger OTA-Auszubildende mit Abitur oder Fachhochschulreife 11 bis 15 Jahre im OP tätig als OTA-Auszubildende mit Mittlerer Reife (Künzer, 2023).

Vergleicht man die beiden Untersuchungen zur Verweildauer von OTA miteinander zeigt sich, dass OTA mit Abitur oder Fachhochschulreife häufiger früher aus dem Beruf im OP ausscheiden als OTA mit der Schulbildung der Mittleren Reife. Somit kann von einem Zusammenhang der Schulbildung und der Verweildauer im Beruf als OTA im OP ausgegangen werden.

Von den aus dem Beruf im OP ausgeschiedenen OTA ist die am häufigsten gewählte berufliche Alternative ein Studium der Humanmedizin, welches von 11,97 Prozent der Befragten durchgeführt wurde.

Das Studium der Humanmedizin ist ebenfalls bei der Erhebung der Daten zur potenziellen Verweildauer von OTA-Auszubildenden die am stärksten vertretene berufliche Alternative. Von den 48,80 Prozent der OTA-Auszubildenden, die sich im Anschluss an die Ausbildung ein Studium vorstellen können, möchten 45,70 Prozent ein Studium der Human- oder Zahnmedizin beginnen (Künzer, 2023).

Die Ergebnisse aus diesen beiden Untersuchungen scheinen die Aussage zu unterstützen, dass OTA im Anschluss an die Ausbildung häufig ein Medizinstudium absolvieren (Künzer, 2023; Ruppert, 2021).

Eine Studie aus dem Jahr 2010 zur potenziellen Verweildauer von Auszubildenden zur Gesundheits- und Krankenpflege zeigt ebenfalls die Tendenz auf, dass 30 Prozent der Auszubildenden nach der Ausbildung ein Studium beginnen möchten (Gömbek & Fleß, 2011).

Mit 0,70 Prozent der Befragten ist ein sehr geringer Anteil der OTA in die vorab abgeschlossene Berufsausbildung oder den Beruf nach einem Studium zurückgekehrt. Die Rückkehr in den erlernten Beruf scheint somit keine Auswirkungen auf die Verweildauer im OP zu haben. Wohingegen mit 7,75 Prozent einige OTA eine neue Ausbildung begonnen haben.

Dieselbe Tendenz zeigt die Umfrage zur potenziellen Verweildauer von OTA-Auszubildenden aus dem Jahr 2022 auf. Eine Rückkehr in den vorab erlernten Beruf können sich 1,20 Prozent der OTA-Auszubildenden vorstellen. Der Beginn einer neuen Ausbildung wird von 11,40 Prozent der OTA-Auszubildenden in Erwägung gezogen (Künzer, 2023).

Der am häufigsten genannte Grund für ein mögliches Ausscheiden aus dem Beruf im OP ist mit 59,72 Prozent der Personalmangel, mit dem verbundenen Mehraufwand für das vorhandene Personal. Dem Personalmangel folgt die unverhältnismäßige Bezahlung im Vergleich zum Arbeitsaufwand mit 48,61 Prozent und den wechselnden Arbeitszeiten mit verschiedenen Schichten mit 47,22 Prozent. Das Arbeitsklima und der Umgang im Team wird von 43,75 Prozent der Befragten OTA als möglicher Ausscheidungsgrund aus dem Beruf angegeben.

Die Umfrage zur potenziellen Verweildauer von OTA-Auszubildenden erfasste ebenfalls Aspekte, die ein Ausscheiden aus dem Beruf im OP begünstigen können. Die Untersuchung aus dem Jahr 2022 zur potenziellen Verweildauer von OTA-Auszubildenden im OP-Beruf konnte dieselben Aspekte identifizieren, wie in der durchgeführten Untersuchung zur Verweildauer der Absolvent:innen der AKR im Zeitraum 2011 bis 2020, jedoch in einer leicht abgeänderten Reihenfolge der Relevanz. Die häufigste Angabe eines möglichen Ausscheidungsgrundes aus dem Beruf im OP ist für die OTA-Auszubildenden das Arbeitsklima und der Umgang im Team mit 63,90 Prozent, gefolgt von der unverhältnismäßigen Vergütung mit 53 Prozent. Von 44 Prozent wird der Personalmangel an dritter Stelle genannt, knapp dahinter liegt mit 43,40 Prozent der Aspekt der physischen Belastungen und Gesundheitsrisiken. Erst an fünfter Stelle folgen mit einem Anteil von 38,60 Prozent die wechselnden Arbeitszeiten mit Schichtsystem (Künzer, 2023).

Vergleicht man die Umfrageergebnisse miteinander zeigt sich, dass von OTA und OTA-Auszubildenden überwiegend dieselben Aspekte eines möglichen Ausscheidens aus dem Beruf im OP genannt werden, auch wenn diese beiden Gruppen die Relevanz der jeweiligen Aspekte unterschiedlich beurteilen.

Es wäre wünschenswert, wenn weitere Untersuchungen zur Verweildauer von OTA und der Auswirkung der Schulabschlüsse durchgeführt werden, um die erhaltenen Ergebnisse im größeren Rahmen vergleichen zu können. Es gilt zu überlegen, welche Maßnahmen getroffen werden können, um die OTA im Beruf im OP halten zu können. Angefangen bei z.B. der Möglichkeit der Äußerung von Wünschen bei der Dienstplangestaltung oder einer Erstellung eines Notfall-Einsprung-Programms, welches ein geregeltes Einspringen für erkranktes Personal darstellt. Am Arbeitsklima könnte durch entsprechende teambildende Maßnahmen oder auch mit Hilfe psychologischer Unterstützung gearbeitet werden. Ein respektvoller Umgang miteinander sollte ein erstrebenswertes Ziel sein, um sich voll und ganz auf die Patient:innenversorgung konzentrieren zu können. Manche Aspekte können sicherlich innerhalb des OP-Teams angegangen werden, wenn es jedoch z.B. um den Personalmangel und die Krankenhausfinanzierung geht, ist ein Mitwirken der politischen Ebene unbedingt erforderlich.

Literaturverzeichnis

- Angelstein, S. & Mühle, U. (2022). Peer-Support: Stress und Traumata vorbeugen. *Im OP*, 12, 60 – 65.
- Berentzen, J. & Lennartz, S. (2010). Arbeitsplatz Operationsabteilung: Physische Belastungen für OP-Personal – Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Prävention. *OP-Journal*, 26, 48 – 53.
- Bittner, S. (2017). Umgang mit Stress und Druck im OP. Haltung bewahren. Pflegen-Intensiv. *Fachzeitschrift für Intensiv-, Anästhesie- und OP-Pflege*, 1, 56 – 57.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (2020). *Durchschnittliches Alter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder in Deutschland (Kreisebene, 2020)*. <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/F61-Alter-Muetter-bei-Geburt-Kreise.html> [15.02.2023].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). *Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes über die Ausbildung zur Anästhesietechnischen Assistentin und zum Anästhesietechnischen Assistenten und über die Ausbildung zur Operationstechnischen Assistentin und zum Operationstechnischen Assistenten*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/ATA-OTA_Bundestag.pdf [24.10.2022].
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) e.V. (2019). *DKG-Empfehlung zur Ausbildung von Operationstechnischen und Anästhesietechnischen Assistentinnen/Assistenten*. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.5_Personal_und_Weiterbildung/2.5.12._Aus-__Fort-_und_Weiterbildung_von_OTA_ATA/Formulare/DKG-Empfehlung_OTA-ATA_Vorstand_2019_o6_18.pdf [24.10.2022].
- Deutsches Krankenhausinstitut (DKI) e.V. (2009). *Weiterentwicklung der nicht-ärztlichen Heilberufe am Beispiel der technischen Assistenzberufe im Gesundheitswesen. Forschungsgutachten des Krankenhausinstitut e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/forschungsgutachten-weiterentwicklung-der-nicht-aerztlichen-heilberufe-am-beispiel-der-technischen-assistenzberufe-im-gesundheitswesen.html> [02.07.2023].
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation. In den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. aktualisierte Aufl.). Springer.

- Ekert, B. & Ekert, C. (2019). *Psychologie für Pflegeberufe* (4. Aktualisierte Aufl.). Thieme.
- Golombek, J. & Fleßa, S. (2011). *Einflussfaktoren auf die Verweildauer im Beruf und die Standortwahl des Arbeitsplatzes bei Gesundheits- und Krankenpflegern*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s16024-011-0104-x#citeas> [15.02.2023].
- Grunow, S., Jochem, J. & Schöfer, I. (2000). OTA – ein neues Berufsbild etabliert sich im Gesundheitswesen. *Zeitschrift des Bundesinstituts für Berufsbildung. Berufsbildung, Wissenschaft und Praxis*, 29 (5), 23 – 24.
- Günther, H. (2022). Fluktuation 2.0. *Intensiv*, 30, 6 – 7.
- Igl, G. (2021). *Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz (ATA-OTA-G). Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (ATA-OTA-APrV). Gesetzes- und Verordnungs-begründungen – Erläuterungen*. Medhochzwei.
- JR OP-TIMIERT (2018). *Die große JR OP-TIMIERT Personalstudie 2017/2018. So sind OP-Kräfte zu halten: Plädoyer für mehr Mitbestimmung im OP. Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter OP-Fachkräften zur Arbeitssituation im OP*. Augsburg.
- Kollert-Beck, S. & Motzny, A. (2022). Weiterbildung im OP: Was haben wir gemacht, was machen wir, was werden wir machen? *Im OP*, 12, 249 – 253.
- Künzer, M. (2023). Wie lange bleiben OTA nach der Ausbildung im Beruf? *Im OP*, 13, 20 – 24.
- Maier, J. (2019). Tabletten gegen den Stress. *CNE.magazin. Certified Nursing Education*, 3, 16 – 18.
- Özlü, I. (2020). Pandemie trifft Pflegenotstand. *Intensiv*, 28, 122 – 125.
- Pilny, A. & Rösel, F. (2021). Personalfuktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter wechselt den Job. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2021. Versorgungsketten – Der Patient im Mittelpunkt* (S. 267 – 276). Springer.
- Richter, Y. (2019). Stress verstehen und bewältigen. *Im OP*, 9, 138 – 141.
- Ruppert, J. (2019). Ernste Notlage in deutschen OP´s. Von der Krankenschwester zur kranken Schwester? *KU Gesundheitsmanagement*, 02/2019, S. x11 – x13.

- Ruppert, J. (2021). *Pflexit im OP: Warum hochmotivierte Fachkräfte kündigen*. https://www.jr-optimiert.de/trotz-leidenschaft-zum-op-beruf-endstation-kuendung/?utm_source=ActiveCampaign&utm_medium=email&utm_content=Pflexit+im+OP%3A+Warum+hochmotivierte+Fachkr%C3%A4fte+k%C3%BCndigen&utm_campaign=Newsletter+KW+18+2021 [24.10.2022].
- Schlick, S. (2022). *Wie lässt sich die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden steigern? Im OP, 12, 132 – 136.*
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2020). *Bildungsstand der Bevölkerung - Ergebnisse des Mikrozensus 2019-. Ausgabe 2020*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Bildungsstand/Publikationen/Downloads-Bildungsstand/bildungsstand-bevoelkerung-5210002197004.pdf?__blob=publicationFile [15.02.2023].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022). *Anzahl des nichtärztlichen Krankenhauspersonals in Deutschland nach ausgewählten Berufen und Geschlecht im Jahr 2020*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/546452/umfrage/nichtaerztliches-krankenhauspersonal-in-deutschland-nach-berufen-und-geschlecht/?locale=de> [15.02.2023].
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023). *Gesundheit. Gesundheitspersonal*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitspersonal/_inhalt.html [15.02.2023].
- Teppe, L. (2020). *Blieben Sie gesund!. Im OP, 10, 68 – 75.*
- Umfrage online (2022). *Professionelle Online Umfragen erstellen, leicht gemacht*. <https://www.umfrageonline.com/> [14.11.2022].
- Weimer, T. (2021). *Stellungnahme im Auftrag des Deutschen Berufsverband Anästhesietechnischer und Operationstechnischer Assistenz (ATAIOTA-Verband). Zur Fragestellung: „Einsatz von ATA OTA in der Pflege nach § 5 Abs. 2PflBG in Pandemiezeiten“*. WEIMER | BORK, Kanzlei für Medizin-, Arbeits- & Strafrecht, Bochum.
- Welk, I. (2019). *Balance finden im Berufsalltag. Im OP, 9, 243 – 248.*

2.3 Stereotype über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen **Yasmin Alice Worbs, Kira Morano, Clara Hartmetz**

Einleitung

Das Gesundheitswesen ist die größte deutsche Berufsbranche und beschäftigte im Jahr 2020 fast zwei Millionen Frauen (rund 82 %) (Arbeitsagentur, 2021). Der Anteil weiblicher Führungskräfte betrug 2020 im Gesundheitswesen hingegen nur 29 Prozent (PWC, 2020; World Health Organization [WHO], 2019). Trotz des überwiegend weiblichen Personals verdienen Frauen im Gesundheitsberufen global durchschnittlich 28 Prozent weniger als Männer (WHO, 2019).

Die Berufsgruppen der Zahnmedizinischen Fachangestellten (im Folgenden ZFA), Medizinischen Fachangestellten (im Folgenden MFA), Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (im Folgenden GuK) und Ärzt:innen (im Folgenden AE) bilden über 75 Prozent des gesamten deutschen Gesundheitspersonals (Arbeitsagentur, 2020). Die Geschlechterverteilung von ZFA, MFA sowie GuK zeigt ein starkes Ungleichgewicht. Dies wird insbesondere in der ZFA- und MFA-Ausbildung mit jeweils 95 Prozent weiblichen Auszubildenden erkennbar (Destatis, 2019; Destatis, 2021a) sowie in der Berufsgruppe der GuK mit 83 Prozent weiblichen Beschäftigten (Destatis, 2021b). Lediglich in der Gruppe der AE zeigt sich eine ausgeglichene Geschlechterverteilung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes [GBE], 2021). Dennoch gelangen in Deutschland nur wenige weibliche AE in Führungspositionen (Beerheide, 2017; PWC, 2020). Auch im Bruttoverdienst der Berufsgruppen ZFA und MFA zeigt sich eine Differenz von 30-35 Prozent zu dem durchschnittlichen Gehalt anderer Berufsgruppen in Deutschland (Bundesärztekammer, 2020; Statista, 2020; Verband medizinischer Fachberufe e. V., 2019). Weiterhin wurde die fehlende gesellschaftliche Anerkennung während der COVID-19-Pandemie durch eine ausbleibende Reaktion auf die Forderung eines Corona-Sonderbonus für die Berufsgruppen der ZFA und MFA, im Vergleich zu den Beschäftigten in der stationären Versorgung, deutlich (ÄrzteZeitung, 2021).

Trotz des hohen Stellenwertes des Gesundheitswesens in Deutschland und der damit einhergehenden gesellschaftlichen Relevanz von ZFA, MFA und GuK lässt sich eine fehlende gesellschaftliche Anerkennung der Berufsgruppen vermuten. Diese Annahme wird durch eine ungenügende Forschungsgrundlage unterstützt. Daher wird nachfolgend das gesellschaftliche Bild von ZFA, MFA, GuK und AE und die möglichen Berufsgruppenstereotype im Zusammenhang mit Geschlechterstereotypen thematisiert. Die daraus resultierende übergreifende Fragestellung: Bestehen Berufsgruppenstereotype in der Gesellschaft über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen? Und: Stehen diese mit Geschlechterstereotypen in Verbindung? wird in diesem Beitrag untersucht.

Berufliche Identität und Einflüsse von Geschlechterrollen

Die berufliche Identitätsfindung kann als individuelles Streben nach der Balance zwischen inneren Rollenvorstellungen, Identitätskonzepten und der realen Welt beschrieben werden (Marcia, 1980). Dabei wird die Berufswahlentscheidung insgesamt durch das Zusammenkommen mehrerer Erklärungsmuster gleichzeitig gesteuert. Zum einen sind die Persönlichkeit und individuelle Präferenzen ausschlaggebend, zum anderen sind Sozialisation, biologische Faktoren und deren Interaktion untrennbar mit der Berufswahlentscheidung verbunden (Boll et al., 2015). Weiterhin wird auf die Berufswahl durch einflussreiche Akteur:innen und Institutionen eingewirkt. Dies können Eltern, die Peergruppe und die Schule oder auch Medien sowie die Berufsberatung sein. So kann angenommen werden, dass die Berufswahl sowohl aus einer Kombination von Fähigkeiten und Interessen resultiert, als auch von Stereotypen beeinflusst wird. Diese können die wahren beruflichen Präferenzen der Jugendlichen und jungen Erwachsenen überlagern, so dass potenziell eine suboptimale Berufswahl getroffen werden kann (Boll et al., 2015).

Des Weiteren beginnt die berufliche Identität bereits vor dem Eintritt in die Berufswelt mit der Sozialisation und Entwicklung anderer Identitätsbestandteile, zu denen die Geschlechtsidentität gehört. Die Sozialisationsprozesse in der menschlichen Entwicklung sind dabei durch Geschlechterrollen und geschlechterstereotype Verhaltensmuster geprägt. Somit beeinflussen Geschlechterstereotype laut Gottfredson (1981) indirekt die Bildungs- und Berufswahl. Der Einfluss von Geschlechterrollen auf die Bildungs- und Berufswahl kann laut Eccles (1994) so stark sein, dass Aktivitäten, die nicht als Teil der eigenen Rolle identifiziert werden, unbewusst abgelehnt werden.

Weiterhin wird besonders der subjektive Wert von Bildungs- oder Berufsoptionen durch Geschlechterrollen beeinflusst (Eccles, 1994). Zudem haben Geschlechterstereotype, Geschlechterrollen und das Geschlecht Einfluss auf die endgültigen beruflichen Wahlmöglichkeiten sowie Arbeitsleistungen und fließen im Zeitverlauf wiederholt in Bildungs- und Berufsentscheidungen ein. Dabei werden insbesondere die individuellen Erfolgserwartungen und Aufgabenwerte beeinflusst (Abb. 1). Weiterhin haben Frauen in Berufen, in denen mehr Männer als Frauen arbeiten, weniger Vertrauen in ihre Fähigkeiten und bewerten die Aufgaben individuell geringer. Außerdem kann die Erwartung von negativen Effekten in einem männlich dominierten Berufsfeld ein weiterer Grund für die Entscheidung eines stereotyp-weiblichen Berufes sein. Weiterhin treffen Frauen berufliche Entscheidungen häufig nicht isoliert von anderen Lebensbereichen, sondern im Zusammenhang mit anderen Entscheidungen, wie beispielsweise damit, Kinder zu bekommen. Dabei kann ein Konflikt zwischen traditionellen weiblichen Rollenvorstellungen und Zielen sowie traditionell männlich geprägten Leistungsaktivitäten entstehen (Eccles, 1994; 2011).

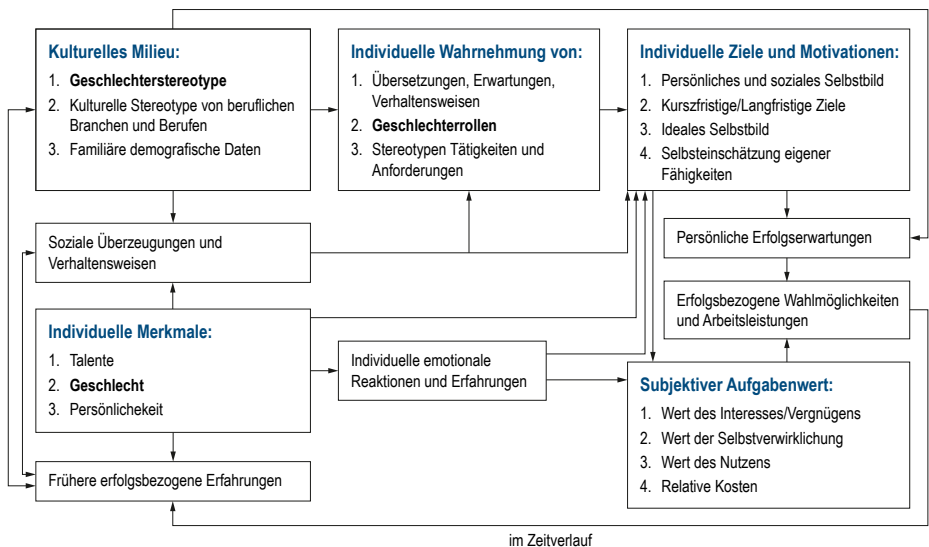


Abb. 1: Modell zu geschlechtsspezifischen Bildungs- und Berufsentscheidungen (eigene Darstellung in Anlehnung an Eccles et al., 1983; zit. n. Eccles, 2011)

Betrachtet man die unterschiedlichen Berufe auf dem deutschen Arbeitsmarkt wird deutlich, dass der Großteil aller Berufe entweder überwiegend von Frauen oder überwiegend von Männern dominiert wird. Die berufliche Segregation auf dem Arbeitsmarkt steht systematisch im Zusammenhang mit den Geschlechterungleichheiten. Obwohl die Erwerbsbeteiligung der Frauen in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen ist, nimmt die berufliche Geschlechtersegregation kaum ab. Dennoch zeigt sich ein Anstieg des Frauenanteils in akademisch qualifizierten Berufen und darüber hinaus in dem wachsenden Dienstleistungssektor (Hausmann & Kleinert, 2014).

Des Weiteren lässt sich die Segregation der Berufe in stereotyp-weibliche und stereotyp-männliche Bereiche insbesondere am Männeranteil in den medizinischen Ausbildungsberufen und dem Frauenanteil in den MINT-Ausbildungsberufen erkennen. Dabei lag der Anteil der männlichen Auszubildenden bei 16,0 Prozent (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2020). Hingegen lag der Anteil weiblicher Auszubildender in den MINT-Ausbildungsberufen bei 10,7 Prozent (BMFSFJ, 2020). Die Anteile der weiblichen Beschäftigten haben sich in der Mehrheit der Berufe in den letzten 35 Jahren nur sehr gering verändert (Boll et al., 2015).

Das Interesse von Männern an stereotyp-weiblichen Berufen ist größer, wenn in der Berufsbeschreibung keine weiblichen Stereotype angesprochen werden. Demnach könnten geschlechtsunspezifische Berufsbeschreibungen und Berufsbezeichnungen

gen eine geschlechtsunabhängige Berufswahl fördern (Forsman & Barth, 2017). Des Weiteren entstehen die komplexen Einflüsse auf die Berufswahl, neben der vorberuflichen Identität, insbesondere aus der Verfügbarkeit von beruflichen Möglichkeiten. Dabei werden Geschlechterrollen eher unterbewusst und im fortgeschrittenen Prozess einbezogen (Richter & Jahn, 2015).

Neben der horizontalen Segregation der Berufe in unterschiedliche Berufsfelder besteht ebenfalls eine vertikale Trennung. Eine direkte Folge ist die Gender Pay Gap. Diese beschreibt den Verdienstunterschied zwischen Frauen und Männern. Trotz staatlicher Maßnahmen, die gleiche Bildungschancen und Frauenförderung unterstützen, konzentrieren sich weibliche Arbeitnehmerinnen bei der Berufswahl weiterhin vorrangig auf die Vereinbarkeit von Familien- und Berufsleben und üben durchschnittlich mehr soziale Berufe aus, als männliche Arbeitnehmer (Athenstaedt & Alfermann, 2011).

Berufsgruppenstereotype und Geschlechterstereotype im Gesundheitswesen

Der Begriff Stereotype kommt aus dem Griechischen und bedeutet fest (lat. stereos) und Form (lat. typos) (Bergius & Six, 2014). Zudem sind verschiedene Definitionen für den Begriff Stereotype etabliert. Bei Stereotypen handelt es sich um „Die sozial geteilten Überzeugungen bezüglich der Attribute, Eigenschaften, Verhaltensweisen etc. hinsichtlich derer die Mitglieder einer Gruppe einander ähneln.“ (Stürmer & Siem, 2020, S.52). Stereotype können positiv, neutral oder negativ konnotiert sein und sind überzeugend, nachvollziehbar und lebensnah. Sie wirken durch eine Verzerrung von Emotionen, der Bildung von Urteilen, der Entscheidungsfindung, im Gedächtnis oder bei der Verarbeitung von Eindrücken und Informationen. Sie finden sich in allen Gesellschaftsschichten wieder (Boll et al., 2015). Insbesondere negative Stereotype über Frauen, wie emotional, naiv, schüchtern, schwach und nachgiebig, sind tief in sozialen und kulturellen Normen verankert, selbst in Ländern, in denen Antidiskriminierungsgesetze gelten. Dies hat zur Folge, dass Frauen oftmals nicht die gleichen Chancen haben wie Männer (Unilever, 2017; Vial & Napier, 2018).

Geschlechterstereotype werden definiert als kognitive Strukturen, die persönliche Attribute mit den sozialen Kategorien weiblich und männlich verbinden (Del Boca & Ashmore, 1980). Der Ursprung von Geschlechterrollen befindet sich in einem Zusammenspiel aus demographischen und soziologischen Faktoren wie dem Bildungsniveau, der Herkunft sowie der Religiosität und kulturellen Normen. Weiter nehmen auch psychologische Variablen und Sozialisierungsprozesse Einfluss auf die Entwicklung von Geschlechterstereotypen (Boll et al., 2015). Stereotypisierung und Diskriminierung aufgrund des Geschlechtes kann zu Stress, geringerer Lebenszufriedenheit sowie geringerer Produktivität führen. Eine geringere Lebenszufriedenheit kann sich auf alle Funktionen eines Menschen auswirken, sowohl im persönlichen

als auch im beruflichen Bereich (Alobaid et al., 2020). Die Ergründung und Auseinandersetzung mit Stereotypen ist daher von zentraler Bedeutung für das Leben und Arbeiten in der Gesellschaft und Wirtschaft (Unilever, 2017).

Methoden

Studiendesign und Stichprobe

Bei der vorliegenden Forschung handelt es sich um eine quantitative explorative Querschnittstudie (Döring & Bortz, 2016), welche vom 21.10.2020 bis 30.04.2021 mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt wurde. Insgesamt haben $n = 398$ Teilnehmende im Alter von 19 bis 72 Jahren an der Befragung teilgenommen und den Fragebogen online ausgefüllt. Von der Gesamtstichprobe waren 299 (75,1 %) weiblich. Zur Einordnung des Alters wurden die Teilnehmenden in die Altersgruppen 18 bis 29 Jahre, 30 bis 49 Jahre und ab 50 Jahre eingeteilt.

Statistische Hypothesen

Zur Analyse wurden folgende statistische Hypothesen untersucht:

- Ho_a: Es bestehen keine differenzierbaren Berufsgruppenstereotype über ZFA, MFA, GuK und AE, die in Eigenschaftenprofilen unterschiedlich ausgeprägt sind.
- Ho_b: Die Eigenschaftenprofile von ZFA, MFA, GuK und AE unterscheiden sich von stereotyp-weiblichen Eigenschaftenprofilen von den Ergebnissen der im Forschungsstand berichteten empirischen Untersuchungen.
- Ho_c: Die Einschätzung der Eigenschaftenprofile von ZFA, MFA, GuK und AE zeigt keinen Unterschied hinsichtlich des Geschlechtes der Teilnehmenden.
- Ho_d: Die Einschätzung der Eigenschaftenprofile von ZFA, MFA, GuK und AE zeigt keinen Unterschied hinsichtlich des Alters der Teilnehmenden.
- Ho_e: Die Berufe der Teilnehmenden haben keinen Einfluss auf Eigenschaftenprofile von ZFA, MFA, GuK und AE.
- Ho_f: Die Einschätzung der Eigenschaftenprofile von ZFA, MFA, GuK und AE zeigt keinen Unterschied in Abhängigkeit der Dauer der beruflichen Tätigkeit im Gesundheitswesen der Teilnehmenden.

Erhebungsverfahren

Für die Erhebung wurde ein selbst entwickelter Fragebogen eingesetzt, der Eigenschaften zur Einschätzung der vier Berufsgruppen beinhaltet, um mögliche Berufsgruppenstereotype über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen und deren Verbindung mit Geschlechterstereotypen zu untersuchen. Darin wurden jeweils 37 Eigenschaften für die Berufsgruppen ZFA, MFA, GuK und AE bewertet. Die Eigenschaften wiederholten sich in jeder Berufsgruppe, um einen statistischen Vergleich

zu ermöglichen. Um einem Bias durch mögliche Reihenfolge-Effekte vorzubeugen, erfolgte die Reihenfolge der befragten Berufsgruppen zufällig.

Die Einführungsfrage zu den jeweiligen Berufsgruppen lautete, beispielhaft an der Berufsgruppe der ZFA, "Inwiefern treffen aus Ihrer Sicht die folgenden Eigenschaften auf Personen zu, die als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r oder Zahnarzthelfer/ in tätig sind?". Die Einstufung der Eigenschaften konnte nach dem semantischen Differential mit einer 5-stufigen Likert-Skala von gar nicht bis sehr durchgeführt werden (Bühner, 2011). Die Likert-Skala entspricht der folgenden Einordnung: 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = mittelmäßig, 4 = ziemlich und 5 = sehr.

Auf Grundlage empirischer Datenerhebungen wurden folgende Eigenschaften zu Geschlechterstereotypen für die Erstellung des Fragebogens ausgewählt (Abb. 2):

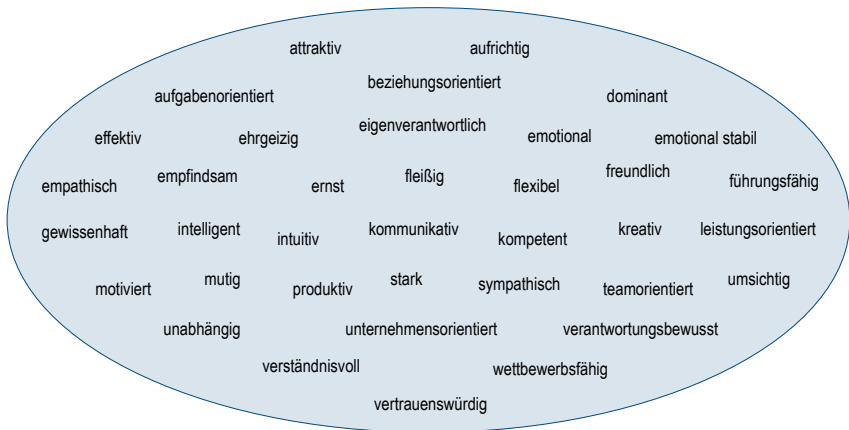


Abb. 2: Ausgewählte 37 Eigenschaften (eigene Darstellung in Anlehnung an Eagly et al., 2019; Hentschel et al., 2019.; Koenig, 2018.; Vial & Napier, 2018)

Statistische Analysen

Die Datenauswertung erfolgte mithilfe deskriptiver Statistiken (absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen) sowie Faktorenanalysen, t-Tests und Varianzanalysen. Alle Analysen wurden mit SPSS Version 25 durchgeführt. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen wurden bei einem Signifikanzniveau von $p < 0.05$ angenommen. Um der Alphafehler-Kumulierung entgegenzuwirken, wurde für die Ergebnisse eine Bonferroni-Korrektur durchgeführt (Field, 2013). Des Weiteren wurden die Effektstärken der signifikanten Ergebnisse nach Cohen's d berichtet und eingeschätzt (Cohen, 1988). Die Effektstärken der signifikanten Ergebniswerte wurden anhand des partiellen Eta-Quadrates berechnet (Field, 2013).

Mithilfe der Faktorenanalyse konnten die aus der Empirie ausgewählten Eigenschaften in zwei unabhängige Faktoren geladen werden. Die den Faktoren zugeordneten Eigenschaften wurden im weiteren Verlauf als Eigenschaftenprofile zur Analyse genutzt. Die explorative Faktorenanalyse ergab für die Berufsgruppen ZFA, MFA, GuK und AE hinsichtlich der 37 Eigenschaften eine 2-Komponenten-Lösung. Im weiteren Verlauf wurde hieraus Komponente 1 mit insgesamt 10 Eigenschaften als kommunales Eigenschaftenprofil (im Folgenden als *kommunal* bezeichnet) und Komponente 2 mit insgesamt 8 Eigenschaften als agentisches Eigenschaftenprofil (im Folgenden als *agentisch* bezeichnet) (Abb. 3) generiert. Aus der Evidenz geht hervor, dass die Ergebnisse zu den kommunalen Eigenschaften im Zusammenhang mit Gemeinschaftlichkeit (engl. communality) stehen und aufgrund dessen als weiblich definiert werden. Wohingegen die Eigenschaften, die als männlich definiert werden, im Zusammenhang mit Handlungsfähigkeit (engl. agentic) stehen. Daraus ergibt sich die Einteilung der Eigenschaftenprofile in kommunal und agentisch (Eagly et al., 2019; Vial & Napier, 2018).

Kommunal	Agentisch
verständnisvoll	leistungsorientiert
empathisch	wettbewerbsfähig
freundlich	unternehmensorientiert
sympathisch	unabhängig
empfindsam	ernst
kommunikativ	attraktiv
teamorientiert	ehrgeizig
gewissenhaft	dominant
vertrauenswürdig	
verantwortungsbewusst	

Abb. 3: *Eigenschaftenprofile kommunal und agentisch (eigene Darstellung)*

Zum Vergleich aller Eigenschaften zwischen den Berufsgruppen wurde ein t-Test für verbundene Stichproben durchgeführt. Die Profile zwischen den Geschlechtern wurden anhand des t-Tests für unabhängige Stichproben verglichen. Um die Mittelwerte mehrerer abhängiger Variablen zu vergleichen, wurden einfaktorielle MANOVA durchgeführt. In der Durchführung der multivariaten Varianzanalysen wurden zunächst die Eigenschaftenprofile der medizinischen Fachberufe hinsichtlich der Altersgruppen verglichen. Zudem wurden Eigenschaftenprofile, unterteilt nach den unterschiedlichen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen, mit denjenigen verglichen, die nicht im Gesundheitswesen tätig sind.

Ergebnisse

Insgesamt nahmen n = 398 Befragte im Alter von 19 bis 72 Jahren mit einem durchschnittlichen Alter von 36.17 (SD = 11.56) teil. Von der Gesamtstichprobe waren 75.1 Prozent weiblich. Die Erhebung der Berufsbranchen ergab, dass 206 Teilnehmende

(51.8 %) einer Tätigkeit im Gesundheitswesen nachgehen und 192 Teilnehmende (48.2 %) keinen Beruf im Gesundheitswesen ausüben. Die Berufsgruppen der Teilnehmenden wurden eingeteilt in MFA (21.1 %), ZFA (5.3 %), GuK (8.5 %), AE (3.0 %) und sonstige Berufsgruppen im Gesundheitswesen (13.8 %). Die Tätigkeitsdauer der befragten Teilnehmenden aus dem Gesundheitswesen teilte sich wie folgt auf: kürzer als 1 Jahr (1.3 %), 1 bis 3 Jahre (8.8 %), 4 bis 9 Jahre (16.1 %) und länger als 10 Jahre (25.6 %).

Deskriptive Statistik aller Eigenschaften der Berufsgruppen

Die Anzahl der Teilnehmenden, die die 37 Eigenschaften der jeweiligen Berufsgruppe bewertet haben, variieren zwischen $n = 391$ und $n = 397$. Es ergeben sich 1.5 Prozent fehlende Werte. Die Betrachtung der Mittelwerte aller befragten Eigenschaften zeigte, dass die Eigenschaften für die vier Berufsgruppen unterschiedlich bewertet wurden und sich somit die Ausprägung der Berufsgruppenstereotype unterschieden. So lassen sich zentrale Tendenzen und Unterschiede zwischen den Berufsgruppen feststellen. Die Betrachtung zeigt große Differenzen in den Bewertungen der Eigenschaften durch die Teilnehmenden zwischen AE und den restlichen Berufsgruppen (Abb. 4). Hervorzuheben sind drei Eigenschaften bei den Berufsgruppen ZFA und MFA, die dem männlichen Stereotyp entsprechen. Im Mittel wurden unabhängig, dominant und führungsfähig besonders niedrig eingeschätzt. Demgegenüber wurden in der Berufsgruppe AE die vier stereotyp-männlichen Eigenschaften leistungsorientiert, verantwortungsbewusst, intelligent und eigenverantwortlich besonders hoch eingeschätzt.

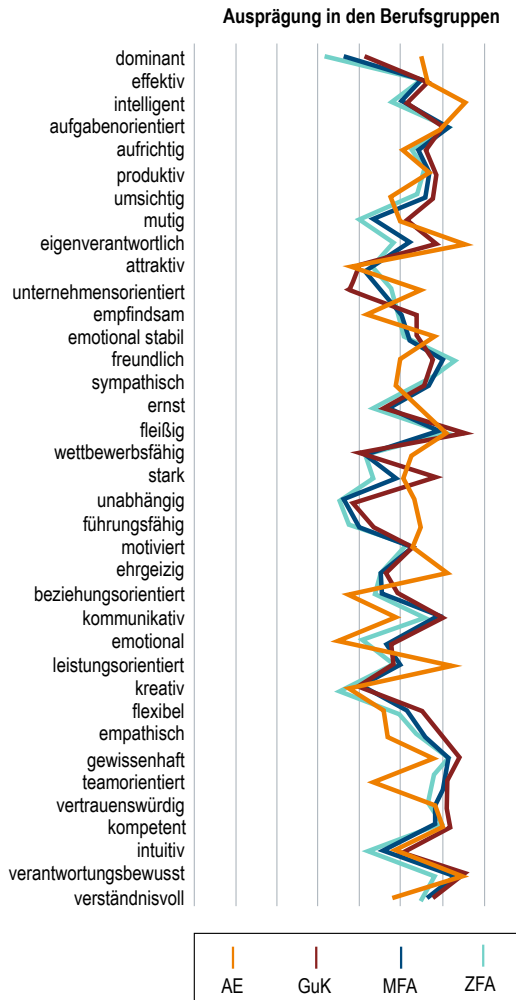


Abb. 4: Vergleich der Mittelwerte aller Eigenschaften der untersuchten Berufsgruppen (eigene Darstellung)

Berufsgruppenstereotype und Geschlechterstereotype

Ein Vergleich der Profile zwischen den untersuchten Berufsgruppen zeigte, dass das Profil kommunal bei AE im Vergleich zu den Berufsgruppen ZFA, MFA und GuK am geringsten ausgeprägt bewertet wurde. Im Eigenschaftenprofil AE agentisch hingegen zeigte sich ein gegenteiliges Bild. Hierbei ist die Bewertung der AE am stärksten ausgeprägt (Abb. 5). Demnach bestehen zwischen den Eigenschaftenprofilen ZFA,

MFA sowie GuK und den stereotyp-weiblichen Eigenschaften Übereinstimmungen. Dagegen zeigte sich zwischen der Berufsgruppe AE und den stereotyp-weiblichen Eigenschaften keine Übereinstimmungen.

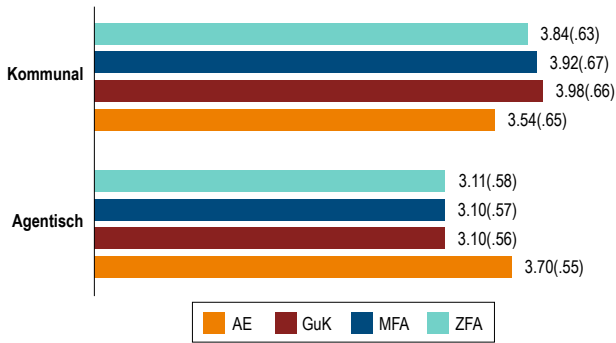


Abb. 5: Vergleich der Mittelwerte der Eigenschaftenprofile kommunal und agentisch der untersuchten Berufsgruppen (eigene Darstellung)

Geschlechterunterschiede der Teilnehmenden hinsichtlich der Einschätzung der Berufsgruppeneigenschaften

Der Vergleich zwischen den weiblichen und männlichen Teilnehmenden hinsichtlich der Bewertung der Profile kommunal und agentisch zeigte bei jedem Profil eine niedrigere Bewertung durch männliche Teilnehmende. Weiterhin bewerteten die männlichen Teilnehmer GuK agentisch am niedrigsten ($M = 2.98$, $SD = 0.55$) und GuK kommunal am höchsten ($M = 3.87$, $SD = 0.59$). Die niedrigste Bewertung der weiblichen Teilnehmerinnen erfolgte für ZFA agentisch ($M = 3.12$, $SD = 0.59$) und MFA agentisch ($M = 3.12$, $SD = 0.58$). Die höchste Bewertung erfolgte seitens der Frauen für GuK kommunal ($M = 4.01$, $SD = 0.67$). Betreffend der Eigenschaftenprofile MFA kommunal zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p = .02$) hinsichtlich der Bewertung durch männliche Teilnehmer gegenüber weiblichen Teilnehmerinnen.

Die detaillierte Betrachtung von MFA kommunal ergab für die Eigenschaften verständnisvoll, empathisch, sympathisch, kommunikativ und verantwortungsbewusst einen signifikanten Unterschied zwischen den Einschätzungen der männlichen und weiblichen Teilnehmenden. Dagegen zeigte die differenzierte Betrachtung von GuK agentisch hinsichtlich der Eigenschaften unternehmensorientiert, unabhängig und ehrgeizig einen signifikanten Unterschied zwischen den Zuschreibungen durch die männlichen gegenüber denen der weiblichen Teilnehmenden.

Es wird ersichtlich, dass sich die Eigenschaftenprofile MFA kommunal und GuK agentisch hinsichtlich der Bewertung zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmenden unterscheiden. Es zeigte sich bei den zwei Profilen ein Unterschied in

Abhängigkeit des Geschlechtes. Für die Profile ZFA kommunal und agentisch, MFA agentisch, GuK kommunal sowie AE kommunal und agentisch zeigte sich kein Unterschied zwischen den Einschätzungen der Geschlechtergruppen.

Eigenschaftsprofile in Abhängigkeit vom Alter der Teilnehmenden

Es zeigte sich, dass ZFA kommunal nur für den Vergleich der Altersgruppen 18 bis 29 Jahre und 30 bis 49 Jahre signifikant unterschiedlich war. Die Altersgruppe 18 bis 29 Jahre bewertete die Ausprägung kommunaler Eigenschaften dabei niedriger ($M = 3,72$, $SD = 0,64$), die Altersgruppe 30 bis 49 Jahre schätzte diese demgegenüber höher ein ($M = 3,91$, $SD = 0,61$). Bei dem Profil MFA agentisch konnte ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Einschätzungen der 18- bis 29-Jährigen und den 30- bis 49-Jährigen berichtet werden. Die Altersgruppe 18 bis 29 Jahre schätzte das Profil dabei niedriger ein ($M = 3,00$, $SD = 0,54$), wobei die Altersgruppe 30 bis 49 Jahre eine höhere Bewertung gab ($M = 3,18$, $SD = 0,63$). Bei AE kommunal war der Wert der 18- bis 29-Jährigen ($M = 3,42$, $SD = 0,62$) im Vergleich zu der Altersgruppe der 30- bis 49-Jährigen ($M = 3,60$, $SD = 0,67$) signifikant geringer. Ebenfalls lag die Einschätzung der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen im Vergleich zu denjenigen der Altersgruppe ab 50 Jahre ($M = 3,68$, $SD = 0,66$) signifikant geringer. Für die Profile ZFA kommunal, MFA agentisch und AE kommunal zeigte sich ein Unterschied in der Eigenschaftsbewertung in Abhängigkeit des Alters der Teilnehmenden. Für die Eigenschaftsprofile ZFA agentisch, MFA kommunal, GuK kommunal und agentisch sowie AE agentisch hingegen konnte kein signifikanter Unterschied in Abhängigkeit des Alters festgestellt werden.

Unterschiede in den Eigenschaftsprofilen in Abhängigkeit vom Beruf der Teilnehmenden

Das Selbstbild der ZFA zeigte, dass diese sich im Profil kommunal im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen, aber besonders zu GuK und AE deutlich höher bewerten. Hingegen schätzten sich ZFA im Profil agentisch zum Großteil ähnlich oder teilweise niedriger ein als es die anderen Berufsgruppen taten. Hervorzuheben ist, dass die Eigenschaft kommunikativ zwischen den ZFA ($M = 4,57$, $SD = 0,60$) und AE ($M = 3,25$, $SD = 0,62$) den größten signifikanten Unterschied ($p = .001$) aufzeigte (Abbildung 5).

Das Selbstbild der MFA zeigte, dass sich diese im Profil kommunal im Vergleich zu allen anderen Berufsgruppen ähnlich einschätzen. Entgegengesetzt schätzten MFA sich im Profil agentisch zum Großteil höher ein als es die anderen Berufsgruppen taten. Deutlich wird, dass die Eigenschaft gewissenhaft zwischen den MFA ($M = 4,46$, $SD = 0,77$) und AE ($M = 3,58$, $SD = 0,79$) den größten Unterschied mit einem Signifikanzwert von $p = .009$ aufzeigte. Die Betrachtung des Profils agentisch legte dar, dass sich die MFA selbst, insbesondere in der Eigenschaft leistungsorientiert ($M =$

4.05, SD = 0.85), signifikant höher einschätzten ($p = .014$) als sie von den AE eingeschätzt wurden ($M = 3.08$, SD = 0.79). Dies zeigte sich ebenfalls in der Eigenschaft ehrgeizig ($M = 3.80$, SD = 0.88). MFA bewerteten sich signifikant höher ($p < .001$) als sie von den AE eingeschätzt wurden ($M = 2.58$, SD = 0.67) (Abb. 6).

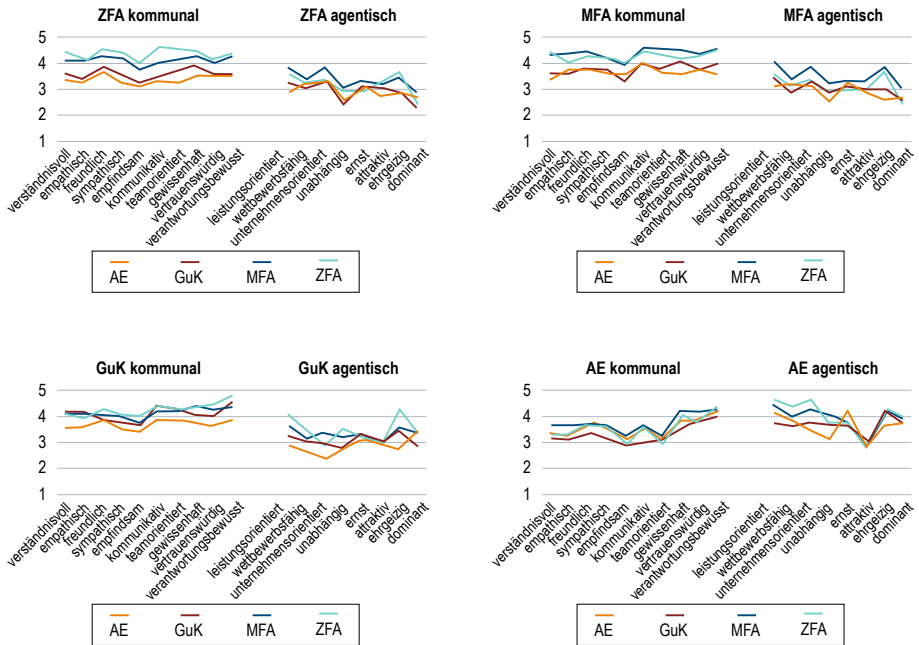


Abb. 6: Vergleich der Unterschiede in den Eigenschaftenprofilen in Abhängigkeit des Berufs der Teilnehmenden (eigene Darstellung)

Die Betrachtung der Berufsgruppe GuK zeigte, dass sich das Selbstbild der GuK weder im Profil kommunal noch im Profil agentisch von den Einschätzungen der anderen Berufsgruppen unterscheidet. Lediglich im Profil agentisch ist hervorzuheben, dass die Eigenschaft ehrgeizig zwischen den GuK ($M = 3.38$, SD = 0.95) und ZFA ($M = 4.14$, SD = 0.73) ein unterschiedliches Selbst- und Fremdbild aufweist. Somit schätzten sich GuK mit einem Signifikanzwert von $p = .037$ weniger ehrgeizig ein, als sie von den ZFA eingeschätzt wurden (Abbildung 6).

Auch wenn sich in der Berufsgruppe der AE keine zahlreichen signifikanten Unterschiede zwischen dem Selbst- und Fremdbild zeigten, ist dem Liniendiagramm zu entnehmen, dass sich die AE im Profil kommunal ähnlich einschätzten, wie sie die anderen Berufsgruppen im Profil kommunal einschätzten. Hingegen zeigte die Betrachtung des Profils AE agentisch, dass dieses im Vergleich zu den anderen agentischen Profilen von allen Berufsgruppen höher bewertet wurde (Abb. 6).

Unterschiede in den Eigenschaftenprofilen in Abhängigkeit der Tätigkeitsdauer im Gesundheitswesen

Die multivariate Varianzanalyse zeigte, dass insbesondere signifikante Unterschiede zwischen denjenigen bestanden, die länger als 10 Jahre im Gesundheitswesen tätig sind und denjenigen, die kürzere Tätigkeitszeiten hatten. Die Unterschiede sind zwischen den Eigenschaftenprofilen ZFA agentisch, MFA kommunal und agentisch sowie AE kommunal erkennbar. Demnach bestehen in diesen vier Eigenschaftenprofilen Unterschiede in Abhängigkeit der Tätigkeitsdauer im Gesundheitswesen, wohingegen für die Eigenschaftenprofile ZFA kommunal, MFA agentisch, GuK kommunal und agentisch sowie AE agentisch keine Unterschiede in Abhängigkeit der Tätigkeitsdauer im Gesundheitswesen existieren.

Diskussion

Es wurde die übergreifende Fragestellung untersucht, ob Berufsgruppenstereotype in der Gesellschaft über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen bestehen und ob diese in Verbindung mit Geschlechterstereotypen stehen. Die Hauptergebnisse zeigen im Bereich der Berufsgruppen- und Geschlechterstereotype, dass für die medizinischen Fachberufe Zahnmedizinische Fachangestellte, Medizinische Fachangestellte und Gesundheits- und Krankenpfleger:innen Berufsgruppenstereotype bestehen, die stereotyp-weiblichen Geschlechterstereotypen entsprechen. Die Ergebnisse der Bewertungen der Eigenschaftenprofile zeigten Unterschiede in Abhängigkeit von den personenbezogenen Einflussfaktoren Geschlecht und Alter der Teilnehmenden. Ebenfalls war die Bewertung der Eigenschaftenprofile abhängig von dem Beruf und der Tätigkeitsdauer der Teilnehmenden.

Zusammenfassend lässt sich die übergreifende Fragestellung: Bestehen Berufsgruppenstereotype in der Gesellschaft über Beschäftigte in medizinischen Fachberufen? Stehen diese mit Geschlechterstereotypen in Verbindung? auf Grundlage der aufgeführten Ergebnisse beantworten. Für die befragten Berufsgruppen Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA), Medizinische Fachangestellte (MFA), Gesundheits- und Krankenpfleger:innen (GuK) sowie Ärzt:innen (AE) bestehen Berufsgruppenstereotype in der Gesellschaft, die mit Geschlechterstereotypen in Verbindung gebracht werden. Diese unterscheiden sich hinsichtlich der stereotyp-weiblich sowie stereotyp-männlich geprägten Eigenschaften. Hierbei sind die Berufsgruppen Zahnmedizinische Fachangestellte, Medizinische Fachangestellte und Gesundheits- und Krankenpfleger:innen eher stereotyp-weiblich geprägt und die Berufsgruppe der Ärzt:innen ist eher stereotyp-männlich geprägt.

Zahnmedizinische Fachangestellte

Die Berufsgruppe der Zahnmedizinischen Fachangestellten besteht überwiegend aus weiblichen Arbeitnehmer:innen. So sind ca. 98 Prozent der Auszubildenden weiblich (Destatis, 2019). Die Ergebnisse des Forschungsprojekts weisen ebenfalls darauf hin, dass das gesellschaftliche Bild über Zahnmedizinische Fachangestellte von stereotyp-weiblichen Eigenschaften geprägt ist. Diese Einschätzung ist nach Erkenntnissen des Forschungsprojekts geschlechtsunabhängig, kann jedoch nach Alter der befragten Personen unterschiedlich ausfallen. Darüber hinaus haben auch die Berufe der befragten Personen und die Tätigkeitsdauer bei Personen, die im Gesundheitswesen beschäftigt sind, einen Einfluss auf die Einschätzung der Eigenschaften von ZFA.

Die Abwesenheit wissenschaftlicher Evidenz sowohl zu dem gesellschaftlichen Bild als auch zu dem Selbstbild von Zahnmedizinischen Fachangestellten ist trotz des Bedarfes an Arbeitnehmenden und der Beliebtheit als Ausbildungsberuf (Destatis, 2021d) kritisch zu betrachten, da besonders der Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbetrachtung von dem Berufsbild Zahnmedizinische Fachangestellte Diskrepanzen aufweist. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewertung des stereotyp-weiblichen Profils kommunal von den teilnehmenden ZFA höher ausfiel als die der anderen Befragten. Demgegenüber zeigt sich für das stereotyp-männlich geprägte Eigenschaftenprofil agentisch eine höhere Übereinstimmung zwischen der Selbst- und Fremdbetrachtung aller Befragten.

Medizinische Fachangestellte

Die Geschlechterverteilung der Medizinischen Fachangestellten in deutschen Arztpraxen ist mit 82 Prozent überwiegend weiblich (Destatis, 2021b). Demnach bestand auch für diese Berufsgruppe die Relevanz, Berufsgruppenstereotype und den Einfluss von Geschlechterstereotypen zu untersuchen. Das gesellschaftliche Bild von Medizinischen Fachangestellten ist bisher nur durch empirische Ergebnisse im Zusammenhang mit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten erfasst worden (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015). Die Ergebnisse des Forschungsprojektes zeigen einen Zusammenhang zwischen Berufsgruppenstereotypen von MFA mit stereotyp-weiblichen Eigenschaften. Die Bewertungen der Eigenschaftenprofile für die Berufsgruppe wurden in Abhängigkeit des Geschlechtes für das stereotyp-weiblich geprägte Eigenschaftenprofil kommunal unterschiedlich bewertet, ebenso das stereotyp-männlich geprägte Eigenschaftenprofil agentisch in Abhängigkeit des Alters. Darüber hinaus konnten ebenfalls unterschiedliche Bewertungen für beide Profile abhängig von beruflichen Einflussfaktoren festgestellt werden.

In empirischen Erhebungen wurde die fehlende gesellschaftliche Anerkennung sowie die mangelnde Anerkennung von Arbeitgebenden, insbesondere in Bezug auf

verantwortungsvolle berufliche Tätigkeiten von befragten Medizinischen Fachangestellten kritisiert (Mergenthal et al., 2014; Scharf et al., 2019; Vu-Eickmann & Loerbrooks, 2017). Die vorliegenden Ergebnisse verdeutlichen im stereotyp-männlich geprägten Profil agentisch das höhere Selbstbild von MFA im Vergleich zu dem Fremdbild über MFA der anderen Berufsgruppen. Generell wurde das stereotyp-weiblich geprägte Profil MFA kommunal sowohl von ZFA als auch von MFA ähnlich hoch bewertet, wohingegen GuK und AE dieses deutlich niedriger einschätzten.

Gesundheits- und Krankenpfleger:innen

Die Geschlechterverteilung der Gesundheits- und Krankenpfleger:innen weist mit einem Frauenanteil von 83 Prozent eine deutliche Diskrepanz auf (Destatis, 2021c). Die aufgeführte Evidenz zeigt, dass Pflegeberufe oftmals mit weiblichen Eigenschaften identifiziert werden (Bellmann et al., 2013; Berkery et al., 2014; Wetterer, 2002). Darüber hinaus beklagen Beschäftigte in der Pflege die fehlende Wertschätzung in der Gesellschaft und insbesondere durch die Ärzt:innen (Cleary et al., 2019; Fletcher, 2006; Hommel & Koch, 2017; Isfort & Berswordt-Wallrabe, 2012).

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts weisen auf, dass zwischen GuK und AE im Vergleich aller Eigenschaften keine bedeutsamen Unterschiede bestehen. Demgegenüber besteht ein Zusammenhang zwischen Berufsgruppenstereotypen von GuK mit stereotyp-weiblichen Eigenschaften. Das stereotyp-männlich geprägte Profil agentisch wurde in Abhängigkeit des Geschlechtes der Teilnehmenden unterschiedlich eingeschätzt. Das Alter der Teilnehmenden hatte hingegen keinen Einfluss auf die Einschätzungen der Eigenschaftenprofile. Des Weiteren konnte für das stereotyp-männliche Profil agentisch eine unterschiedliche Bewertung in Abhängigkeit des Berufes der Teilnehmenden festgestellt werden, wohingegen die Tätigkeitsdauer der Beschäftigten im Gesundheitswesen zu keiner unterschiedlichen Beurteilung führte.

Zudem zeigt die Evidenz, dass die Pflegenden sich mit ihrer Berufswahl identifizieren und mit den Tätigkeiten zufrieden sind. Unzufrieden sind Pflegenden hingegen mit den Arbeitsbedingungen sowie den Verdienstmöglichkeiten (Buxel, 2011; Klatt et al., 2011). Die vorliegenden Ergebnisse lassen diesbezüglich keine Rückschlüsse auf Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung zu.

Ärzt:innen

Als einzige Berufsgruppe zeigt sich bei den Ärzt:innen eine nahezu ausgeglichene Geschlechterverteilung mit ca. 48 Prozent Frauen (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, 2021). Trotz der ausgeglichenen Geschlechterverteilung wurden Führungspositionen der Ärzt:innen lediglich von ca. 14 Prozent Frauen besetzt (Deutscher Ärztinnenbund e. V., 2016; PWC, 2020). Hervorzuheben ist, dass die vorliegenden

Ergebnisse für Ärzt:innen als einzige untersuchte Berufsgruppe keinen Zusammenhang zwischen stereotyp-weiblichen Eigenschaften und Berufsgruppenstereotypen berichten. Zudem ließ sich weder für das kommunale noch für das agentische Profil ein Unterschied in Abhängigkeit des Geschlechtes der Teilnehmenden feststellen. Lediglich konnte ein Unterschied in Abhängigkeit des Alters der Teilnehmenden für das stereotyp-weiblich geprägte kommunale Profil festgestellt werden. Sowohl für das kommunale als auch für das agentische Eigenschaftenprofil konnten unterschiedliche Bewertungen abhängig von dem Beruf der Teilnehmenden identifiziert werden. Die Tätigkeitsdauer der beschäftigten Teilnehmenden im Gesundheitswesen hat lediglich auf das kommunale Profil einen Einfluss. Das Eigenschaftenprofil AE kommunal wurde von allen befragten Berufsgruppen sowohl im Selbst- als auch im Fremdbild ähnlich bewertet. Auffällig ist, dass das Eigenschaftenprofil AE agentisch als einziges höher als das zugehörige kommunale Profil eingeschätzt wurde.

Schlussfolgerungen und Interpretation

Das Gesundheitswesen bildet in Deutschland die größte Berufsbranche und beschäftigt 5.749.000 Arbeitnehmer:innen. Hiervon ist ein Anteil von ca. 75 Prozent weiblich (Arbeitsagentur, 2020a; Destatis, 2021b). Global sind Frauen im Gesundheitswesen in Führungspositionen benachteiligt und halten nur 29 Prozent dieser Positionen inne. Eine ungleiche Bezahlung schlägt sich zudem durch eine hohe Gender Pay Gap nieder (WHO, 2019).

Die befragten Berufsgruppen Zahnmedizinische Fachangestellte, Medizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Ärzt:innen bilden 75 Prozent des gesamten deutschen Gesundheitspersonals (Arbeitsagentur, 2020b). Die Ergebnisse des Forschungsprojektes deuten darauf hin, dass die vorhandenen Diskrepanzen durch das gesellschaftliche Bild und die Berufsgruppenstereotype, welche auf Geschlechterstereotype zurückzuführen sind, zu begründen sind. Dies ist besonders in den Berufen Zahnmedizinische Fachangestellte, Medizinische Fachangestellte sowie Gesundheits- und Krankenpfleger:innen auffällig, welche historisch aus dem traditionellen Bild der Frau entstanden sind. Die stereotyp-weiblichen Eigenschaften konnten statistisch diesen Berufsgruppen zugeordnet werden (Berkery et al., 2014; Bundesinstitut für Berufsbildung, 2011; Kelly et al., 2012; Moog, 2013; Wetterer, 2002). Im Gegensatz dazu konnte der Berufsgruppe der Ärzt:innen, welche historisch lange dem männlichen Geschlecht vorbehalten war (Kaczmarczyk, 2010), die stereotyp-männlichen Eigenschaften zugeschrieben werden. Anhaltend prekäre Arbeitsbedingungen für Zahnmedizinische Fachangestellte, Medizinische Fachangestellte sowie Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, die sich in teilweise nicht vorhandenen Tarifverträgen, Fachkräftemangel, schlechter Bezahlung, hoher Arbeitsbelastung, körperlicher und psychischer Belastungen sowie veralteten hierarchischen Arbeitsstrukturen widerspiegeln, verdeutlichen die Abgrenzung zu Ärzt:innen, obwohl diese in der gleichen Berufsbranche beschäftigt sind.

Aufgrund der fehlenden Evidenz zu der gesellschaftlichen Wahrnehmung sowie der Selbstwahrnehmung von Zahnmedizinischen Fachangestellten und der mangelnden Evidenz der Selbst- und Fremdwahrnehmung der anderen Berufsgruppen, wurde in dem Forschungsprojekt neben der Fremdbetrachtung auch die Selbstbetrachtung der Berufsgruppen untersucht. Die Berufsgruppen der Medizinischen Fachangestellten und Gesundheits- und Krankenpfleger:innen kritisieren die fehlende gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung durch Vorgesetzte (Cleary et al., 2019; Fletcher, 2006; Hommel & Koch, 2017; Isfort & Berswordt-Wallrabe, 2012; Mergenthal et al., 2014; Scharf et al., 2019; Vu-Eickmann & Loerbrooks, 2017). Daraufhin wurde detailliert die Selbst- und Fremdbetrachtung der Berufsgruppen untersucht. Die Betrachtung der Profilliniendiagramme von ZFA und MFA macht deutlich, dass die Selbst- und Fremdbetrachtung der Berufsgruppen, im Vergleich zu GuK und AE, durchgängig starke Parallelen aufwiesen. Diese Parallelen werden besonders bei den stereotyp-weiblichen Eigenschaftenprofilen ZFA kommunal und MFA kommunal deutlich, bei denen sie sich in der Selbstbetrachtung höher eingeschätzt haben als GuK und AE sie einschätzten. Das Eigenschaftenprofil kommunal beinhaltet Attribute der Gemeinschaftlichkeit wie empathisch, verständnisvoll, freundlich und empfindsam, welche mit dem Berufsbild in Einklang zu bringen sind. Dies könnte einerseits durch die Tatsache begründet sein, dass die Berufsbilder und deren Tätigkeitsbeschreibungen mit weiblichen Geschlechterstereotypen übereinstimmen. Andererseits könnte dies auf die im Forschungsstand aufgeführte Motivation zur Reproduktion von Geschlechterstereotypen, welche durch den Wunsch nach Gruppenzugehörigkeit entsteht, zurückzuführen sein (Ellemers, 2018). Zudem lässt sich hier ein Rückbezug auf die historisch in den Berufsbildern von Zahnmedizinischen Fachangestellten, Medizinischen Fachangestellten sowie Gesundheits- und Krankenpfleger:innen verankerte Frauenrolle schließen (Berkery et al., 2014; Bundesinstitut für Berufsbildung, 2011; Kelly et al., 2012; Moog, 2013; Wetterer, 2002).

Lediglich die Berufsgruppe der AE zeigt sowohl im Selbstbild als auch im Fremdbild eine höhere Einschätzung auf dem stereotyp-männlichen Profil agentisch. Im Gegensatz zu den abweichenden Selbst- und Fremdbildern von ZFA und MFA deutet die Betrachtung der AE auf eine Übereinstimmung der Selbst- und Fremdbetrachtung hin. Dies kann durch eine größere gesellschaftliche Präsenz und Anerkennung begründet sein (Koebe et al., 2020). Zudem ist die Berufsgruppe der Ärzt:innen die einzige befragte Gruppe, die Führungspositionen im Gesundheitswesen einnimmt. Allgemein betrachtet werden Führungskräften eher stereotyp-männliche Attribute und Führungskompetenzen zugeschrieben (Hentschel et al., 2019; Vial & Napier, 2018) und insbesondere bei Ärzt:innen werden, trotz einer ausgeglichenen Geschlechterverteilung, Führungspositionen vermehrt von Männern besetzt (Deutscher Ärztinnenbund e. V., 2016; PWC, 2020).

Darüber hinaus wird die hierarchische Struktur in den Berufen deutlich, indem die Reproduktion der Geschlechterstereotypen sich darin widerspiegelt, dass die

Ärzt:innen als Arbeitgebende der Zahnmedizinischen- und Medizinischen Fachangestellten stereotyp-männlich eingeschätzt werden. Dies lässt die Vermutung zu, dass die Ärzt:innen die als stereotyp-weiblich eingeschätzten Arbeitnehmenden Zahnmedizinischen- und Medizinischen Fachangestellten bewusst nicht in ihrer Emanzipation unterstützen. Besonders die alltägliche direkte Delegation von Aufgaben im Berufsalltag der Zahnmedizinischen- und Medizinischen Fachangestellten unterstützt den Aspekt der hierarchischen Gegebenheiten, welche auf traditionelle Geschlechterrollen zurückzuführen sind. Der Berufsalltag der Gesundheits- und Krankenpfleger:innen hingegen ist von einem größeren Entscheidungsspielraum und weniger von direkter Delegation der Ärzt:innen geprägt.

Die Ergebnisse zu Berufsgruppen- und Geschlechterstereotypen bei Zahnmedizinischen Fachangestellten, Medizinischen Fachangestellten, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und Ärzt:innen begründen die Relevanz für weitere Forschungsvorhaben. Die Feststellung der Gründe für den Zusammenhang von Berufsgruppenstereotype mit Geschlechterrollen in medizinischen Fachberufen sollte weiter untersucht werden. Dabei ist der Fokus insbesondere auf die Motivation zur Reproduktion dieser Geschlechterstereotype zu legen. Dies würde auch notwendige Veränderungen auf institutioneller Ebene legitimieren. Darüber hinaus sollte weiter ergründet werden, weshalb insbesondere Zahnmedizinische- und Medizinische Fachangestellte weder von außen empowert werden noch sich selbst emanzipieren, obwohl die Prekarisierung der Arbeitsbedingungen auf allen Ebenen voranschreitet. Zudem sollte die fehlende wissenschaftliche Evidenz bezüglich des Selbstbildes von Zahnmedizinischen Fachangestellten behoben werden, um motivationale Ansätze zu identifizieren. Da die Ergebnisse des Forschungsprojektes durch Verzerrungen in der Alters- und Geschlechterverteilung nicht vollständig die Gesellschaft repräsentieren, sollte dies bei weiterer Forschung beachtet werden.

Literaturverzeichnis

- Alobaid, A., Gosling, C., Khasawneh, E., McKenna, L. & Williams, B. (2020). Challenges faced by female healthcare professionals in the workforce: A scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 681 – 691.
- Arbeitsagentur. (2020). *Beschäftigte nach Berufen (Klassifikation der Berufe 2010) – Deutschland, West/Ost und Länder (Quartalszahlen)*. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20894&topic_f=beschaeftigung-sozbe-bo-heft [02.02.2023].
- Arbeitsagentur. (2020a). *Berufe auf einen Blick – Aktuelle Eckwerte*. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Angebote/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html> [16.08.2021].
- Arbeitsagentur. (2020b). *Beschäftigte nach Berufen (Klassifikation der Berufe 2010) – Deutschland, West/ost und Länder (Quartalszahlen)*. https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html?nn=20894&topic_f=beschaeftigung-sozbe-bo-heft [16.08.2021].
- Arbeitsagentur. (2021). *Berufe auf einen Blick – Aktuelle Eckwerte*. <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Berufe-auf-einen-Blick/Berufe-auf-einen-Blick-Anwendung-Nav.html> [02.02.2023].
- ÄrzteZeitung. (2021). *10-Punkte-Plan. MFA bekräftigen ihre politischen Forderungen*. <https://www.aerztezeitung.de/Wirtschaft/MFA-bekraeftigen-ihre-politischen-Forderungen-416117.html> [02.02.2023].
- Athenstaedt, U. & Alfermann, D. (2011). *Geschlechterrollen und ihre Folgen: Eine sozialpsychologische Betrachtung*. Kohlhammer.
- Berheide, R. (2017). Ärztinnen gelangen selten in Spitzenpositionen. *Deutsches Ärzteblatt*, 114(10), 452 – 454.
- Bellmann, L., Grunau, P., Maier, F. & Thiele, G. (2013). *Struktur der Beschäftigung sowie Entgeltentwicklung in den Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen – 2004 bis 2008*. Hans Böckler Stiftung.
- Bergius, R. & Six, B. (2014). Stereotyp, stereotyp. In M. A. Wirtz (Hrsg.), *Dorsch - Lexikon der Psychologie*, (18. Aufl., S. 1597). Hogrefe Verlag.

- Berkery, E., Tiernan, S. & Morley, M. (2014). The relationship between gender role stereotypes and requisite managerial characteristics: the case of nursing and midwifery professionals. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 707 – 719.
- Boll, C., Bublitz, E. & Hoffmann, M. (2015). Geschlechtsspezifische Berufswahl: Literatur- und Datenüberblick zu Einflussfaktoren, Anhaltspunkten struktureller Benachteiligung und Abbruchskosten. *Hamburgisches WeltWirtschaftsinstitut (HWWI) Policy Paper*, 90, 1 – 84.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. https://www.researchgate.net/publication/28358158_Einfuehrung_in_die_Test-_und_Fragebogenkonstruktion [02.02.2023].
- Bundesärztekammer. (2020). *Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MFA/Gehaltstarifvertrag-MFA-2021-2023.pdf [02.02.2023].
- Bundesinstitut für Berufsbildung. (2011). *Ausbildung gestalten. Zahnmedizinischer Fachangestellter/Zahnmedizinische Fachangestellte*. <https://www.bibb.de/veroeffentlichungen/en/publication/download/6646> [30.01.2020].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020). 4. *Atlas zur Gleichstellung von Frauen und Männern in Deutschland*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/160308/73cf50519fddob72be8bce59a041079b/4-atlas-zur-gleichstellung-von-frauen-und-maennern-in-deutschland-broschuere-data.pdf> [20.04.2023].
- Buxel, H. (2011). Wie Pflegende am Arbeitsplatz zufriedener werden. *Die Schwester Der Pfleger*, 50(5), 426-430.
- Cleary, M., West, S., Arthur, D., Kornhaber, R. & Hungerford, C. (2019). Women in health academia: Power dynamics in nursing, higher education and research. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1371 – 1373.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Del Boca, F. & Ashmore, R. (1980). Sex stereotypes and implicit personality theory. II. A trait-inference approach to the assessment of sex stereotypes. *Sex Roles*, 6(4), 519 – 535.

- Destatis. (2019). *Bildung und Kultur. Berufliche Bildung*. https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00054648/2110300187004.pdf [17.05.2021].
- Destatis. (2021a). *Berufliche Bildung. Auszubildende nach Ausbildungsberufen (Top 20)*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/liste-azubi-rangliste.html> [02.02.2023].
- Destatis. (2021b). *Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhäuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611217004.pdf?__blob=publicationFile [02.02.2023].
- Destatis. (2021c). *Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1*. https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-12.html [20.03.2023].
- Destatis. (2021d). *Berufliche Bildung. Auszubildende nach Ausbildungsberufen (TOP 20)*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Berufliche-Bildung/Tabellen/azubi-rangliste-insgesamt.html> [20.03.2023].
- Deutscher Ärztinnenbund e. V. (2016). *Medical Women on Top. Dokumentation des Anteils von Frauen in Führungspositionen in 16 Fächern der deutschen Universitätsmedizin*. <https://www.aerztinnenbund.de/downloads/4/WoT.pdf> [20.03.2023].
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer-Verlag.
- Eagly, A., Nater, C., Miller, D., Kaufman, M. & Sczesny, S. (2019). Gender stereotypes have changed: A cross-temporal meta-analysis of U.S. public opinion polls from 1946 to 2018. *American Psychologist*, 75(3), 1 – 15.
- Eccles, J. (2011). Gendered educational and occupational choices: Applying the Eccles et al. Model of achievement-related choices. *International Journal of Behavioral Development*, 35(3), 195 – 201.
- Eccles, J. S. (1994). Understanding women's educational and occupational choices. Applying the Eccles et al. model of achievement-related choices. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 585 – 609.

- Ellemers, N. (2018). Gender stereotypes. *Annual Review of Psychology*, 69, 275 – 298.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics* (4. Aufl.). SAGE.
- Fletcher, K. (2006). Beyond dualism: Leading out of oppression. *Nursing Forum*, 41(2), 50 – 59.
- Forsman, J. A. & Barth, J. M. (2017). The effect of occupational gender stereotypes on men´s interest in fe-male-dominated occupations. *Sex Roles*, 76(7-8), 460 – 472.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2021). *Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung*. https://www.gbebund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=80302665&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=656&p_ansnr=29237715&p_version=8&D.001=1000 [02.02.2023].
- Gottfredson, L. S. (1981). Circumstances and compromise: A developmental theory of occupational aspirations. *Journal of counselling psychology monograph*, 28(6), 545 – 579.
- Hausmann, A. & Kleinert, C. (2014). Berufliche Segregation auf dem Arbeitsmarkt. Männer- und Frauendomänen kaum verändert. *IAB-Kurzbericht*, 9, 1 – 8.
- Hentschel, T., Heilman, M. E. & Peus, C.V. (2019). The multiple dimensions of gender stereotypes: A current look at men´s and women´s characterizations of others and themselves. *Frontiers in Psychology*, 10(11), 1 – 19.
- Hommel, T. & Koch, J. (2017). Zukunft der Pflege?. In C. Thielscher (Hrsg.), *Medizin-ökonomie 2. Unternehmerische Praxis und Methodik*, (2. Aufl., 131-152). Springer Gabler.
- Isfort, M. & Von Berswordt-Wallrabe, M. (2012). Die Bilder der Pflege. *Pflegezeitschrift*, 65(7), 424 – 427.
- Kaczmarczyk, G. (2010). Frauen in Führung?!. In U. Ley & G. Kaczmarczyk (Hrsg.), *Führungshandbuch für Ärztinnen. Gesunde Führung in der Medizin* (S. 8 – 16). Springer-Verlag.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2015). *Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 01.Oktober 2013*. https://www.kbv.de/media/sp/24_Delegation.pdf [20.03.2023].

- Kelly, J., Fealy, G. M. & Watson, R. (2012). The image of you: constructing nursing identities in YouTube. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1804 – 1813.
- Klatt, R., Ciesinger, K.-G., Cohnen, H., Goesmann, C. & Lisakowski, A. (2011). Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. In K.-G. Ciesinger, A. Fischbach, R. Klatt & H. Neuendorff (Hrsg.), *Berufe im Schatten. Wertschätzung von Dienstleistungsberufen. Entwicklung neuer Modelle und Konzepte einer praxisorientierten Unterstützung* (S. 31 – 52). LIT Verlag.
- Koebe, J., Samtleben, C., Schrenker, A., Zucco, A. (2020). Systemrelevant, aber dennoch kaum anerkannt: Entlohnung unverzichtbarer Berufe in der Corona-Krise unterdurchschnittlich. *DIW aktuell*, 48, 1-9.
- Koenig, A. M. (2018). Comparing Prescriptive and Descriptive Gender Stereotypes About Children, Adults, and the Elderly. *Frontiers in Psychology*, 9(1086), 27 – 39.
- Marcia, J. E. (1980). *Identity in Adolescence*. Wiley.
- Mergenthal, K., Banduhn, S., Gerlach, I., Marini, A., März, B., Müller, V., Restle, S., Schluckebier, I., Schmiedeberg, E., Schulz-Rothe, S. & Gütthlin, C. (2014). Engagiert aber schlecht bezahlt! Studie zum subjektiven Berufsbild von Medizinischen Fachangestellten. *Z Allg Med*, 90(11), 445 – 450.
- Moog, G. (2013). Kompetenz medizinischer Assistenzberufe – Das bng-Konzept zur Weiterentwicklung. *Z Gastroenterol*, 51(5), 514 – 515.
- PWC. (2020). *Frauen in der Gesundheitswirtschaft 2020. Yes, she can! Warum das Gesundheitswesen mehr weibliche Führungskräfte braucht*. <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/pwc-frauen-in-dergesundheitswirtschaft-2020.pdf> [02.02.2023].
- Richter, K. & Jahn, R.W. (2015). Was willst du denn da? – Entwicklung beruflicher Identität in geschlechtsun-konventionellen Berufen – eine Einzelfallstudie. *Bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik - online*, 29, 1 – 25.
- Scharf, J., Vu-Eickmann, P., Li, J., Müller, A., Wilm, S., Angerer, P. & Loerbroks, A. (2019). Desired improvements of working conditions among medical assistants in Germany: a cross-sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 14(18), 1 – 11.
- Statista. (2020). *Gehalt, Einkommen, Verdienst*. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/6338/dokument/gehalt-einkommenverdienst-statista-dossier/> [02.03.2023].

- Stürmer, S. & Siem, B. (2020). *Sozialpsychologie der Gruppe* (2. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Unilever. (2017). *Opportunities for Women: Challenging harmful social norms and gender stereotypes to unlock women's potential*. https://www.unilever.com/Images/unilever-opportunities-for-women_tcm244-500987_en.pdf [20.04.2023].
- Verband medizinischer Fachberufe e. V. (2019). *Vergütungstarifvertrag für Zahnmedizinische Fachangestellte/ Zahnarzhelferinnen in Hamburg, Hessen, im Saarland, Landesteil Westfalen-Lippe*. <https://www.vmfonline.de/download/gtv-zfa-zaha-he-sl-wl-ab-01-01-2020> [29.04.2021].
- Vial, A. C. & Napier, J. L. (2018). Unnecessary Frills: Communality as a Nice (But Expensible) Trait in Leaders. *Frontiers in Psychology*, 9(1866), 103 – 117.
- Vu-Eickmann, P. & Loerbrooks, A. (2017). Psychosoziale Arbeitsbedingungen Medizinischer Fachangestellter: Ergebnisse einer qualitativen Studie zu den berufsspezifischen Belastungen, Ressourcen, Präventionsmöglichkeiten und Interventionsbedürfnissen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 126, 43 – 51.
- Wetterer, A. (2002). *Arbeitsteilung und Geschlechterkonstruktion. „Gender at Work“ in theoretischer und historischer Perspektive*. Herbert von Halem Verlag.
- World Health Organization. (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311314/WHO-HISWHF-Gender-WP1-2019.1-eng.pdf> [02.02.2023].

2.4 Zukünftige Führungskompetenzen aus Sicht von Pflegekräften und Leitungskräften

Ulrike Olschewski & Wolfgang Becker

Einleitung

Demografischer Wandel, Digitalisierung, Kostendruck und Fachkräftemangel stellen besondere Herausforderungen an die Kompetenzen von Leitungs- bzw. Führungskräften¹ im Pflege- und Gesundheitsbereich dar. Unger et al. (2022) verweisen in diesem Zusammenhang auf die steigende Komplexität der Arbeitsabläufe, die Beschleunigung und Verkürzung der Halbwertszeit des Wissens, die organisationale Resilienz sowie die zunehmende gesellschaftliche Verantwortung von Einrichtungen auch in Richtung ökologisch nachhaltigem Wirtschaften. Mehr denn je stehen die Bedingungen einer agilen Arbeitswelt, die auf Partizipation, Coaching und Interkulturalität basieren, im Vordergrund.

Diese skizzierten Herausforderungen können nicht mehr alleine mit den als klassisch zu bezeichnenden Führungskompetenzen bewältigt werden. Weber et al. (2018) betonen in diesem Zusammenhang den Wandel des Führungsverständnisses in Richtung New Leadership. In Abgrenzung zum eher hierarchischen Verständnis von Führung muss demnach die Betonung des Dialogs auf Augenhöhe und vertrauensvoller Beziehungen zu den Mitarbeitenden im Vordergrund stehen. Leitungskräfte, die dem damit einhergehenden transformationalen Verständnis von Führung verpflichtet sind (Heyna & Fittkau, 2021; Felfe, 2015), sollten nicht nur die Richtung der Veränderungen vorgeben, sondern auch eine moderierende und motivierende Kommunikatorrolle wahrnehmen. Gefordert sind in besonderer Weise sozialkommunikative und selbstreflexive Führungseigenschaften, die eine ziel- und ergebnisorientierte Gestaltung von strukturellen, organisationalen und personellen Veränderungen ermöglichen (Helmold, 2022; Golombek & Dangel, 2018).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Fähigkeiten und Eigenschaften Leitungskräfte im Pflege- und Gesundheitsbereich nun ganz konkret benötigen, um mit zukünftigen Herausforderungen umgehen zu können. Zur Beantwortung dieser Frage hat die HFH · Hamburger Fern-Hochschule Anfang 2022 eine Online-Befragung durchgeführt (Becker & Olschewski, 2023). Insgesamt 263 Personen (68 % Führungskräfte und 32 % Pflegekräfte) beteiligten sich an der Studie.

Im vorliegenden Beitrag werden zentrale Ergebnisse der deskriptiven Auswertungen zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden aus Sicht der befragten Pflegekräfte und Leitungskräfte vorgestellt. Vorab wird kurz auf die Methodik der Befragung eingegangen.

1 Die Begriffe Leitungs- und Führungskräfte werden im Folgenden als Synonyme verwendet.

Methodik der Befragung

Pflege- und Führungskräfte wurden über die Homepage und Social-Media-Kanäle der HFH · Hamburger Fern-Hochschule sowie über den Newsletter des Deutschen Bundesverbandes für Pflegeberufe (DBfK) auf die Online-Befragung aufmerksam gemacht und zur Mitarbeit an der Befragung motiviert. Der für die Führungskräfte und für die Pflegekräfte identisch aufgebaute Online-Fragebogen gliederte sich inhaltlich in zwei Itemblöcke. Der erste Block fokussierte auf allgemeine Eigenschaften und Kompetenzen von Leitungskräften zum professionellen Umgang mit zukünftigen Herausforderungen, der zweite Block auf spezielle Kompetenzen hinsichtlich der Personalführung in diesem Zusammenhang. Die Befragten sollten ihre Zustimmung zu Aussagen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (1 = *trifft voll zu* bis 5 = *trifft gar nicht zu*) äußern. Die abgefragten Items sind angelehnt an den MLQ² in der deutschen Fassung (Felfe & Goihl, 2014), den Fragebogen zum Individualisierten Führungsstil (Paul & Schyns, 2014), den Fragebogen für Mitarbeitende von Questback (2016) und den Fragebogen für Führungsgespräche von Schiering (n. d.) formuliert worden.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Einschätzung von notwendigen Führungskompetenzen

Die Darstellung der Ergebnisse der deskriptiven Auswertungen bezieht sich auf die im Fragebogen unterschiedenen beiden Itemblöcke. Der Fokus der folgenden Ausführungen liegt bei Aussagen zu Führungskompetenzen, die in besonderer Weise die Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Antwortverhalten der Pflegekräfte und der Leitungskräfte zum Ausdruck bringen. Hierbei werden durchgehend die prozentualen Angaben zu den Antwortkategorien *trifft voll zu* und *trifft eher zu* (bezeichnet als Zustimmung) sowie *trifft eher nicht zu* und *trifft gar nicht zu* (bezeichnet als Ablehnung) zusammengefasst und darauf Bezug genommen.

Allgemeine Kompetenzebene

In Tabelle 1 sind die Befragungsergebnisse, aufgezeigt anhand der Mittelwerte und Standardabweichungen, für das gesamte Sample und die beiden Teilgruppen zu den als allgemein zu bezeichnenden Eigenschaften und Verhaltensweisen von Leitungspersonen zum professionellen Umgang mit zukünftigen Herausforderungen zusammengestellt. In der rechten Spalte sind die Differenzen der Mittelwerte bei den befragten Führungskräften und Pflegekräften angegeben. Besonders auffallende Unterschiede sind farblich in *rot* gekennzeichnet, relativ nah aneinander liegende Mittelwerte in *grün*.

2 Multifactor Leadership Questionnaire

Tabelle 1: Einschätzung der Eigenschaften und Kompetenzen zum professionellen Umgang mit zukünftigen Herausforderungen (eigene Darstellung)

	Gesamt- sample	Teilgruppe Führungs- kräfte	Teilgruppe Pflegerkräfte	Differenzen Mittelwerte Teilgruppen
Die Führungskraft...				
ist jemand, zu der bzw. dem andere den Kontakt bewusst suchen und pflegen.	MW = 1,64 SD = 0,78	MW = 1,57 SD = 0,68	MW = 1,81 SD = 0,94	0,24
versteht es, andere zu begeistern.	MW = 1,52 SD = 0,79	MW = 1,38 SD = 0,56	MW = 1,81 SD = 1,07	0,43
stellt eigene Interessen zurück, wenn es um das Wohl der Gruppe geht.	MW = 2,18 SD = 0,99	MW = 2,10 SD = 0,90	MW = 2,36 SD = 1,13	0,26
handelt in einer Weise, die bei anderen Respekt erzeugt.	MW = 1,57 SD = 0,73	MW = 1,54 SD = 0,70	MW = 1,62 SD = 0,80	0,08
vermittelt Vertrauen.	MW = 1,24 SD = 0,57	MW = 1,15 SD = 0,38	MW = 1,43 SD = 0,82	0,28
ist da, wenn sie bzw. er gebraucht wird.	MW = 1,47 SD = 0,69	MW = 1,42 SD = 0,62	MW = 1,58 SD = 0,82	0,04
formuliert eine überzeugende Zukunftsvision.	MW = 1,65 SD = 0,80	MW = 1,50 SD = 0,63	MW = 1,95 SD = 1,00	0,45
prüft stets aufs Neue, ob zentrale/wichtige Anforderungen noch angemessen sind.	MW = 1,54 SD = 0,77	MW = 1,44 SD = 0,61	MW = 1,74 SD = 1,00	0,30
sucht bei der Lösung von Problemen nach unterschiedlichen Perspektiven.	MW = 1,39 SD = 0,66	MW = 1,31 SD = 0,52	MW = 1,55 SD = 0,86	0,24
schlägt neue Wege vor, wie Aufgaben/Aufträge bearbeitet werden können.	MW = 1,67 SD = 0,79	MW = 1,58 SD = 0,71	MW = 1,86 SD = 0,90	0,28
spricht klar aus, was man erwarten kann, wenn die gesteckten Ziele erreicht bzw. nicht erreicht worden sind.	MW = 1,65 SD = 0,79	MW = 1,57 SD = 0,67	MW = 1,83 SD = 0,98	0,26

	Gesamt- sample	Teilgruppe Führungs- kräfte	Teilgruppe Pflegerkräfte	Differenzen Mittelwerte Teilgruppen
Die Führungskraft...				
beginnt sich erst um Probleme zu kümmern, wenn sie wirklich ernst geworden sind.	MW = 4,02 SD = 1,04	MW = 4,08 SD = 0,92	MW = 3,87 SD = 1,24	0,21
spricht Fehler und kritische Punkte offen an.	MW = 1,53 SD = 0,76	MW = 1,52 SD = 0,65	MW = 1,66 SD = 0,95	0,14
sieht Fehler vorwiegend als eine Chance zum Lernen.	MW = 1,56 SD = 0,80	MW = 1,46 SD = 0,66	MW = 1,76 SD = 1,00	0,30
versucht sich nicht herauszuhalten, wenn wichtige Fragen anstehen.	MW = 1,65 SD = 1,01	MW = 1,62 SD = 0,99	MW = 1,73 SD = 1,05	0,11
trifft schnell Entscheidungen.	MW = 2,41 SD = 0,89	MW = 2,36 SD = 0,85	MW = 2,52 SD = 0,96	0,16

Insgesamt zeigt sich für fast alle auf der allgemeinen Kompetenzebene abgefragten Items ein sehr hohes bis hohes Zustimmungsniveau in beiden Teilgruppen. So liegen bei 13 der 16 Items die Mittelwerte unter 2. Nahezu jede befragte Führungskraft und fast jede befragte Pflegekraft stimmten der Mehrzahl der Aussagen zu den allgemeinen Eigenschaften und Kompetenzen zu.

Die höchste Zustimmung erfährt das Item, dass Führungskräfte Vertrauen vermitteln sollen. Fasst man die Antwortkategorien trifft voll zu und trifft eher zu zusammen, dann ergibt sich mit 99,4 Prozent bei den Leitungskräften und 89,4 Prozent bei den Pflegekräften eine sehr hohe Zustimmung. Ein weiteres Item, dem die Befragten sehr stark zustimmten, bezieht sich darauf, dass eine Führungskraft bei der Problemlösung nach unterschiedlichen Perspektiven sucht (97,2 % Zustimmung bei den Führungskräften und 89,3 % bei den Pflegekräften).

Drei der 16 Items auf der allgemeinen Kompetenzebene unterscheiden sich von den anderen Items dahingehend, dass der Grad der Zustimmung deutlich geringer ist (Mittelwert zwischen 2 und 3) bzw. die Befragten der Aussage vielmehr ablehnend gegenüberstehen (Mittelwert über 4). Durchschnittlich nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten stimmte der Aussage zu, dass eine Führungskraft ihre eigenen Interessen zurückstellt, wenn es um das Wohl der Gruppe geht (69,5 % Zustimmung bei den Führungskräften und 57,6 % bei den Pflegekräften, 6,8 % Ablehnung bei den Führungskräften und 14,1 % bei den Pflegekräften), und dass sie schnell Entscheidungen trifft (55,9 % Zustimmung bei den Führungskräften und 51,8 % bei den

Pflegekräften, 7,4 % Ablehnung bei den Führungskräften und 9,4 % bei den Pflegekräften). Die größte Ablehnung fand die Aussage, dass eine Leitungskraft sich erst um Probleme kümmert, wenn sie wirklich ernst geworden sind. 79,6 Prozent der Führungskräfte beantworteten diese Frage mit trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu. Die gleichen Antworten gaben 69,4 Prozent der befragten Pflegekräfte. Lediglich 6,2 Prozent der Führungskräfte und 17,7 Prozent der Pflegekräfte pflichteten dieser Aussage bei.

Trotz des generell hohen Zustimmungsniveaus lassen sich Items identifizieren, bei denen die Mittelwerte für beide Befragungsgruppen enger aneinander oder weiter auseinander liegen. Bei fünf der 16 Items liegt die Mittelwertdifferenz unter 0,20 (*grün* hervorgehoben), was ein Indiz für einen höheren Grad an Übereinstimmung in den Bewertungen ist. Bei vier Items ist die Mittelwertdifferenz 0,30 (*rot* hervorgehoben) und größer. Die Bewertungen der befragten Leitungskräfte und Pflegekräfte liegen damit weiter auseinander.

Nähere Informationen zu der Bewertung der Items anhand der unterschiedenen Kategorien, bei denen relativ geringe Mittelwertdifferenzen vorliegen, können Abbildung 1.1 entnommen werden. Sie beziehen sich darauf, dass eine Führungskraft

- in einer Weise handelt, welche bei anderen Respekt erzeugt (Mittelwertdifferenz 0,08),
- da ist, wenn sie bzw. er gebraucht wird (Mittelwertdifferenz 0,04),
- Fehler und kritische Punkte offen anspricht (Mittelwertdifferenz 0,14) sowie
- sich nicht herauszuhalten versucht, wenn wichtige Fragen anstehen (Mittelwertdifferenz 0,11).

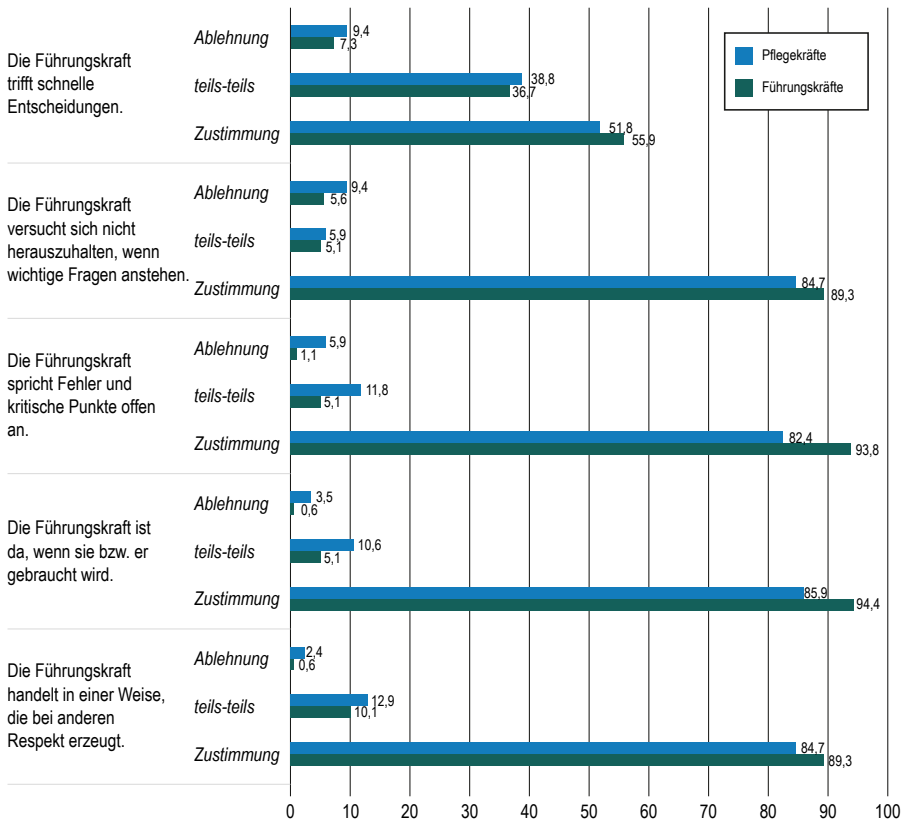


Abb. 1.1: Prozentuale Verteilung der Zustimmungsgrade der Items auf der allgemeinen Kompetenzebene mit relativ geringen Mittelwertunterschieden (eigene Darstellung)

Das Item, dass eine Führungskraft schnell Entscheidungen trifft, gehört zu den Items mit dem niedrigsten Zustimmungsniveau. Jedoch fällt der Grad der geringen Zustimmung und damit der höheren Ablehnung in beiden Gruppen, wie bereits dargestellt, ähnlich aus. So beträgt die Mittelwertdifferenz 0,16.

Die vier Items, bei denen aufgrund der größeren Mittelwertdifferenzen (0,30 und größer) evidente Bewertungsunterschiede in den beiden Befragungsgruppen bestehen, sind ausschließlich Items mit einem sehr hohen bis hohen Zustimmungsniveau. Die prozentuale Häufigkeitsverteilung in der Bewertung dieser vier Items ist in Abbildung 1.2 ersichtlich. Konkret handelt es sich um die Items, dass eine Führungskraft

- es versteht, andere zu begeistern (Mittelwertdifferenz 0,43),
- eine überzeugende Zukunftsvision formuliert (Mittelwertdifferenz 0,45),

- stets aufs Neue prüft, ob zentrale/wichtige Anforderungen noch angemessen sind (Mittelwertdifferenz 0,30), sowie
- Fehler vorwiegend als Lernchance ansieht (Mittelwertdifferenz 0,30).

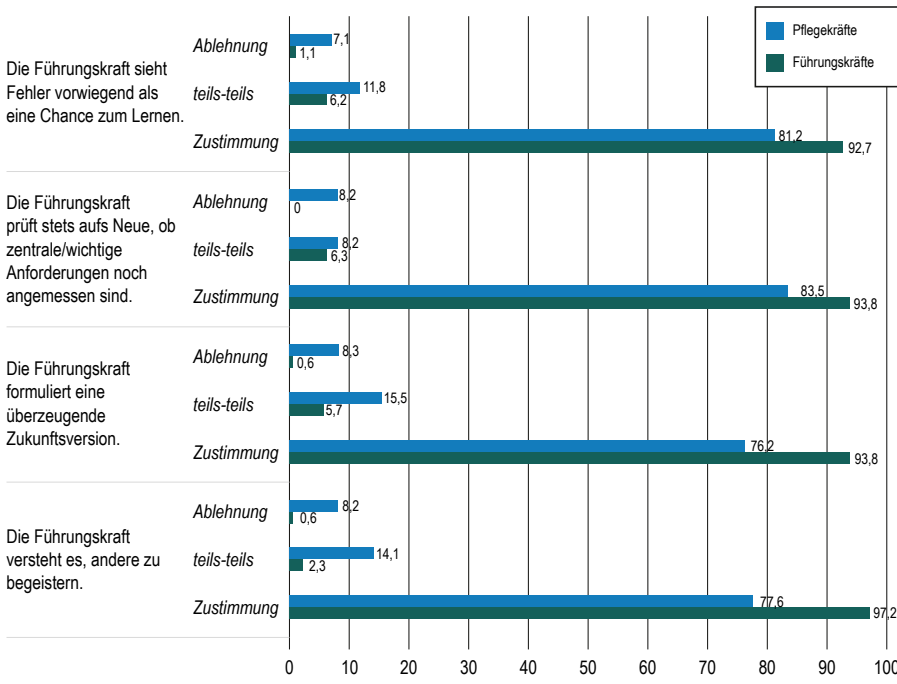


Abb. 1.2: Prozentuale Verteilung der Zustimmungsggrade der Items auf der allgemeinen Kompetenzebene mit größeren Mittelwertunterschieden (eigene Darstellung)

Insbesondere in der Betrachtung der Zustimmungsniveaus und der aufgezeigten Mittelwertunterschiede zeigt sich, dass die Bewertungsmuster der Führungskräfte deren Rollenverständnis widerspiegeln. Sie nehmen sich als Person wahr, die den Mitarbeitenden Vertrauen vermittelt, immer für sie ansprechbar ist und sie begeistern kann. Diese Sichtweise entspricht auch dem, wie die Pflegekräfte die Rolle einer Führungskraft verstehen. Jedoch ist die Zustimmung der Pflegekräfte zu den jeweiligen Aussagen insgesamt etwas geringer als bei den befragten Leitungskräften.

Spezielle Kompetenzebene

Auch aus dem Antwortverhalten zum zweiten Itemblock, der sich auf Kompetenzen in der Personalführung bezieht, ist das Rollenverständnis der Führungskräfte und die Sichtweise der Pflegekräfte erkennbar. Aspekte der Förderung der Fähigkeiten,

Fertigkeiten und Stärken der Mitarbeitenden oder der Teamarbeit erachten die Befragten als wichtige Kompetenzen zum professionellen Umgang mit zukünftigen Herausforderungen.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die diesbezüglichen Ergebnisse der deskriptiven Auswertungen. Auch hier sind in der rechten Spalte die Differenzen der Mittelwerte bei den befragten Führungskräften und Pflegekräften angegeben, wobei besonders auffallende Differenzen farblich in rot und relativ geringe Mittelwertunterschiede in grün gekennzeichnet sind.

Tabelle 2: Einschätzung der Kompetenzen hinsichtlich Personalführung zum professionellen Umgang mit zukünftigen Herausforderungen (eigene Darstellung)

	Gesamt- sample	Teilgruppe Führungs- kräfte	Teilgruppe Pflegekräfte	Differenzen Mittelwerte Teilgruppen
Die Führungskraft...				
betont die Wichtigkeit von Teamgeist und einem gemeinsamen Aufgabenverständnis.	MW = 1,50 SD = 0,73	MW = 1,38 SD = 0,52	MW = 1,74 SD = 0,99	0,36
fördert den allgemeinen Informationsaustausch im Team.	MW = 1,39 SD = 0,66	MW = 1,29 SD = 0,49	MW = 1,61 SD = 0,87	0,32
fördert den Wissensaustausch im Team, z. B. im Rahmen des Wundmanagements.	MW = 1,50 SD = 0,80	MW = 1,40 SD = 0,61	MW = 1,69 SD = 1,07	0,29
bringt die Mitarbeitenden dazu, Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten.	MW = 1,45 SD = 0,71	MW = 1,32 SD = 0,50	MW = 1,71 SD = 0,96	0,39
bespricht mit den Mitarbeitenden gemeinsame Erfahrungen im Hinblick auf Verbesserungsansätze.	MW = 1,51 SD = 0,72	MW = 1,42 SD = 0,57	MW = 1,69 SD = 0,93	0,27
nimmt sich Zeit für Führung und dafür, Mitarbeitenden etwas beizubringen, oder schafft die Strukturen dafür.	MW = 1,41 SD = 0,70	MW = 1,32 SD = 0,52	MW = 1,59 SD = 0,95	0,27

	Gesamt- sample	Teilgruppe Führungs- kräfte	Teilgruppe Pflegerkräfte	Differenzen Mittelwerte Teilgruppen
Die Führungskraft...				
erkennt die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Mitarbeitenden, mit denen sie bzw. er eng zusammenarbeitet.	MW = 1,37 SD = 0,71	MW = 1,25 SD = 0,47	MW = 1,62 SD = 1,00	0,37
fördert die Mitarbeitenden, mit denen sie bzw. er eng zusammenarbeitet, darin, ihre Stärken auszubauen.	MW = 1,35 SD = 0,66	MW = 1,25 SD = 0,46	MW = 1,56 SD = 0,94	0,31
gibt den Mitarbeitenden nach Möglichkeit Chancen zur Weiterentwicklung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten, z. B. durch Weiterbildung.	MW = 1,21 SD = 0,54	MW = 1,17 SD = 0,41	MW = 1,30 SD = 0,74	0,13
gibt den Mitarbeitenden Entscheidungsfreiheit in ihrem Arbeitsgebiet.	MW = 1,67 SD = 0,72	MW = 1,66 SD = 0,70	MW = 1,69 SD = 0,76	0,03
setzt sich für die Bedürfnisse und Interessen der Mitarbeitenden ein.	MW = 1,56 SD = 0,65	MW = 1,57 SD = 0,65	MW = 1,54 SD = 0,67	0,03
fördert die Vereinbarkeit von Beruf und Familie der Mitarbeitenden.	MW = 1,59 SD = 0,72	MW = 1,58 SD = 0,67	MW = 1,61 SD = 0,82	0,03
traut den Mitarbeitenden zu, dass sie ihre Aufgaben gut bewältigen.	MW = 1,50 SD = 0,67	MW = 1,48 SD = 0,62	MW = 1,54 SD = 0,75	0,06
gibt den Mitarbeitenden die Zusicherung, dass sie bzw. er Vertrauen in ihre Motivation hat.	MW = 1,61 SD = 0,74	MW = 1,57 SD = 0,70	MW = 1,69 SD = 0,80	0,12
gibt den Mitarbeitenden die Zusicherung, dass sie bzw. er Vertrauen in ihre Fähigkeiten hat.	MW = 1,47 SD = 0,64	MW = 1,43 SD = 0,59	MW = 1,54 SD = 0,73	0,11
fördert die übergreifende Zusammenarbeit mit anderen Bereichen.	MW = 1,47 SD = 0,66	MW = 1,39 SD = 0,58	MW = 1,64 SD = 0,77	0,25

Auch für diese Items ist das Zustimmungsniveau durchgängig als sehr hoch bis hoch zu beurteilen. Die prozentuale Zustimmung (trifft voll zu und trifft eher zu) zu den 16 Items ähnelt der aus dem ersten Itemblock. Die Zustimmung ist hier unter den Leitungskräften ebenfalls höher als unter den Pflegekräften. Es ist jedoch hervorzuheben, dass die Ablehnung (trifft eher nicht zu und trifft gar nicht zu) der einzelnen Aussagen geringer als im ersten Befragungsblock ausfällt. So wurde kein Item von den Führungskräften mit trifft gar nicht zu eingeschätzt, nur drei Items beurteilten sie mit trifft eher nicht zu.

Die Pflegekräfte lehnen vielmehr andere Aspekte ab. Die Items „betont die Wichtigkeit von Teamgeist und einem gemeinsamen Aufgabenverständnis“ (7,1 % Ablehnung bei den Pflegekräften), „fördert den Wissensaustausch im Team, z. B. im Rahmen des Wundmanagements“ (9,4 % Ablehnung bei den Pflegekräften) und „erkennt die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Mitarbeitenden, mit denen sie bzw. er eng zusammenarbeitet“ (8,2 % Ablehnung bei den Pflegekräften) werden von den Pflegekräften tendenziell mehr abgelehnt. Im Vergleich dazu hat jedoch keine der befragten Leitungskräfte einem dieser drei Items eine ablehnende Haltung gegenüber geäußert.

Bei einer genaueren Betrachtung der Mittelwertdifferenzen lassen sich erneut Items selektieren, welche eine Tendenz zu Gemeinsamkeiten bzw. Unterschieden zwischen den beiden Befragungsgruppen erkennen lassen. Bei sieben Items liegt die Mittelwertdifferenz unter 0,20 (*grün*), was einen relativ hohen Grad der Übereinstimmungen in den Bewertungen zum Ausdruck bringt. Nähere Informationen dazu finden sich in Abbildung 1.3. Eine Führungskraft sollte demnach

- den Mitarbeitenden nach Möglichkeit Chancen zur Weiterentwicklung ihrer Kenntnisse und Fähigkeiten, z. B. durch Weiterbildung, geben (Mittelwertdifferenz 0,13),
- den Mitarbeitenden Entscheidungsfreiheit in ihrem Arbeitsgebiet geben (Mittelwertdifferenz 0,03),
- sich für die Bedürfnisse und Interessen der Mitarbeitenden einsetzen (Mittelwertdifferenz 0,03),
- die Vereinbarkeit von Beruf und Familie der Mitarbeitenden fördern (Mittelwertdifferenz 0,03),
- den Mitarbeitenden zutrauen, dass sie ihre Aufgaben gut bewältigen (Mittelwertdifferenz 0,06),
- den Mitarbeitenden die Zusicherung geben, dass sie bzw. er Vertrauen in ihre Motivation hat (Mittelwertdifferenz 0,12), sowie
- den Mitarbeitenden die Zusicherung geben, dass sie bzw. er Vertrauen in ihre Fähigkeiten hat (Mittelwertdifferenz 0,11).

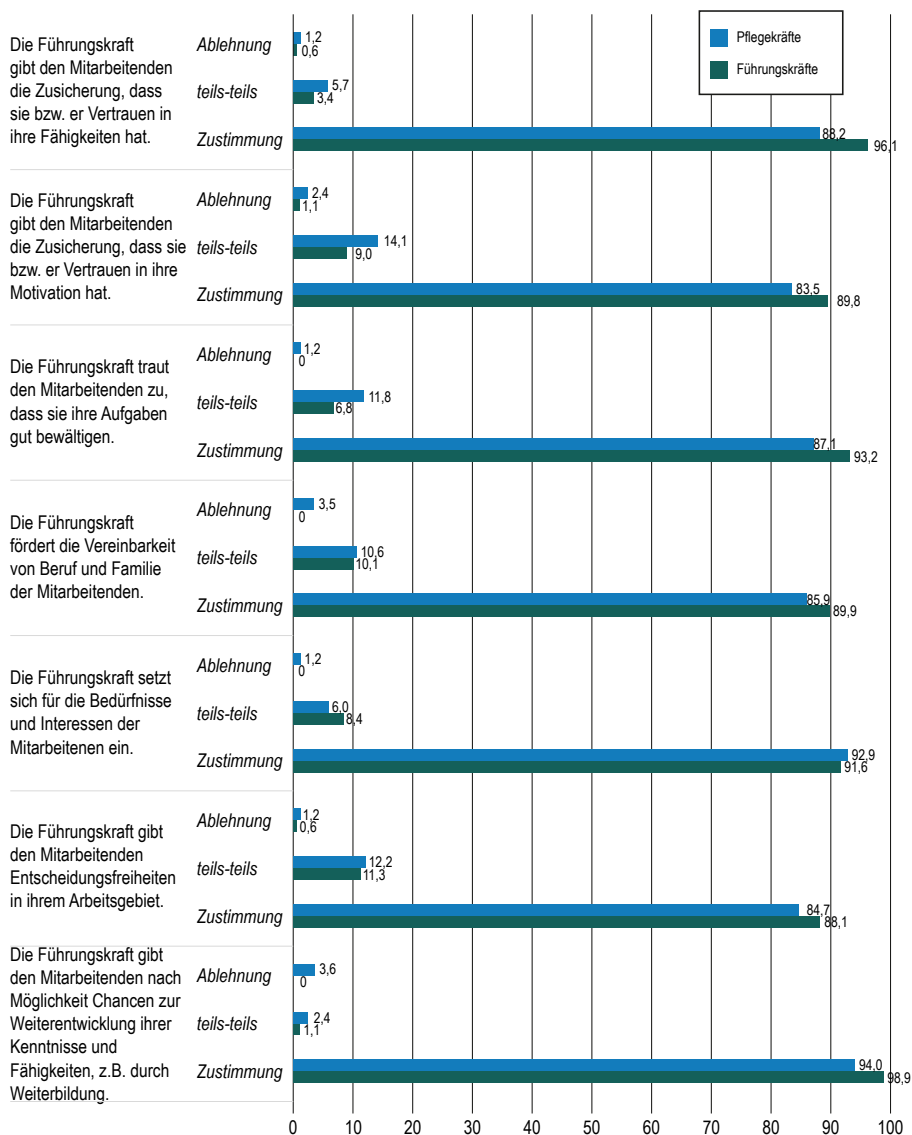


Abb. 2.1: Prozentuale Verteilung der Zustimmungsggrade der Items auf der speziellen Kompetenzebene mit relativ geringen Mittelwertunterschieden (eigene Darstellung)

Auf der speziellen Kompetenzebene finden sich insgesamt fünf Items, bei denen die Mittelwertdifferenzen zwischen den beiden Befragungsgruppen 0,30 und größer sind (rot), was weiter auseinanderliegende Zustimmungsniveaus anzeigt. Die

prozentuale Verteilung der Häufigkeiten dieser Items zeigt Abbildung 2.2. Zu diesen fünf Items gehören die Aussagen, dass eine Führungskraft

- die Wichtigkeit von Teamgeist und einem gemeinsamen Aufgabenverständnis betont (Mittelwertdifferenz 0,36),
- den allgemeinen Informationsaustausch im Team fördert (Mittelwertdifferenz 0,32),
- die Mitarbeitenden dazu bringt, Probleme aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten (Mittelwertdifferenz 0,39),
- die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Mitarbeitenden, mit denen sie eng zusammenarbeitet, erkennt (Mittelwertdifferenz 0,37) sowie
- die Mitarbeitenden, mit denen sie bzw. er eng zusammenarbeiten, darin fördert, ihre Stärken auszubauen (Mittelwertdifferenz 0,31).

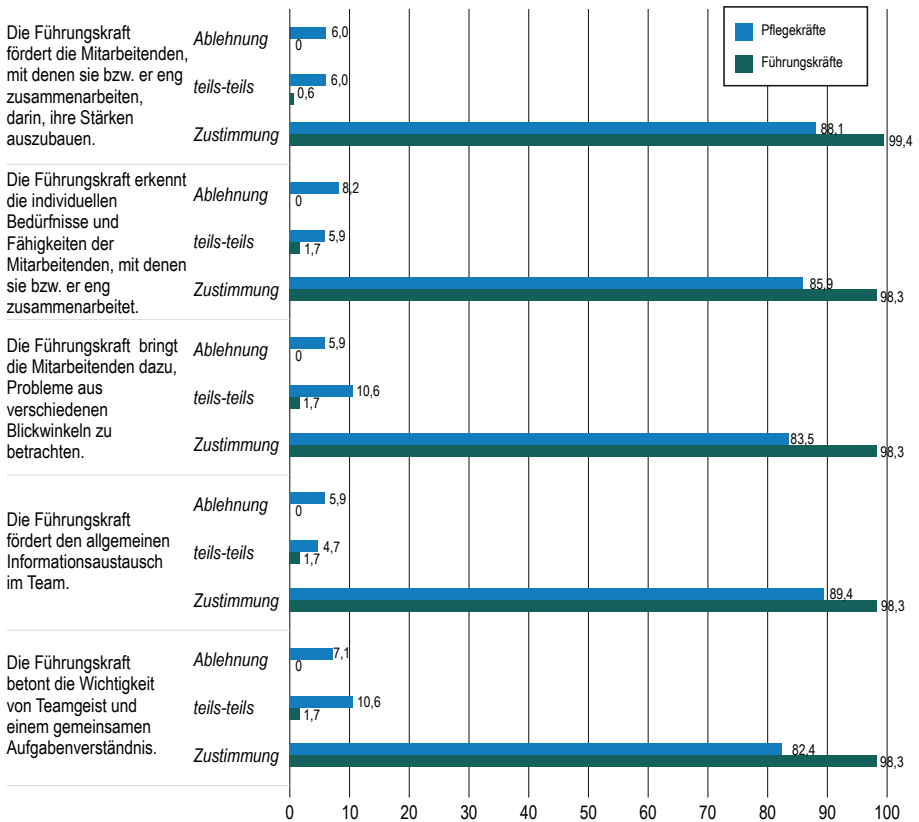


Abb. 2.2: Prozentuale Verteilung der Zustimmungsggrade der Items auf der speziellen Kompetenzebene mit größeren Mittelwertunterschieden (eigene Darstellung)

Insgesamt zeigt sich auch zu den speziellen Kompetenzen die unterschiedliche Rollenwahrnehmung. Obwohl es gleiche Ansichten zu einer auf Vertrauen basierenden Beziehung zwischen der Leitungskraft und den Mitarbeitenden, zur Mitarbeitendenförderung mittels Weiterbildung und Entscheidungsfreiheiten oder zur Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf gibt, lässt sich ein differenziertes Meinungsbild zu Aspekten wie einem gemeinsamen Aufgabenverständnis oder dem Erkennen der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Mitarbeitenden erkennen. Trotzdem dies für beide Befragungsgruppen wichtige Kompetenzen einer Führungskraft für den Umgang mit zukünftigen Herausforderungen sind, messen die befragten Leitungskräfte diesen Kompetenzen eine höhere Bedeutung zu.

Interpretation und Zusammenfassung

Die dargestellten Auswertungsergebnisse der Online-Befragung von Pflege- und Führungskräften im Pflege- und Gesundheitsbereich liefern wichtige Erkenntnisse zu den Anforderungen an die Führungskompetenzen in Zeiten sich verändernder Rahmenbedingungen. Sowohl für die Gruppe der Pflegekräfte als auch für die befragten Leitungskräfte zeigen sich bei einem erheblichen Teil der abgefragten Items große Ähnlichkeiten beim Antwortverhalten. Deutlich wurden dabei aber auch mehr oder weniger stark ausgeprägte Unterschiede im Zustimmungsgrad und in den Mittelwerten, welche in weitergehenden Untersuchungen analytisch zu überprüfen sind.

Für beide Befragungsgruppen zeigen sich Bewertungsmuster, die eng mit dem Konzept der transaktionalen Führung (New Leadership) zusammenhängen. Von großer Bedeutung sind demnach Führungseigenschaften, die mit Ziel-, Lösungs- und Teamorientierung sowie der Motivierung und Förderung von Mitarbeitenden zusammenhängen. Bedeutsam sind aber auch Fähigkeiten, Mitarbeitende kommunikativ und argumentativ vom eigenen Tun zu überzeugen.

Insgesamt betrachtet bedarf es zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen im Pflege- und Gesundheitsbereich Führungskompetenzen, die es ermöglichen, Pflege- und Gesundheitseinrichtungen multiperspektivisch und strategisch vorausschauend zu betrachten, zu analysieren und zu steuern. Bedeutsam sind darüber hinaus Methoden- und Sozialkompetenzen, die zur Gestaltung von Veränderungsprozessen gerade in Krisenzeiten und zum integrativ-partizipativen Umgang mit den Mitarbeitenden befähigen.

Literaturverzeichnis

- Becker, W. & Olschewski, U. (2023). *Anforderungen an Führungskompetenzen im Pflege- und Gesundheitsbereich in Zeiten sich verändernder Herausforderungen. Projektbericht*. Hamburg Fern-Hochschule. <https://www.hfh-fernstudium.de/sites/default/files/documents/hfh-projektbericht-anforderungen-an-fuehrungs-kompetenzen-im-pflege-und-gesundheitsbereich.pdf> [26.04.2023].
- Felfe, J. & Goihl, K. (2014). *Deutscher Multifactor Leadership Questionnaire (MLQ). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis22>
- Felfe, J. (2015). Transformationale Führung: Neue Entwicklungen. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends der psychologischen Führungsforschung. Neue Konzepte, Methoden* (S. 39 – 54). Hogrefe.
- Golombek, D. & Dangel, M. (2018). Leadership als persönliche Führungshaltung. Das höchste Gut eines Unternehmens sind die Mitarbeiter. *Pflegezeitschrift*, 71(9), 34 – 36.
- Helmold, M. (2022). *Leadership. Agile, virtuelle und globale Führungskonzepte in Zeiten von neuen Megatrends*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36364-2>
- Heyna, P. & Fittkau, K.-H. (2021). *Transformationale Führung kompakt. Genese, Theorie, Empirie, Kritik*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-33421-5>
- Paul, T. & Schyns, B. (2014). *Individualisierter Führungsstil. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS)*. <https://doi.org/10.6102/zis24>
- Questback (2016). *Modularer Muster-Fragebogen zur Mitarbeiterbefragung*. <https://www.questback.com/assets/de/files/Infografiken/Mitarbeiterbefragung-Muster-Modular-Questback-2016.pdf> [31.03.2023].
- Schiering, W. (n. d.). *Fragebogen Führungsgespräch*. <http://www.schiering.org/arhilfen/allgem/fuehrung.htm> [31.03.2023].
- Unger, F., Sann, U. & Martin, C. (2022). *Personalführung in Organisationen der Sozialwirtschaft. Ein Studienbuch*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-36119-8>
- Weber, C., Thomson, B. & Pundt, F. (2018). *Die Notwendigkeit von Führung in einer digitalisierten Arbeitswelt – eine Netnografie*. BAuA: Fokus. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Fokus/Fuehrung-Netnografie.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [31.03.2023].

2.5 Klinische Komplexbehandlung von multiresistenten Erregern in Deutschland

Stephan Müthel

Einleitung

Multiresistente Erreger (MRE) werden zunehmend als Bedrohung in der deutschen Gesundheitsversorgung wahrgenommen (Huebner et al., 2016). Auf der neonatologischen Intensivstation im Klinikum Bremen-Mitte kam es im Winter 2011/2012 zu mehreren Todesfällen von frühgeborenen Kindern, die sich mit MRE infiziert hatten. Auch umfassende Reinigung und Sanierungsarbeiten konnten nicht verhindern, dass es im Verlauf des Jahres 2012 zu weiteren, letztlich tödlich verlaufenden Infektionen mit MRE kam. Die betroffene Station wurde schließlich von der Stadt Bremen geschlossen. Die öffentliche Berichterstattung zu diesem Thema gewinnt seitdem in Deutschland an Brisanz. Doch Infektionen mit MRE sind nicht nur fatal endende Einzelfälle. Infektionen mit MRE entwickeln sich zunehmend zu einem globalen Risiko für den bisherigen medizinischen Fortschritt im Bereich der antibiotischen Therapie (O'Neill, 2016).

MRE charakterisieren die unter evolutionärem Selektionsdruck mutierten oder natürlich angelegten Gene, die für das Auftreten von multiplen Resistenzen dieser Mikroorganismen gegenüber antibiotischen Stoffen verantwortlich sind. Eine solche Fähigkeit und Praxis der Übertragung wird beim Wachstum der bakteriellen Population in Gegenwart von Antibiotika sogar gefördert. Derjenige Bakterien-Stamm, der ein entsprechendes Resistenzgen erworben hat und erfolgreich weitergibt, erhält einen Selektionsvorteil. Resistenzentwicklung ist bei Organismen, die der Bekämpfung mit Antibiotika ausgesetzt sind, häufig zu beobachten. Sie verläuft umso schneller, je rascher sich der Organismus vermehrt. Resistenzentwicklung und -ausbreitung treten besonders dort auf, wo häufig Antibiotika eingesetzt werden, also in Krankenhäusern oder auch in der Veterinärmedizin. Es kommt langfristig zu einem Wirksamkeitsverlust der antibiotischen Stoffe gegenüber den Organismen, die sich anpassen und Resistenzen entwickeln können (Spektrum, 1999).

Der Entdecker des Penicillins und somit des ersten Antibiotikums, Alexander Fleming, betonte bereits 1945, dass niedrigschwellige Verfügbarkeit und Ignoranz in Zukunft dazu führen könnten, dass die Erreger, die durch das Penicillin erstmals wirksam bekämpft werden konnten, Resistenzen gegenüber der antibiotischen Therapie entwickeln würden (Fleming, 1945). Flemings Warnung war berechtigt.

Antibiotika werden heute zur Behandlung von Infektionen sowie Prophylaxe einer Infektion (z. B. bei invasiven und minimalinvasiven Verfahren) angewendet, um den Behandlungserfolg zu sichern oder Komplikationen durch Infektionen zu verhindern. Auch in der Landwirtschaft ist die Massentierhaltung in ihrem Ausmaß nur

möglich durch Antibiotikagabe an die Tiere, damit sich keine Infektionskrankheiten ausbreiten.

Sollte die Antibiotika-Therapie durch Resistenzen jedoch weiter an Wirksamkeit verlieren, könnten neue und altbekannte Infektionskrankheiten oder sogar Routineoperationen in Zukunft deutlich mehr Gefahren für Patient:innen bedeuten. So geschah es im September 2016, dass eine Patientin, die in Indien an einem gebrochenen Oberschenkelknochen operiert wurde, nach zwei Jahren Therapie in den Vereinigten Staaten schließlich verstarb. Mit anderen Worten führte ein Routineeingriff nach zwei Jahren kostenintensiver Therapie in einem der teuersten Gesundheitssysteme der Welt zum Tod der Patientin. Man stellte fest, dass Sie von einem panresistenten Stamm der *Klebsiella pneumoniae* befallen war. Diese Bakterien sind gegenüber allen bekannten Antibiotika resistent (Man et al., 2018). Komplikationen, die durch diese Bakterien ausgelöst werden (z. B. eine Pneumonie oder eine Sepsis), lassen sich nicht mehr bekämpfen und führen dann unter Umständen zum Tod.

Gegenwärtig bedeutet eine Infektion mit den in Deutschland verbreiteten MRE für Krankenhauspatient:innen bereits ein erhöhtes Risiko für Komplikationen, die eine Notfallbehandlung erfordern oder während des Krankenhausaufenthaltes zu sterben (Barrasa-Villar et al., 2017).

Im Jahr 2050 könnten bis zu 10 Millionen Menschen weltweit an MRE versterben (O'Neill, 2016). Die aus O'Neills (2016) Übersichtsarbeit stammende Abbildung 1 für die britische Regierung ist mit Vorsicht zu betrachten, da derart weitreichende Prognosen als vage zu bewerten sind. Dennoch ist das Szenario der Forscher:innen ein warnendes Signal und verdeutlicht die zukünftige Herausforderung, welche dem weltweiten Gesundheitswesen bevorsteht.

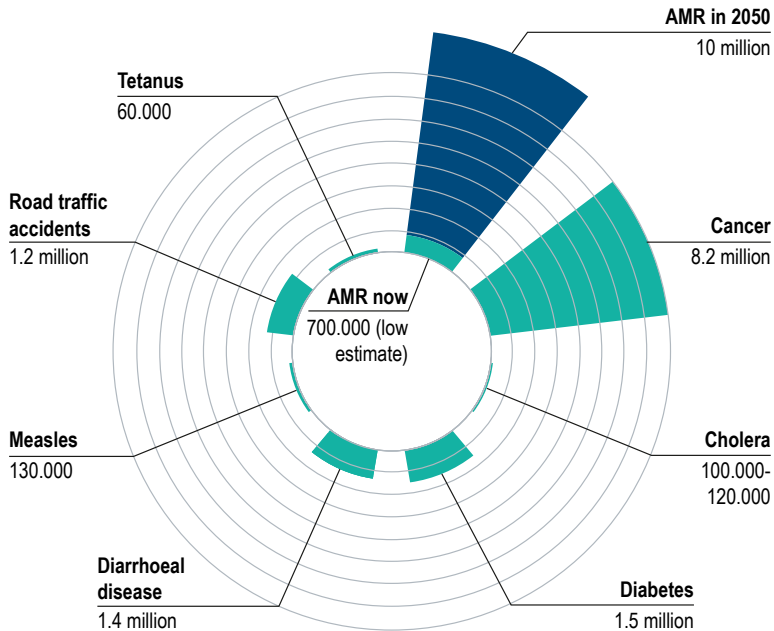


Abb. 1: Todesfälle aufgrund ausgewählter Krankheiten heute und Todesfälle durch die Fähigkeit der Resistenzentwicklung bakterieller Krankheitserreger (engl. AMR) im Jahr 2050 (O'Neill, 2016, S. 11)

Kritik des aktuellen Behandlungsansatzes

Der vom Robert Koch-Institut (RKI) derzeit empfohlene und reglementierte Behandlungsansatz für betroffene Patient:innen ist im Rahmen einer klinischen Therapie streng definiert. Über den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-987 wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) definiert, welche Maßnahmen die Behandlung betroffener Patient:innen aufweisen muss, damit eine sogenannte multimodale Komplexbehandlung erfüllt ist. Die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern ist dabei durch folgende Mindestmerkmale gekennzeichnet:

Es muss eine Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal erfolgen. Dabei hat eine Zusammenarbeit mit Krankenhaushygienebeauftragten und der Krankenpflege unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs-, Hygiene- und Pflegestandards stattzufinden. Die Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung des tatsächlichen Befalls mit den MRE der ICD-10 Kategorien U80* bis U82* ist umgehend notwendig. Das trifft sowohl vor der Durchführung der Komplexbehandlung als auch nach abgeschlossener Komplexbehandlung zu. Es muss

eine strikte Einzel- oder Kohortenisolation der betroffenen Patient:innen erfolgen. Die Isolation muss aufrechterhalten werden, bis drei negative Proben von drei unterschiedlichen Tagen vorliegen. Zudem muss dabei ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens zwei Stunden täglich durch die folgenden Maßnahmen entstehen (Dimdi, 2018):

- Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika;
- Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z. B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperteile/Organe);
- Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich;
- Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u. Ä.);
- Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, Einschleusen, Ausschleusen etc.);
- Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen;
- Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und einmalige Schlussdesinfektion;
- Patient:innen- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE;
- Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-organisatorischen Bedingungen (z. B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion)

Tabelle 1: *Eingeschlossene OPS Kodierungen (DIMDI, 2018, o. S.)*

Untersuchte OPS Kodierungen
OPS: 8-987.10 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Bis zu 6 Behandlungstage
OPS: 8-987.11 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
OPS: 8-987.12 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
OPS: 8-987.13 Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]: Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage

Eine Übersichtsarbeit von Lemmen und Lewalter (2018) stellte heraus, dass der klassische (oben beschriebene) Ansatz zur Bekämpfung der MRE durch Screening, Isolation und Sanierung/Eradikation bisher nur begrenzt wirksam ist. Die aktuelle Forschung zeigt vielmehr, dass unzureichend definierte und umgesetzte Screening-Routinen vorkommen, belegte Nachteile der Isolation deutlich werden sowie Rückfallquoten von 40 Prozent bei der MRSA-Sanierung auftreten (Lemmen & Lewalter, 2018; Ammerlaan et al., 2009).

Des Weiteren ließ sich für die Vancomycinresistenten Enterokokken (VRE) und die multiresistenten gramnegativen Erreger (MRGN) bisher keine langfristig erfolgreiche Sanierung/Eradikation nachweisen (Lemmen & Lewalter, 2018). Der Nutzen der Eradikationstherapie bei VRE und MRGN ist langfristig also nicht gegeben. Hingegen kam es innerhalb einer randomisierten, kontrollierten Studie zur Wirksamkeit der Eradikationen bei resistenten Darmbakterien in der Interventionsgruppe (mit Eradikationstherapie) im Vergleich zur Kontrollgruppe zu signifikant mehr Diarrhoeen (Huttner et al., 2013). Es wird also eher ein (geringer) Schaden verursacht, als dass ein Nutzen erzielt wird. Außerdem ist die Abwägung der Vor- und Nachteile der Isolation zu betonen: So kommt es während der Isolation zu weniger Besuchen durch Ärzt:innen und Pflegenden als bei nichtisolierten Patient:innen sowie zu mehr erlebter Angst der Patient:innen. Tatsächlich zeigen Kolonisations- und Infektionsraten jedoch keine signifikanten Veränderungen, wenn es zu einem Abbruch der Isolation kommt (Lemmen & Lewalter, 2018; Bearman et al., 2018).

Die Anwendung der sehr arbeits- und zeitaufwendigen Komplexbehandlung der MRE ist in Anbetracht des limitierten Nutzens und der nachgewiesenen unerwünschten Nebenwirkungen nicht nur im Einzelfall fraglich, sondern auch aus medizinischer und epidemiologischer Sicht also kritisch zu diskutieren. Hinzu kommen gesundheitsökonomische Aspekte. Die bisherige vertikale Behandlungsstrategie der Komplexbehandlung der MRE ist zum Beispiel durch erhöhten Materialverbrauch und Arbeitsaufwand bei der Isolation mit Mehrkosten verbunden. Eine Studie am Universitätsklinikum Heidelberg zeigt, dass es bei Patient:innen, die eine Infektion oder Kolonisation durch MRE aufweisen, im Vergleich zu nicht befallenen Patient:innen, zu einem um 77,2 Prozent verlängertem Klinikaufenthalt kam (Mutters et al., 2015). In Deutschland kommt es dabei zu sehr unterschiedlichen Mehrkosten für die Kliniken. Die Spanne reicht hier in Bezug auf Mehrkosten pro Fall von 17.500 € über 8.673 € bis lediglich 1.500 € (Oberdörfer et al., 2015; Hübner et al., 2014; Engler-Hüsch et al., 2018). Doch selbst im Szenario mit den geringsten Mehrkosten von 1.500 € zeigen die Forscher:innen, dass durchschnittlich lediglich 945,34 € refinanziert werden (Engler-Hüsch et al., 2018). Es kommt damit langfristig zu einer Unterfinanzierung der Häuser, wenn sie die betroffenen Patient:innen mit der aktuell angewandten Komplexbehandlung therapieren. Im Gegensatz dazu zeigte sich, dass Investitionen äußerst effizient sind, die in die klinische Infektionsprävention zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen fließen (Dik et al., 2016). Das impliziert, dass zusätzliche

präventive Ansätze auch im Kampf gegen die MRE nötig sind und langfristig Kosten einsparen könnten.

Dieser Aufsatz knüpft an die Ergebnisse von Lemmen und Lewalter (2018) an, die in den aktuellen vertikalen und pathogen-spezifischen Ansätzen der Behandlung deutliche Limitationen aufzeigen. Darum soll hier auch der von ihnen geforderte pathogen-unabhängige und horizontale Ansatz im Vergleich zum bekannten vertikalen Ansatz thematisiert werden (Lemmen & Lewalter, 2018). Dawson et al. (2016) differenzieren beide Ansätze wie folgt:

„Die zugrundeliegende Überlegung ist, dass aktives Screening und Isolation komplex und kostenaufwändig sind, und in der Regel nur einen nosokomialen Erreger oder Erregergruppe betreffen, wohingegen der horizontale Ansatz gegen alle fakultativ pathogenen, nosokomiale und mitgebrachte Keime gerichtet ist.“ (Dawson et al., 2016, S. 28)

Das bedeutet, dass mit dem horizontalen Ansatz alle pathogenen Erreger (also auch MRE) gleichzeitig und flächendeckend bekämpft werden sollen.

Bei einem horizontalen Behandlungsansatz wird auf ein Aufnahme-Screening auf MRE komplett verzichtet. Stattdessen wird angenommen, dass alle Patient:innen befallen sein könnten. Screening-Maßnahmen werden nur noch vereinzelt und risikoadaptiert (eher im Sinne einer Diagnostik) durchgeführt. Die betroffenen Patient:innen werden nicht isoliert, es sei denn, es besteht ein anderer Grund zur Isolation. Gründe für eine Isolation könnten zum Beispiel die zu erwartende klinische Morbidität, die Mortalität und die Ansteckungsrate der jeweiligen MRE sein. Patient:innen mit multiresistenter, offener Tuberkulose müssen beispielsweise weiterhin isoliert werden, während Patient:innen mit multiresistenten Darmbakterien nicht mehr isoliert werden würden.

Alle Patient:innen, die die Klinik betreten, erhalten bakterizide Waschutensilien, die während des gesamten Klinikaufenthaltes angewendet werden müssen. Auf Isolationsmaßnahmen wird nach Möglichkeit verzichtet. Dabei wird eine Reduktion der Kosten für Isolationsmaßnahmen um ca. 70 Prozent angenommen (Huang et al., 2014). MRE-Screening Kosten werden ebenfalls reduziert. Hinzu kommt der reduzierte Arbeitsaufwand für Labor, Krankenpflege und medizinisches Personal sowie reduzierter Materialverbrauch. Mithilfe der bakteriziden Waschungen werden sämtliche Bakterien und MRE bekämpft. Climo et al. (2013) zeigten, dass mit dieser Methode MRSA und VRE Fallzahlen signifikant ($p=0,028$) um 21 Prozent reduziert werden konnten. Dabei traten vereinzelt Hautrötungen als Nebenwirkungen auf (Climo et al., 2013). Auch wenn die zu verwendenden Hygieneprodukte relativ preiswert sind, entstünden durch die Anwendung bei allen Patient:innen im Vergleich zum vertikalen Ansatz höhere Kosten.

Um mehr Kontrolle bei der Antibiotikatherapie und eine bessere Verordnungspraxis zu gewährleisten, wurde das Konzept der Antibiotic Stewardship (ABS) eingeführt. Zu den ABS-Maßnahmen gehören die Messung des Arzneimittelverbrauch und die Entwicklung von klinikinternen Leitlinien sowie die Definition von Qualitätsindikatoren (Meyer, 2016). Dabei sollen vor allem Hygiene- und Präventionsmaßnahmen verbessert sowie die Verordnungspraxis von Antibiotika verändert werden. Dies ist jedoch noch nicht flächendeckende Praxis. Die Strategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), zu der auch die ABS-Maßnahmen gehören, beinhaltet des Weiteren die Antibiotika Resistenz- und Verbrauchs Surveillance (ARS/AVS) des RKI. Außerdem sind Durchführung und Evaluation von gesamtgesellschaftlichen Kampagnen zur Bildung eines Bewusstseins für Antibiotikaresistenzen und den sachgerechten Einsatz von Antibiotika geplant (BMG, 2017).

Daten und Methode

Der prominenteste der multiresistenten Erregerstämme ist wohl der Methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Er tritt in Deutschland mit einer Punktprävalenz von 1,64 Prozent auf (Huebner et al., 2016) und ist europaweit in räumlich gehäuften Ansammlungen (Cluster) zu finden. Grundmann et al. (2010) zeigten auf, dass sich diese räumlichen Cluster des MRSA hauptsächlich über die örtlichen Gesundheitseinrichtungen verteilen (Grundmann et al., 2010). Daher kann vermutet werden, dass bei der räumlichen Analyse der klinischen Behandlungsfälle aller MRE eine hohe Abdeckung der epidemiologischen Realität in Bezug auf MRE in Deutschland erfasst wird.

Die hier genutzte Datenbank basiert auf den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 136/§137 des Sozialgesetzbuch (SGB) V und wird auch als Klinikspiegel bezeichnet. Die hier analysierten Daten stammen aus den Jahren 2012-2016. Die Gesetzeslage sieht vor, dass die Kliniken ihre dokumentierten Diagnosen und durchgeführten Prozeduren in Fallzahlen an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übermitteln. Jedoch können dabei mehrere Fälle bei einer Patientin bzw. einem Patienten pro Jahr auftreten. Es können jedoch keine Rückschlüsse auf die Identität, Herkunft oder Behandlungsdetails gezogen werden. Die Daten beinhalten sämtliche klinische Prozeduren (ambulant und stationär) und sämtliche dokumentierte Diagnosen. Es handelt sich hierbei nicht um G-DRG relevante Abrechnungsdaten nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), sondern um selbstberichtete Fallzahlen der Kliniken, die zur Qualitätssicherung zentral beim G-BA gesammelt werden. Der Datensatz wurde mit Hilfe der Software IH Galaxy 2.0 verarbeitet. Zugriff auf die Daten sowie die Softwarelizenzen ermöglichte die EPC Healthcare GmbH.

Es wurde im Sinne von Grobe (2005) eine therapeutische Maßnahme mit Hilfe ihres OPS für ganz Deutschland quantitativ verortet, sodass Analyse und Interpretation der Routineversorgung möglich wurden (Grobe, 2005). Eine räumliche Versorgungs-

forschung hat sich laut Swart (2005) insbesondere für den Krankenhaussektor in der Gesundheitssystemforschung etabliert (Swart, 2005) und wurde hier dementsprechend angestrebt. Er formulierte zur Analyse von Krankenhausfallzahlen: „auf der Ebene von Landkreisen oder Gemeinden, stehen in der Regel routinemäßig flächendeckende Informationen nicht zur Verfügung.“ (Swart, 2005, S. 243) Weiter nennt er das Potential, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte diesbezüglich haben könnten (Swart, 2005).

Die Analyse hier soll sich der Komplexbehandlung auf regulären Stationen widmen. Deshalb werden Kodierungen ausgeschlossen, die spezielle Isolierstationen abdecken. Des Weiteren wurden nicht alle Landkreise, die Fallzahlen liefern in die Analyse eingeschlossen. Landkreise mit einer absoluten Anzahl von weniger als 30 Fällen in der Summe aller Schweregerade wurden aufgrund von zu geringen Fallzahlen aus der statistischen Analyse ausgeschlossen. Zudem gab es neun Kreise, die zu viele fehlende Werte im Datensatz aufwiesen und daher keine verlässliche Quelle bildeten. Insgesamt konnten 353 Kreise mit ausreichender Datenlage in die Analyse eingeschlossen werden, sodass sich ein Einschluss von 88 Prozent aller deutschen Landkreise ergab. Die Ergebnisse der Landkreise sind hier summiert für ihre jeweiligen Bundesländer dargestellt.

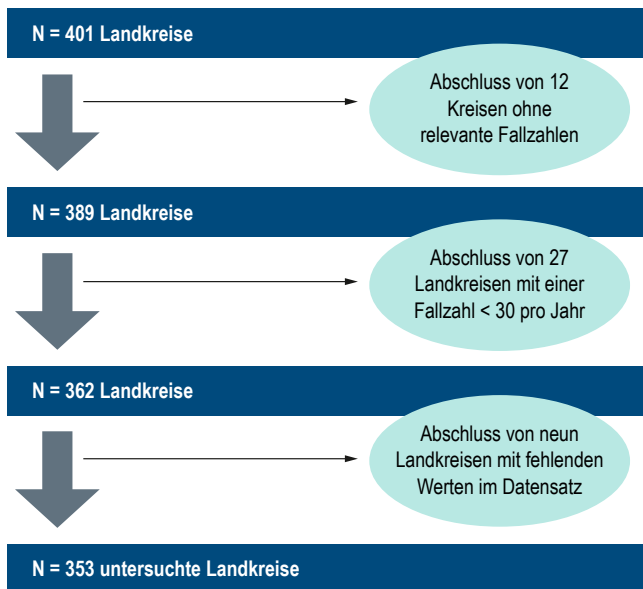


Abb. 2: Ein- und Ausschlussdiagramm (eigene Darstellung)

Während das Statistische Bundesamt Patientenzahlen aus den DRG-Abrechnungsdaten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bezieht und für

seine Statistiken verwendet, bilden bei dieser Arbeit die Fallzahlen die Datengrundlage, die durch die Krankenhäuser selbst berichtet werden. Es kann daher zu Differenzen zwischen den Zahlen des Statistischen Bundesamtes und den Ergebnissen dieser Arbeit kommen. So zeigen die folgenden Ergebnisse keine individuellen Patient:innenzahlen (die Prävalenz der MRE), sondern den für Krankenhäuser relevanten Behandlungsumfang. Es handelt sich dabei um zwei verschiedene Ansätze zur Erfassung der endemischen Situation.

Fallzahlentwicklung der Versorgung

Insgesamt ist ein deutlicher Anstieg der untersuchten Fallzahlen zu erkennen. Im Jahr 2012 gab es 124.700 Fälle der Komplexbehandlung von MRE auf nicht spezifischen Isolierstationen. Im Jahr 2016 waren es 137.403 Fälle. Daraus ergibt sich ein prozentuales Wachstum von 10,2 Prozent im untersuchten Zeitraum (siehe Tabelle 2.2).

Tabelle 2.1: Entwicklung der summierten Fallzahlen von MRE Komplexbehandlungen in den deutschen Bundesländern (eigene Darstellung)

Bundesland	Fallzahl summiert 2012	Fallzahl summiert 2013	Fallzahl summiert 2014	Fallzahl summiert 2015	Fallzahl summiert 2016
Nordrhein-Westfalen	31490	29452	28851	30151	29055
Bayern	13946	13253	12990	13386	15017
Baden-Württemberg	10397	9858	9387	10638	113741
Niedersachsen	14013	14157	14506	14205	13665
Hessen	9740	9522	10442	10950	12958
Berlin	9868	10044	11312	11287	12428
Sachsen	6536	7489	8217	10235	10581
Sachsen-Anhalt	4115	3673	4166	4312	5269
Rheinland-Pfalz	4866	5188	4626	4503	5032
Schleswig-Holstein	3208	3252	3929	3871	3686
Thüringen	3483	3412	3387	3863	3528
Hamburg	3509	3227	3340	3674	3410
Brandenburg	3108	2884	3208	3213	3402
Mecklenburg-Vorpommern	2511	2600	2711	2443	2574
Bremen	1813	1890	1797	1787	1581
Saarland	2097	2021	1852	1963	1475
Summe	124700	121922	124721	130481	137403

Der Zuwachs an absoluten Behandlungsfallzahlen um 10,2 Prozent setzt sich im Ländervergleich aus sehr unterschiedlichen Wachstumsraten zusammen (vgl. Abb. 3.1 und Tabelle 2.1). So zeigen die kleinen Bundesländer rückläufige Fallzahlen auf. Das Saarland weist einen Rückgang der Fallzahlen um 29,7 Prozent im untersuchten Zeitraum auf. In Bremen sinken die absoluten Behandlungsfallzahlen um 12,8 Prozent. Hingegen kam es in den Bundesländern im Süden und Osten des Landes zu einem deutlichen Zuwachs an absoluten Behandlungsfallzahlen. In Hessen gab es im Jahr 2016 33,0 Prozent mehr MRE-Komplexbehandlungen als im Jahr 2012. Sachsen weist in diesem Zeitraum ein Wachstum von 61,9 Prozent auf.

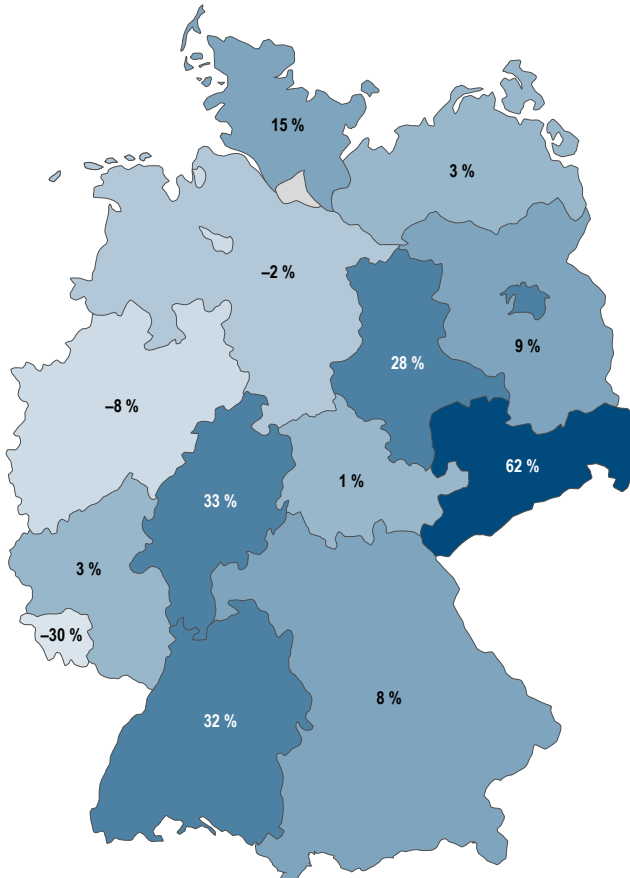


Abb. 3.1: Eigene Kartografische Darstellung der prozentualen Entwicklung der summierten Fallzahlen (eigene Darstellung)

Tabelle 2.2: Prozentuale Entwicklung der summierten Fallzahlen von 2012 bis 2016 (eigene Darstellung)

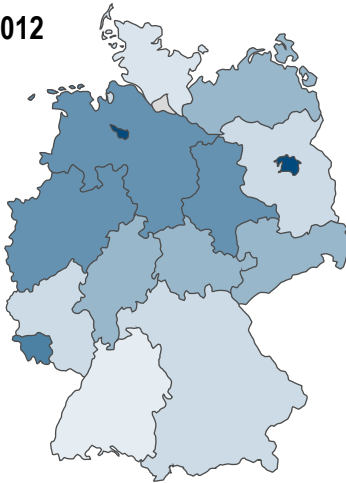
Bundesland	Entwicklung [%]
Nordrhein-Westfalen	-7,7
Bayern	7,7
Baden-Württemberg	32,2
Niedersachsen	-2,5
Hessen	33,0
Berlin	25,9
Sachsen	61,9
Sachsen-Anhalt	28,0
Rheinland-Pfalz	3,4
Schleswig-Holstein	14,9
Thüringen	1,3
Hamburg	-2,8
Brandenburg	9,5
Mecklenburg-Vorpommern	2,5
Bremen	-12,8
Saarland	29,7
Summe	10,2

Die folgenden relativen Fallzahlen zeigen hier die Behandlungsfälle pro 100.000 Einwohner:innen (EW) und machen die bevölkerungsreichen Bundesländer mit den wenig bevölkerten oder kleinen Bundesländern vergleichbar. Abbildung 9.4 zeigt in einem Überblick über fünf Jahre die Entwicklung der relativen Fallzahlen der Länder. Dabei zeigt sich ein anderes Bild als bei den absoluten Zahlen. Im Jahr 2012 weisen die kleinen Bundesländer Bremen und Saarland im Vergleich hohe relative Fallzahlen auf. Auch kleine urbane Bundesländer wie Hamburg und Berlin zeigen relative Fallzahlen von über 200 Fällen pro 100.000 EW. Hingegen zeigen Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein mit 98,6 und 114,4 Fällen pro 100.000 EW die niedrigsten Fallzahlen im Vergleich auf. Beträchtliche Veränderung treten im Saarland sowie in Sachsen auf. Im Saarland sank die relative Fallzahl von 210,5 Fällen pro 100.000 EW auf 148,1 Fälle pro 100.000 EW. Hingegen stiegen in Sachsen auch die relativen Fallzahlen von 161,3 Fällen pro 100.000 EW auf 295,1 Fälle pro 100.000 EW. Damit ist Sachsen sowohl bei der Entwicklung der absoluten Fallzahlen als auch bei den relativen Fallzahlen ein Land mit zunehmend relativ vielen Komplexbehandlungen der MRE. Mehr Fälle pro 100.000 EW gibt es nur in Berlin. Dieses Bundesland weist mit 350,3 Fällen pro 100.000 EW im Jahr 2016 die höchste

relative Anzahl der Komplexbehandlungen bei MRE auf.

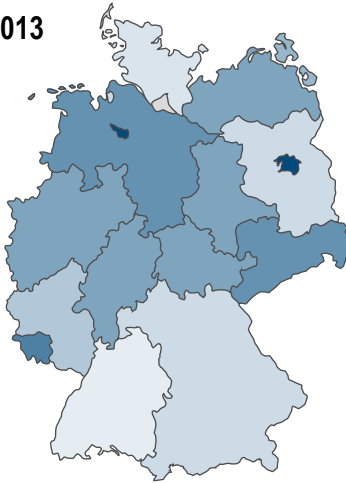
Beides wird durch die folgenden Karten der Abbildung 3.3 deutlich. Für einen übersichtlichen Vergleich der Jahre 2012 bis 2016 sind sämtliche relative Fallzahlen in einer Grafik gruppiert und sowohl tabellarisch als auch kartografisch dargestellt. Dabei fällt auf, dass auch Sachsen-Anhalt und Hessen im relativen Vergleich zu den anderen Bundesländern zunehmend hohe relative Fallzahlen aufweisen. In Sachsen-Anhalt stieg der Wert von 181,4 auf 235,1 Fälle pro 100.000 EW. In Hessen stieg er von 162,2 auf 209,2 Fälle.

2012



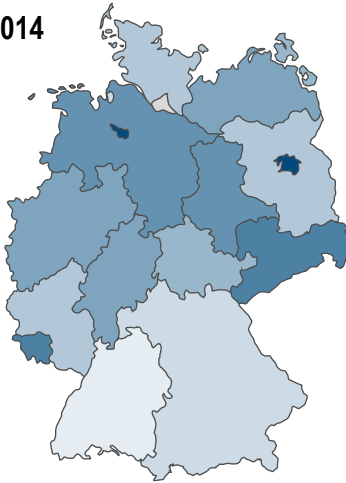
Bundesland	Relative Fallzahl gesamt 2012
Nordrhein-Westfalen	179,4
Bayern	111,7
Baden-Württemberg	98,6
Niedersachsen	180,2
Hessen	162,2
Berlin	294,5
Sachsen	161,3
Sachsen-Anhalt	18,4
Rheinland-Pfalz	121,9
Schleswig-Holstein	114,4
Thüringen	160,1
Hamburg	203,3
Brandenburg	126,8
Mecklenburg-Vorpommern	156,6
Bremen	277,4
Saarland	210,5

2013



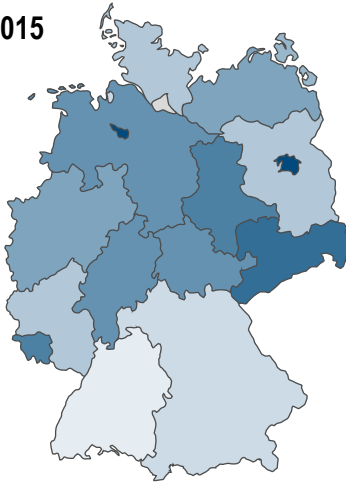
Bundesland	Relative Fallzahl gesamt 2013
Nordrhein-Westfalen	167,7
Bayern	105,5
Baden-Württemberg	93,0
Niedersachsen	181,9
Hessen	157,9
Berlin	295,5
Sachsen	185,0
Sachsen-Anhalt	163,1
Rheinland-Pfalz	130,0
Schleswig-Holstein	115,7
Thüringen	157,5
Hamburg	185,4
Brandenburg	117,7
Mecklenburg-Vorpommern	162,7
Bremen	288,1
Saarland	203,6

2014



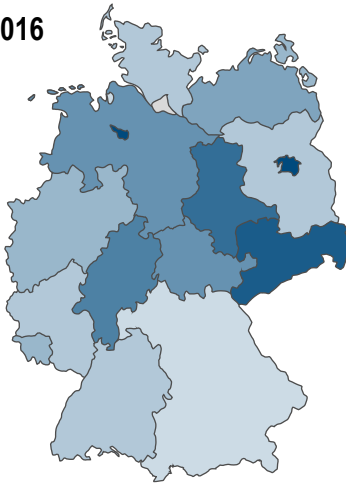
Bundesland	Relative Fallzahl gesamt 2014
Nordrhein-Westfalen	163,9
Bayern	102,7
Baden-Württemberg	87,9
Niedersachsen	185,8
Hessen	172,0
Berlin	328,3
Sachsen	202,8
Sachsen-Anhalt	186,0
Rheinland-Pfalz	115,6
Schleswig-Holstein	139,2
Thüringen	156,9
Hamburg	190,4
Brandenburg	130,8
Mecklenburg-Vorpommern	169,7
Bremen	272,4
Saarland	187,1

2015



Bundesland	Relative Fallzahl gesamt 2015
Nordrhein-Westfalen	169,8
Bayern	104,8
Baden-Württemberg	98,5
Niedersachsen	180,3
Hessen	178,5
Berlin	323,0
Sachsen	251,5
Sachsen-Anhalt	192,5
Rheinland-Pfalz	111,7
Schleswig-Holstein	136,1
Thüringen	178,5
Hamburg	207,0
Brandenburg	130,0
Mecklenburg-Vorpommern	152,1
Bremen	268,0
Saarland	197,8

2016



Bundesland	Relative Fallzahl gesamt 2016
Nordrhein-Westfalen	162,5
Bayern	116,5
Baden-Württemberg	125,9
Niedersachsen	172,2
Hessen	209,2
Berlin	350,3
Sachsen	259,1
Sachsen-Anhalt	235,1
Rheinland-Pfalz	124,0
Schleswig-Holstein	128,4
Thüringen	163,0
Hamburg	189,6
Brandenburg	136,6
Mecklenburg-Vorpommern	159,7
Bremen	234,2
Saarland	148,1

Abb. 3.2: Entwicklung der relativen Fallzahlen aller Komplexbehandlungen bei MRE pro 100.000 Einwohner von 2012 bis 2016 (eigene Darstellung)

Zahlen des Statistischen Bundesamts zeigen, dass vor allem über 70 Jahre alte Patient:innen eine MRE-Komplexbehandlung erhalten. Die Gruppe der 75 bis 80 Jahre alten Patient:innen macht mit 17 Prozent aller Patient:innen die größte Gruppe der behandelten Patient:innen aus (siehe Abb. 4.1).

Der Elefant im Raum

Das ermittelte Wachstum und die absolute Anzahl der Fallzahlen des OPS 8-897 bleiben in Anbetracht der demografischen Entwicklungen also stabil und könnten sogar bis 2060 noch deutlich zunehmen. In absoluten Bevölkerungszahlen war die Gruppe der 45 bis 65 Jahre alten Bevölkerung im Jahr 2018 in Deutschland vergleichsweise ausgeprägt. Bleibt die prozentuale Verteilung nach Alter der Patient:innen, die eine MRE-Komplexbehandlung benötigen bestehen, kann man aufgrund der steigenden Lebenserwartungen davon ausgehen, dass zukünftig die absoluten Fallzahlen weiter ansteigen werden.

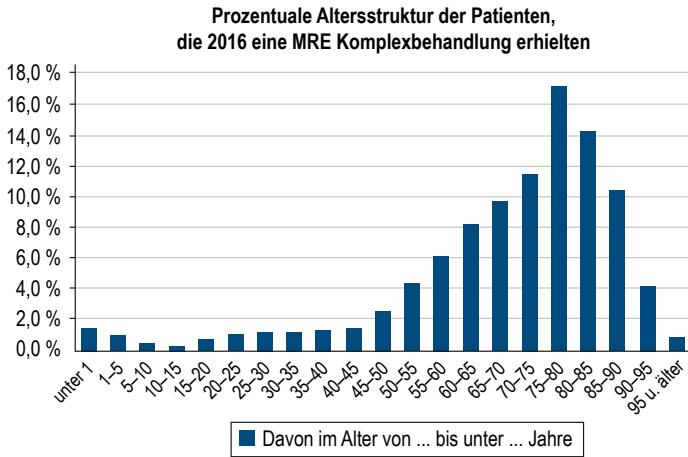
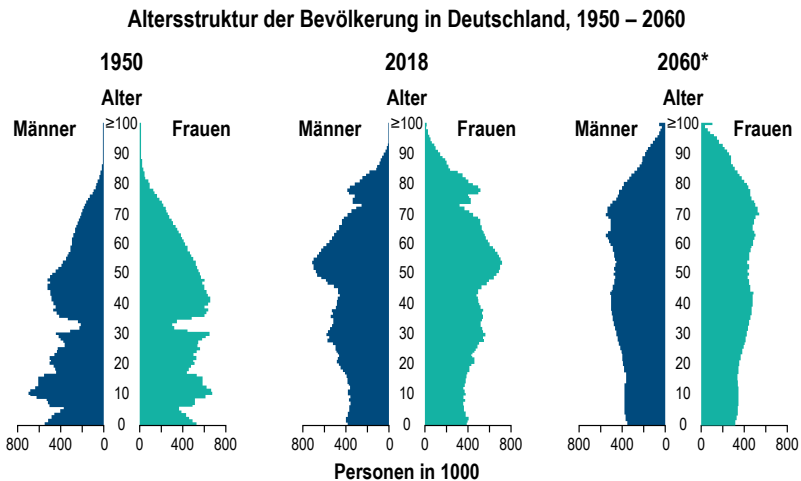


Abb. 4.1: Prozentuale Altersstruktur der MRE Patienten (Statistisches Bundesamt, 2019)



* Ergebnis der aktualisierten 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante 2)
(Datenquelle: Statistisches Bundesamt)

Abb. 4.2: Demografische Entwicklung in Deutschland (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2019)

Um MRE in Deutschland langfristiger und nachhaltiger bekämpfen zu können, müssen Klinikbetreibende tragfähige Behandlungsstrategien erarbeiten, die dem demographischen Wandel und dem Klinikstrukturwandel Rechnung tragen. Bedenkt man die vorhergesagte Morbidität und Mortalität, die MRE in den (globalen) Gesund-

heitssystemen verursachen könnte (Oneil, 2016), muss dafür gesorgt sein, dass die deutschen Krankenhäuser der wachsenden Anzahl an MRE angemessen begegnen können. Ein weiterer entscheidender Faktor sind die Kosten, die MRE Komplexbehandlungen verursachen.

Korcza's und Schöffmann's (2010) HTA-Bericht für das DIMDI zeigte auf, dass die Präventions- und Kontrollmaßnahmen des vertikalen Ansatzes effektiv sind, jedoch immer der endemischen Situation angepasst werden sollten. Außerdem raten Sie aufgrund der Studienlage aus dem Jahr 2010 von einer generellen Dekolonisation mittels horizontalem Ansatz ab (Korcza & Schöffmann, 2010). Dieses sollte differenziert betrachtet werden und in die Strategie miteinfließen.

Die relative Fallzahl kann dabei als ein Indikator für die Entscheidung verstanden werden, ob horizontal oder vertikal behandelt werden sollte. Für Die Festlegung eines Grenzwerts wäre weitere Forschung nötig. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die zunehmende Höhe der relativen Fallzahl, die Effektivität eines horizontalen Behandlungsansatzes begünstigt. Mit einer höheren relativen Fallzahl geht auch eine höhere Wahrscheinlichkeit einher, mit der Dekolonisation aller Patient:innen tatsächlich eine erfolgreiche Dekolonisation von MRE bei den behandelten Patient:innen durchzuführen. Damit werden nosokomiale MRE-Infektionen anderer Patient:innen, Isolationsmaßnahmen und aufwendige Sanierungstherapien von Beginn an bekämpft und teilweise vermieden. Währenddessen kommt es bei einem horizontalen Ansatz und niedrigen relativen Fallzahlen zu vielen Behandlungen ohne eine tatsächliche Dekolonisation, da die behandelten Patient:innen eher nicht besiedelt sind. Die Maßnahme wäre für die einzelnen Patient:innen daher häufiger unnötig. In Regionen mit niedriger absoluter Fallzahl ist es daher weiterhin kosteneffektiver, ein Aufnahme-Screening anzuwenden, gezielt zu isolieren und spezifisch zu dekolonisieren.

Der horizontale Ansatz setzt durch seine Dekolonisierungsmaßnahmen kostenintensiv und flächendeckend an, um nosokomiale Infektionen mit MRE in den Kliniken zu senken. Da es erste Hinweise auf Resistenzbildung der MRE gegenüber den im horizontalen Ansatz verwendeten 2 Prozent Chlorhexidingetränkten Waschtensilien geben soll, ist der flächendeckende Einsatz kritisch zu bewerten (Kampf, 2016). Darüber hinaus verursacht der horizontale Behandlungsansatz durch seine flächendeckende Anwendung einen hohen Selektionsdruck, was die Entstehung neuer Resistenzen gegenüber bakteriziden Substanzen fördern könnte. Der Erforschung von Resistenzbildungen und der klinischen Arbeitsprozesse sowie der Implementierung in die Praxis ist dabei ein hoher Stellenwert einzuräumen, um langfristig eine Eindämmung der MRE erzielen zu können.

Deutschland begegnet den MRE bisher mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART 2020) (BMG et al., 2017) und der Entwicklung von ABS-Program-

men, die durch eine S₃-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) gestützt und empfohlen werden. Sie hat das Ziel: „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (AWMF, 2019, S. 1) zu implementieren. Des Weiteren werden hauptsächlich Strategien zur Therapieoptimierung empfohlen. Ein horizontaler Behandlungsansatz ist bisher nicht durch die S₃-Leitlinie empfohlen. Voraussetzungen sind interdisziplinäres Fachpersonal, Surveillance-Daten, Qualitätsindikatoren, Informationstechnologie und mikrobiologische Diagnostik (AWMF, 2019). Bei der Ausstattung der Kliniken mit Informationstechnologie und durch die bisher mangelnde flächendeckende Anwendung von Informationstechnologie im Krankenhaus bestehen jedoch starke Limitationen für diese Strategie. Ein Benchmarking der Krankenhaus Informationstechnologie im internationalen Vergleich zeigt, dass Deutschland unterdurchschnittlich ausgestattet ist; fast 40 Prozent der Kliniken verfügen über keinerlei angewandte Informationstechnologie abseits der Verwaltung (Stephani et al., 2019). Die Strategie bedarf in Zukunft noch mehr tatsächlich implementierbaren Inhalt und sollte in jedem Fall weiterentwickelt werden. ABS-Programme sollten dabei insbesondere Räume mit hoher relativer Fallzahl und Räume mit einer hohen Bevölkerungsdichte in den Fokus nehmen.

Die Therapie von MRE mit Hilfe von noch wirksamen Antibiotika bleibt auch im horizontalen Ansatz notwendig. Sie muss jedoch im Sinne der ABS-Strategie fundiert auf Antibiogrammen, Begleiterkrankungen und idealerweise in einem interdisziplinären Verordnungsprozess erarbeitet werden (AWMF, 2019).

Abschließend können die Mehrkosten eines MRE-Behandlungsfalls vermutlich stark variieren. Je nach dem unter welchen Bedingungen und wie lange und unter welchen räumlichen Bedingungen isoliert und behandelt wird, da die Opportunitätskosten eine entscheidende Rolle spielen. Es ist wichtig die Opportunitätskosten in die Mehrkosten pro MRE-Fall mit einzubeziehen, da es in der deutschen Krankenhausstruktur hauptsächlich Mehrbettzimmer gibt und Opportunitätskosten bei der nachgewiesenen längeren Verweildauer ein relevanter Aspekt der Mehrkosten sein müssten. Reguläre Krankenhausstationen sind derzeit nicht dafür ausgelegt größere Mengen an Einzelzimmern für adäquate Isolationsmaßnahmen bereitzustellen. So ermittelten Stiller et al. (2016), dass nur 6,4 Prozent aller deutschen Krankenhausbetten in Einzelzimmern stehen (Stiller et al., 2016). Dies bedeutet, dass auch in Zukunft weiterhin hohe Opportunitätskosten für die Häuser entstehen, wenn weiter vertikal behandelt wird und das Fallzahlwachstum von rd. 10 Prozent anhält. Gerade Kliniken, die nicht ausreichend mit Einzelzimmern ausgestattet sind, müssen in Anbetracht der Refinanzierungslücken und des allgemeinen Personalmangels auf gezielte Kohortenisolierungen zurückgreifen. Eine andere Möglichkeit wäre die zeitaufwendigen Maßnahmen des vertikalen Ansatzes zu hinterfragen und horizontal zu behandeln, wenn die relative Fallzahl eine Kosten-Nutzen-Effektivität andeutet.

Da neu entwickelte Produkte nach einigen Jahren unwirksam werden, wenn sich Resistenzen bilden und sich die Entwicklung für forschende Pharmafirmen finanziell nicht mehr lohnen, werden neue Ansätze zur Bekämpfung von MRE benötigt (Torda & Schwarz, 2019). Eine regionale Erprobung von horizontalen Maßnahmen in Landkreisen mit hohen relativen Fallzahlen könnte für weitere Forschung aufschlussreich sein und die tatsächlichen Kosten überprüfbar machen.

Die Maßnahmen des vertikalen Ansatzes sind auch in Zukunft notwendig und können nicht überall ersetzt werden. Dennoch kann eine regionalbegrenzte Ergänzung der leitliniengestützten ABS-Programme durch horizontale Maßnahmen bei relativen Fallzahlen über 300 Fällen pro 100.000 EW sowohl Fallzahlen reduzieren als auch insgesamt Gewinne erwirtschaften. Letztlich sind die ermittelten Wachstumsraten zu betonen. Mit 10,2 Prozent Zuwachs an Komplexbehandlungen bei MRE in ganz Deutschland wird deutlich, dass mehr personelle und räumliche Kapazitäten für Isolationen nötig werden. Dies gilt insbesondere in Hinblick auf ein eher zunehmendes globales Infektionsgeschehen verschiedener neuer und alter Infektionskrankheiten (Covid-19, Malaria, Tuberkulose, tlw. sogar wieder Masern, Pocken und Poliomyelitis). Bei zunehmenden Mehrkosten und Refinanzierungslücken für die Kliniken und Krankenkassen gleichermaßen, dem zunehmenden Patient:innenaufkommen sowie dem Wirksamkeitsverlust der Antibiotika sollte interdisziplinäre und deutlich öffentlich kommunizierte Forschungsarbeit im Sinne der öffentlichen Gesundheit entscheidend sein, um das deutsche Gesundheitssystem nachhaltig für die zahlreichen Herausforderungen zu wappnen.

Literaturverzeichnis

- Ammerlaan, H. S. M., Kluytmans, J. A. J. W., Wertheim, H. J. L. & Bonten, M. J. M. (2009). Eradication of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Carriage: A Systematic Review. *Clinical Infectious Diseases*, 48(7), 922 – 930.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2019). *S3-Leitlinie: Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus*. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/092-001.html> [10.05.2023].
- Barrasa-Villar, J. I., Aibar-Remón, C., Prieto-Andrés, P., Mareca-Donate, R. & Moliner-Lahoz, J. (2017). Impact on Morbidity, Mortality, and Length of Stay of Hospital-Acquired Infections by Resistant Microorganisms. *Clinical Infectious Diseases*, 65(4), S. 644 – 652.
- Bearman, G., Abbas, S., Masroor, N., Sanogo, K., Vanhoozer, G., Cooper, K., Doll, M., Stevens, M. P. & Edmond, M. B. (2018). Impact of Discontinuing Contact Precautions for Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* and Vancomycin-Resistant *Enterococcus*: An Interrupted Time Series Analysis. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 39(6), 676 – 682.
- BMG, BMEL & BMBF (Hrsg.) (2017). *DART 2020. 2. Zwischenbericht 2017*. BMG, BMEL & BMBF.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2019). 15. *Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland*. <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/index.html#!y=2061> [02.06.2023]
- Climo, M. W., Yokoe, D. S., Warren, D. K., Perl, T. M., Bolon, M., Herwaldt L. A., Weinstein, R. A., Sepkowitz, K. A., Jernigan, J. A., Sanogo, K., Wong & E. S. (2013). Effect of Daily Chlorhexidine Bathing on Hospital-Acquired Infection. *The New England Journal of Medicine*, 368(24), 533 – 542.
- Dawson, A., Herrmann, M. & Schulz-Stübner, S. (2016). MRSA-Infektionen. In S. Schulz-Stübener, M. Dettenkofer, F. Mattner, E. Meyer & R. Mahlberg (Hrsg.), *Multiresistente Erreger* (S. 15 – 36). Springer.
- DIMDI (2018). *OPS Version 2018 Kapitel 8 NICHT OPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN (8-01...8-99)*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2018/chapter-8.htm> [10.05.2023].

- Dik, J. H., Sinha, B., Lokate, M., Lo-Ten-Foe, J. R., Dinkelacker, A. G., Postma, M. J. & Friedrich, A. W. (2016). Positive impact of infection prevention on the management of nosocomial outbreaks at an academic hospital. *Future Microbiology*, 11(10), 1249 – 1259.
- Engler-Hüscher, S., Heister, T., Mutters, N. T., Wolf, J. & Kaier, K. (2018). In-hospital costs of community-acquired colonization with multidrug-resistant organisms at a German teaching hospital. *BMC Health Services Research*, 18(737), 1 – 7.
- Fleming A. (1945). *Penicillin. Nobel Lecture, December 11, 1945*. <https://www.nobel-prize.org/prizes/medicine/1945/fleming/lecture/> [10.05.2023].
- Grobe, T. G. (2005): Stationäre Versorgung – Krankenhausbehandlungen. In E. Swart & P. Ihle (Hrsg.), *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methodiken und Perspektiven* (S. 79 – 98). Hogrefe.
- Grundmann, H., Aanensen, D. M., Wijngaard, C. C., Spratt, B. G. van den, Harmsen, D. & Friedrich, A. W. (2010). Geographic Distribution of *Staphylococcus aureus* Causing Invasive Infections in Europe: A Molecular-Epidemiological Analysis. *PLOS Medicine*, 7(1), 1 – 11.
- Huang, S. S., Septimus, E., Avery, T. R., Lee, G. M., Hickok, J., Weinstein, R. A., Moody, J., Hayden, M. K., Perlin, J. B. Piatt, R. & Ray, G. T. (2014). Cost Savings of Universal Decolonization to Prevent Intensive Care Unit Infection: Implications of the REDUCE MRSA Trial. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(83), 23 – 31.
- Hübner C., Hübner, N. O., Hopert, K., Maletzki, S. & Flessa, S. (2014). Analysis of MRSA-attributed costs of hospitalized patients in Germany. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 33(10), 1817 – 1822.
- Huebner, N.-O., Dittmann, K., Henck, V., Wegner, C. & Kramer, A. (2016). Epidemiology of multidrug resistant bacterial organisms and *Clostridium difficile* in German hospitals in 2014: Results from a nationwide one-day point prevalence of 329 German hospitals. *BMC Infectious Diseases*, 16(467), 1 – 10.
- Huttner, B., Haustein, T., Uckay, I., Renzi, G., Stewardson, A., Schaerrer, D., Agostinho, A., Andremont, A., Schrenzel, J., Pittet, D. & Harbarth, S. (2013). Decolonization of intestinal carriage of extended-spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae with oral colistin and neomycin: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 68(10), 2375 – 2382.
- Kampf, G. (2016). Acquired resistance to chlorhexidine – is it time to establish an ‘antiseptic stewardship’ initiative? *Journal of Hospital Infection*, 94(3), 213 – 227.

- Korczak, D. & Schöffmann, C. (2010). *Medizinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität von Präventions- und Kontrollmaßnahmen gegen Methicillinresistente Staphylococcus aureus (MRSA)-Infektionen im Krankenhaus*. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 100. DIMDI.
- Lemmen, S. W. & Lewalter, K. (2018). Antibiotic stewardship and horizontal infection control are more effective than screening, isolation and eradication. *Infection*, 46(5), 581 – 590.
- Man, T. J. B. de, Lutgring, J. D., Lonsway, D. R., Anderson, K. F., Kiehlbauch, J. A., Chen, L., Spalding Walters, M., Sjölund-Karlsson, M., Rasheed, J. K., Kallen, A. & Laufer Halpin, A. (2018). Genomic Analysis of a Pan-Resistant Isolate of Klebsiella pneumoniae, United States 2016. *mBio*, 9(2), 1 – 7
- Meyer, E. (2016). Prävention der Resistenzentwicklung in Krankenhaus, Arztpraxis und in der Veterinärmedizin. In S. Schulz-Stübener, M. Dettenkofer, F. Mattner, E. Meyer & R. Mahlberg (Hrsg.), *Multiresistente Erreger* (S. 73 – 90). Springer.
- Mutters, N. T., Günther, F., Sander, A., Mischnik, A. & Frank, U. (2015). Influx of multidrug-resistant organisms by country-to-country transfer of patients. *BMC Infectious Diseases*, 15(466), 1 – 6.
- Oberdörfer, H., Hübner, C., Linder, R. & Fleßa, S. (2015). Mehrkosten bei der Versorgung von Patienten mit multiresistenten Erregern – Eine Analyse aus Sicht einer gesetzlichen Krankenversicherung. *Das Gesundheitswesen*, 77(11), 854 – 860.
- O’Neill, J. (Hrsg.) (2016). *Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations. The Review on Antimicrobial Resistance*. Government of the United Kingdom.
- Spektrum (1999). *Lexikon der Biologie. Antibiotika Resistenz*. <https://www.spektrum.de/lexikon/biologie/antibiotika-resistenz/4028> [10.05.2023].
- Stephani, V., Busse, R. & Geissler, A. (2019). Benchmarking der Krankenhaus-IT: Deutschland im internationalen Vergleich. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich & J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhausreport 2019. Das digitale Krankenhaus* (S. 17 – 32). Springer.
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Genesis Online Datenbank*. Unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis//online?operation=table&code=23141-0102&by-pass=true&levelindex=0&levelid=1685711611285#abreadcrumb> [02.06.2023]

- Stiller, A., Schröder, C., Gropmann, A., Schwab, F., Behnke, M., Geffers, C., Holzhausen, J., Sunder, W. & Gastmeier, P. (2016). Ausstattung mit Händedesinfektionsmittelspendern und Einbettzimmern in Hinblick auf die Infektionsprävention – eine Bestandsaufnahme in Krankenhäusern in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59(8), 986 – 991.
- Swart, E. (2005). Kleinräumige Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten. In E. Swart & P. Ihle (Hrsg.), *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methodiken und Perspektiven* (S. 243 – 262). Hogrefe.
- Torda, A. E. & Schwarz, B. M. (2019). Antibiotikaresistenz, Evolution und Darwins Magenkrämpfe. In P. Heisig (Hrsg.), *Update Antibiotikaresistenz. Entstehung, Epidemiologie, Wirkstoffentwicklung* (S. 45 – 49). Deutscher Apotheker Verlag.

3

Mitarbeitende gewinnen und halten

3.1 „Das gehört sich so...“ – Anreize zur Motivation und Bindung für das Ehrenamt im stationären Hospiz Corinna Kohröde-Warnken

Einleitung

„Das gehört sich so“ ist die Antwort einer Ehrenamtlichen, 74 Jahre alt, auf die Frage, was ihre Motivation sei, in einem stationären Hospiz tätig zu sein.

Die Arbeit der Hospizbewegung hat eine lange Geschichte. In Zeiten des pflegerischen Fachkräftemangels ist die Suche nach einer würdevollen Sterbebegleitung deutlich erhöht, da Zeit ein kostbares Gut geworden ist. Genau die braucht es aber für die Arbeit im Hospiz. Das liegt zum einen an dem zunehmenden Fachkräftemangel in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und den ambulanten Pflegediensten. Die *Care-Arbeit* oder *Töchterpflege* kann aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und der zunehmenden beruflichen Tätigkeiten von Frauen deutlich weniger geleistet werden. Somit rücken Institutionen in den Fokus – wo eben genau der besagte Fachkräftemangel vorherrscht. Hier kommen (für alle Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens) Ehrenamtliche unterstützend zur Hilfe und sind präsent. Diese zeitlichen und menschlichen Ressourcen, die Ehrenamtliche zur Verfügung stellen können und wollen, müssen gepflegt und koordiniert werden. Eine intensive Einarbeitung, spezielle Schulungskonzepte und eine dauerhafte Begleitung der Ehrenamtlichen sind häufig Aufgabengebiete, die in den Bereich von Ehrenamtskoordinator:innen oder Sozialarbeiter:innen in den Institutionen fallen.

Eine regionale Abdeckung mit zur Verfügung stehenden hospizlichen Betreuungskapazitäten wird deutlich vorangetrieben. Aktuell gibt es in Deutschland ca. 1.500 ambulante Hospizdienste, ca. 260 stationäre Hospize (Erwachsene), sowie 19 Kinder- und Jugendhospize. Durchschnittlich haben die stationären Hospize ca. 10 Betten, mit einer durchschnittlichen Auslastung von 80 Prozent und einer Verweildauer von 22 Tagen pro Jahr. Damit können etwa 33.500 Menschen stationär-hospizlich versorgt werden. Insgesamt engagieren sich unter dem Dach des Deutschen Hospiz- und Palliativ Verbands e. V. (DHPV) in den 1.280 Hospiz- und Palliativdiensten und -einrichtungen mehr als 120.000 Menschen ehrenamtlich, bürgerschaftlich und hauptamtlich (DHPV n. d.).

Themeneingrenzung

Im Landkreis Rotenburg (Wümme) gab es im Herbst 2022 eine anonyme (Online-) Umfrage *Wie steht es um das Ehrenamt und die Freiwilligen im Landkreis Rotenburg (Wümme)?*. Durchgeführt wurde sie von Sandra Pragmann von der Koordinierungsstelle für Ehrenamtliche Arbeit des Landkreises Rotenburg (Wümme). Ziel der Befragung war es Bedarfe der Freiwilligen und der gemeinnützigen Organisationen und

die Ist-Situation zu ermitteln, um ggf. Strukturen und Kultur des Miteinanders auszubauen oder ggf. zu verbessern (Pragmann, 2022)

Hier muss vorab beachtet werden, dass es sich um eine eher ländliche Region im Flächenland Niedersachsen (zwischen Bremen und Hamburg) handelt.

In der vorliegenden Betrachtung soll von dem Verständnis zum Ehrenamt allgemein zum speziellen Ehrenamt im Hospiz transferiert bzw. abgegrenzt werden, um die Motivation zur Bindung der Ehrenamtlichen zu nutzen.

Definitionen und Begriffsvarianten

Es gibt bisher keine gemeinsame die Einzeldisziplinen übergreifende Definition zum Ehrenamt (Wehner & Güntert, 2015).

Verschiedene Begriffe werden häufig synonym verwendet. Ehrenamt, Freiwilligenarbeit oder Freiwilligendienst und Bürgerschaftliches Engagement sind die Bezeichnungen, die am häufigsten genutzt werden. Sie werden unterschiedlich und oft in bestimmten Kontexten genutzt. Bürgerschaftliches Engagement findet man beispielsweise im politischen Zusammenhang und wird als Entwicklungselement einer Bürgerschaft angesehen (Wehner & Güntert, 2015). „Ehrenamt (in Deutschland und in der Schweiz unterschiedlich verstanden) meint ein formalisiertes, unentgeltlich verrichtetes und zumindest für die jeweilige Wahlperiode verbindlich übernommenes Amt in Gremien, Verbänden, Vereinen“ (Wehner & Güntert, 2015, S. 5).

„Freiwilligenarbeit umfasst jede selbstgewählte und ohne Entlohnung in gemeinnützigen Bereichen geleistete Arbeit; ganz gleich ob es sich bspw. um die informelle Hilfe einer Nachbarin gegenüber oder durch eine Non-Profit-Organisation formell angebotenen Migrantenbetreuung handelt. Freiwilligenarbeit ist als Begriff nicht zuletzt auch deshalb verbreitet, weil Freiwillige selbst diesen am häufigsten zur Kennzeichnung ihres Tätigseins benutzen“ (Rosenblad, 2000, S. 51 zit. n. Wehner & Güntert, 2015, S. 5).

Bezugnehmend darauf würde wohl Freiwilligenarbeit am ehesten zur Hospizarbeit passen; dennoch wird überwiegend von Ehrenamt(lichen) gesprochen und scheint somit die populärere Variante zu sein. Im weiteren Verlauf wird dieser Begriff ebenfalls synonym verwandt.

Daraus entwickeln sich folgende Forschungsfragen:

- Was ist die Motivation von Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit? Wie können aus diesen Erkenntnisse Anreize geschaffen werden, um perspektivisch mehr ehrenamtliche Menschen in die Hospizarbeit einzubinden?

- Mit welchen Anreizen kann die Motivation und daraus ableitend die Bindung von Ehrenamtlichen in einem stationären Hospiz gesteigert werden?

Methodik

Um die oben genannten Forschungsfragen zu beantworten wurde eine umfangreiche Literaturrecherche sowohl online als auch in Printmedien, (Fach-)Zeitschriften durchgeführt. Insbesondere die oben genannte Studie von Pragmann (2022) *Wie steht es um das Ehrenamt und die Freiwilligen im Landkreis Rotenburg (Wümme)?* Kommt nachfolgend eine schwerpunktmäßige Bedeutung zu. Des Weiteren fanden umfangreiche Gespräche mit Einrichtungsleitungen, Pflege- und Fachpersonal und ehrenamtlich Tätigen (mit nicht standardisierten Fragen) zur Motivation von Ehrenamtlichen statt.

Darstellung der Ergebnisse und Stand der Forschung

Sandra Pragmann führte für die Koordinierungsstelle für ehrenamtliche Arbeit des Landkreises Rotenburg erstmalig im Zeitraum von 13.07.2022 – 31.08.2022 eine Online-Umfrage zum freiwilligen Engagement im Landkreis durch.

Die Umfrage umfasste 49 Fragen und wurde ausschließlich online über eine datenschutzkonforme Plattform ohne eine Differenzierung nach den Begriffen Ehrenamt und freiwilliges Engagement durchgeführt. Sie diente nicht als repräsentative Umfrage, sondern lediglich als Stichprobe bzw. Indikator, da sie hohe Abweichungen zur Bevölkerungsstatistik des Landkreises ergaben. Insgesamt wurden 1.133 vollständig abgeschlossenen Fragebögen erreicht, was einer Beteiligungsquote von etwa 0,7 Prozent der Bevölkerung des Landkreises entspricht. Davon engagieren sich 83 Prozent ehrenamtlich. 52 Prozent der Teilnehmenden waren männlich, 46 Prozent weiblich, 1 Prozent divers und 1 Prozent wollte die Frage nicht beantworten. Der größte Teil der Ehrenamtlichen ist zwischen 30 – 39 Jahre (40 %), gefolgt von 30 Prozent zwischen 50 – 64 Jahren, 16 Prozent zwischen 14 – 29 Jahre und 14 Prozent zwischen 65 – 79 Jahren alt. 54 Prozent waren in Vollzeit beschäftigt, 16 Prozent in Teilzeit und 17 Prozent waren Rentner:innen/Pensionär:innen. Der größte Anteil der Befragten hatte einen Realschulabschluss (32 %), gefolgt von einem Hochschulabschluss (25 %), Abitur (19 %) und einem Hauptschulabschluss (6 %) (Pragmann, 2022).

Diese Daten dienen als Grundlage, um einordnen zu können, welche Faktoren ggf. die Motivation (in der Hospizarbeit) halten, bzw. steigern könnte. Die Ergebnisse zu den Beweggründen und der Motivation der Freiwilligen für ihre Tätigkeit werden im weiteren Verlauf erläutert

Stand der Forschung

Es gibt aktuell relativ viel Literatur und auch Studien zum Ehrenamt. Das liegt unter anderem an der vermehrten Zuwanderung seit 2015 aus Syrien, Afghanistan, Irak und seit Februar 2022 an der gestiegenen Zahl an Flüchtlingen aus der Ukraine. Umweltkatastrophen (z. B. das Erdbeben in der Türkei und Syrien am 6. Februar 2023, Dürrekatastrophen oder Überschwemmungen) verstärken die Flüchtlingsbewegungen. Viele der helfenden Organisationen arbeiten mit Ehrenamtlichen, wie den Feuerwehren, DRK, THW, Ärzte ohne Grenzen und anderen humanitären Institutionen zusammen. Sie alle benötigen finanzielle Ressourcen sowie praktische Hilfe durch ehrenamtlich tätige Personen.

Regionale und kommunale Unterschiede müssen unbedingt beachtet werden, da Infrastruktur, lokalpolitische Entscheidungen und kirchliches und soziales Engagement in Deutschland sehr variiert. Hier wird Bezug genommen auf eine aktuelle und professionell durchgeführte Umfrage im Landkreis Rotenburg (Wümme). Eine Übertragbarkeit auf andere Regionen oder gar bundesweit ist differenziert zu betrachten und nur eingeschränkt möglich.

Motive und Motivation

Ehrenamtliche arbeiten aus unterschiedlichen Gründen und aufgrund eines oder mehrerer Motive der Motivation heraus. Der Begriff Motiv leitet sich von dem lateinischen Adjektiv *motivus* für *bewegend* ab.

In unterschiedlichen Studien wurden die Teilnehmenden zur Motivation befragt. Im Verlauf seien zwei davon etwas genauer betrachtet.

Die sechs wichtigsten Gründe für die Motivation für ehrenamtliches Engagement der Teilnehmenden der regionalen Befragung des Landkreises Rotenburg (Wümme) waren (Pragmann, 2022):

- Mein Engagement soll mir Spaß machen (82 %)
- Ich will etwas für das Allgemeinwohl tun (74 %)
- Ich möchte mit meinem Engagement anderen Menschen helfen (72 %)
- Ich will die Gesellschaft zumindest im Kleinen mitgestalten (70 %)
- Ich möchte vor allen mit anderen Menschen zusammenkommen (54 %)
- Ich will etwas für die Stadt/Gemeinde/Samtgemeinde tun (53 %)

Bei dieser Befragung ist wieder zu berücksichtigen, dass sie während der Corona Pandemie (inklusive diverser Lockdowns) durchgeführt wurde und daher mutmaßlich viele Ehrenamtliche ihre Tätigkeit ruhen ließen bzw. ruhen lassen mussten.

Die bereits zehn Jahre alte Allensbach Befragung von 2013 liefert jedoch ähnliche Ergebnisse (Institut für Demoskopie Allensbach, 2013, S. 15):

- „Weil es mir Freude macht (73 %)
- Weil ich etwas für andere tun, ihnen helfen möchte (54 %)
- Weil mir der Bereich, bzw. die Gruppe, um die ich mich kümmere besonders am Herzen liegt (49 %)
- Weil ich das Gefühl habe, mit meiner Tätigkeit etwas zu bewegen (44 %)
- Um Leute zu treffen, Kontakt zu anderen zu haben (41 %)
- Weil ich dort gebraucht werde (38 %)
- Weil in diesem Bereich meine Stärken liegen, weil ich das gut kann (38 %) „

Wehner und Güntert unterscheiden in egoistische bzw. selbstdienliche Beweggründe (bspw. um das eigene Wohlergehen zu erhöhen) und altruistische Beweggründe (bspw. um das Wohlergehen der Person, die Hilfe erhält zu erhöhen) (Wehner & Güntert, 2015).

Die oben genannten Gründe für die Motivation ehrenamtlich tätig zu sein, sprechen für sich. Subsummieren lässt sich das Ganze analog zur Differenzierung von Wehner und Güntert somit unter den Oberbegriffen Altruismus und Egoismus.

Negative Beweggründe wie Macht(ausübung), Selbsterhöhung u. ä. sind hier nicht berücksichtigt, können aber ebenfalls eine Motivation sein. Diese zu erkennen ist äußerst schwierig und bedürfte einer eigenständigen Erforschung.

Die *Nichtdeckung der Gründe* für die Motivation könnten eine Rolle spielen, wenn sich Ehrenamtliche entscheiden ihre Tätigkeit aufzugeben. Hier sei die Bedürfnispyramide von Maslow genannt, die die Motivationen und Bedürfnisse der Menschen beschreibt. Auf der ersten Ebene sind die Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Schlafen), danach kommen Sicherheitsbedürfnisse (materielle und berufliche Sicherheit, Wohnen). Die dritte Ebene bezieht sich auf soziale Bedürfnisse (Freundschaft, Liebe, Gruppenzugehörigkeit). Die vorletzte Stufe beinhaltet die Wertschätzung (Geltung, Ich-Bedürfnisse). Die letzte Stufe ist die Selbstverwirklichung. (lpb, Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg).

Besonderheiten im Hospiz

Die Besonderheiten des Ehrenamtes in der hospizlichen/palliativen Arbeit soll hier etwas genauer betrachtet werden. Gibt es hinsichtlich der Motivation/Beweggründe Unterschiede zu anderen Institutionen, in denen Ehrenamtliche tätig sind?

Der überwiegende Anteil der Ehrenamtlichen im Hospiz ist weiblich, befindet sich im mittleren Alter oder Rentenalter, ist wirtschaftlich abgesichert und verfügt bereits über Erfahrungen im Ehrenamt (Student, 1999).

Wahrscheinliche Motive sind neben den oben Genannten u. a. eigene biografische Gründe (z. B. weil in der Familie Angehöriger im Sterbeprozess begleitet wurden oder ein pflegerischer/sozialer beruflicher Hintergrund vorhanden ist) sowie die vorschreitende Verbreitung des Hospizbewegung (*...den letzten Tagen mehr Leben geben*) in der Bevölkerung. Das liegt nicht zuletzt an der deutlich besseren Öffentlichkeitsarbeit und der gesellschaftlichen Enttabuisierung des Todes durch Publikationen, Tagungen, Kongresse und Medien. Überregionale Organisationen wie die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin*, *Deutscher Kinderhospizverein* und regionale und überregionale Hospizvereine tragen maßgeblich durch Infoveranstaltungen, Pressearbeit und Ausbildungen zur Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit bei.

So stellen Schluchter et al. (2018, S. 8) fest „[...] das ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen bedeutsame Lebenserfahrungen und einen ‚Schatz‘ an Erfahrungswissen über die Wirklichkeit des Sterbens und Trauerns in der Gesellschaft haben und sammeln.“ Und außerdem: „[...]gibt [es] religiöse Gründe und Erlebnisse im kirchlichen Raum, die dazu bewegen, sich der ehrenamtlichen Hospizarbeit zuzuwenden.“

Das Allenbach Institut spricht vom „Engagement aus Werteüberzeugung und Altruismus“ und meint damit u. a. auch religiöse oder moralische Gründe (Institut für Demoskopie Allensbach, 2013, S. 19).

Weitere Gründe werden in der Literatur mit „[...] das innerliche Interesse an dem Prozess, der zum Leben gehört, das endet“ benannt (Goosensen & Saakers, 2019, S. 25).

Der Wunsch nach Verstehen und Begreifen des Sterbens und des Todes ist so alt, wie die Menschheit. Auch das könnte eine Motivation sein, sich in unmittelbaren Kontakt mit Sterbenden zu begeben ohne selbst betroffen zu sein. Die daraus gewonnenen Einsichten können weitergegeben werden oder den Einfluss auf das eigene Lebensgefühl verändern.

In Gesprächen mit Ehrenamtlichen im Hospiz wurden immer wieder Vokabeln wie etwas *Sinnvolles/Sinnhaftes tun*, *helfen wollen* und *bereichernde Erfahrungen* genannt. Weitere Motive waren: *der Gesellschaft etwas zurückgeben*, *sich gebraucht fühlen*, weil es eine *Herzensangelegenheit* ist, aus *Dankbarkeit* und weil es eine *sinnvolle Freizeitgestaltung* ist bzw. *Zeitkontingent zur Verfügung* steht – oder eben ganz pragmatisch *...es sich so gehört*.

Beachtenswert ist das eine ehrenamtliche Begleitung im Hospiz in kürzester Zeit sehr intensiv werden kann, weil der Faktor (*Lebens-*)*Zeit* hier sehr begrenzt ist.

Gelegentlich wird in der Gesellschaft und Populärwissenschaft argumentiert, dass Ehrenamtliche im Hospiz ihre eigenen Trauererfahrungen verarbeiten würden. Begegnet wird diesem Umstand durch Fragen in Vorstellungsgesprächen, ob man in der letzten Zeit selber einen Trauerfall im engeren Umfeld hatte. Wenn ja, ist dieses ein häufig genutztes Ausschlusskriterium für die Aufnahme des Ehrenamts in einem Hospiz.

Ob die Ausstiege aus dem Ehrenamt im Hospiz den allgemeinen Zahlen der Abbrüche (und deren Gründen) ähneln, konnte mittels der vorliegenden Forschungsdaten nicht rekonstruiert werden.

Diskussion und Handlungsempfehlungen

Um die Motivation und ein langfristiges Engagement von Ehrenamtlichen zu sichern sind mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Was braucht es also?

Hier gaben die Ehrenamtlichen im Hospiz an, dass der Hospizgedanke trägt, dass die Strukturen und Rahmenbedingungen passend sein müssen, wie z. B. regelmäßige Teambesprechungen und Supervision, interdisziplinäre Fortbildungen, offene und konstruktive Kommunikation mit allen Mitarbeitenden, gelungene Integration in das gesamte Team (Zugehörigkeitsgefühl) und die eigene Reflexion auf das Leben und Sterben. Darüber hinaus sollte eine generelle Kooperation zwischen ambulanten Qualifizierungsmaßnahmen wie Sterbe- und Trauerbegleitung angeboten werden.

Dazu diskutiert J. C. Student folgende fünf Thesen (Student, 1999; S.190 f.):

- *„Zur Sterbebegleitung ist grundsätzlich jeder Mensch befähigt und jeder sollte seine Befähigung im Alltag nutzen. Hierzu bedarf es keiner Fortbildung.*
- *Bildungsarbeit dient der Qualitätssicherung in der Sterbebegleitung im Hospiz nach innen (bezogen auf die helfende Person) und außen (bezogen auf die sterbende oder trauernde Person)*
- *Fortbildung in der Sterbebegleitung setzt Kräfte bei den Helfenden frei.*
- *Fortbildung für Hospiz-MitarbeiterInnen dient der Angstbewältigung.*
- *Bildungsarbeit für Menschen, die Sterbende begleiten, ist Entwicklungschance und Lohn der Tätigen“*

Das bestätigt auch das häufig in der Praxis vorzufindende Angebot an inhaltlichen Fortbildungen im Hospiz, die häufig interdisziplinär (Pflegekräfte, Hauswirtschaftler:innen, Ehrenamtliche und Administration) besucht werden. Zuzüglich zu den Inhalten wird das Zusammengehörigkeitsgefühl gestärkt, es führt zu vertiefenden Teamentwicklungsprozessen und die Motivation durch Wertschätzung lässt sich steigern.

Die meisten Ehrenamtlichen sind aufgrund von einem oder mehreren Motiven in die Betreuung von Sterbenden eingestiegen. Wenn eines oder gar mehrere Motive befriedigt werden, ist davon auszugehen, dass die Verweildauer im Ehrenamt gesteigert werden kann.

Dazu trägt auch die Wertschätzung und Anerkennung, z. B. in regelmäßigen persönlichen Gesprächen mit der Leitungsebene des Hospizes, bei. In diesen Feedbackgesprächen können Erwartungen, Gemeinschaftsverständnis und die Bereitschaft von flexiblen Einsätzen besprochen werden.

Als letztes sei noch das Selbstwertgefühl bzw. die Rollenidentität der Ehrenamtlichen genannt. Solange sie sich – im Hospiz und allgemein – als aktiven Teil der Gesellschaft verstehen und beachtet wissen, werden sie versuchen diese Position so lange wie möglich inne zu behalten.

Wenn Situationen auftreten, die ein weitergehendes ehrenamtliches Engagement nicht mehr möglich machen, bedarf es Empathie und fachliches know how, um ggf. Ehrenamtlichen mitzuteilen, dass weitere Einsätze z. B. aufgrund körperlicher, seelischer oder psychischer Einschränkungen nicht mehr hilfreich oder sinnvoll sind – auch zum Eigenschutz.

Fazit und Ausblick

Es gibt viele Möglichkeiten sich ehrenamtlich zu engagieren. Was ist das Besondere an der Hospizarbeit und sind die Gründe dafür ebenfalls Besondere? Dieser Frage wurde nachgegangen.

Anhand der Motivationslage kann man davon ausgehen, dass ein hoher Altruismus, eine hohe Affinität zur Gemeinschaft, eine hohe Resilienz und ein gewisses Maß an Bildung, Freizeit, wirtschaftliche Unabhängigkeit und oft auch (früherem) sozialen Engagement Gründe für ehrenamtliche Tätigkeiten sind. Die besonderen Herausforderungen im Hospiz setzen eine intensive Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens voraus. Hierzu sollten regelmäßige Teambesprechungen, Qualifizierungsmaßnahmen und themenbezogene Fortbildung vom Träger angeboten werden.

Die Motivation bzw. die Deckung der Beweggründe für die ehrenamtliche Tätigkeit im Hospiz kann und sollte zugleich auf die Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung der Ehrenamtlichen übertragen werden.

Eine langfristige Bindung kann durch eine individuelle Betreuung (z. B. durch Ehrenamtskoordinator:innen), persönliche Kommunikation, Einbindung ins Team und die Möglichkeit sich weiter zu qualifizieren erreicht werden.

Weitere Forschungsansätze könnten folgende Fragestellungen sein:

- Wie können sich intrinsische (persönliche) Motivation (...das gehört sich so, etwas zurückgeben, Dankbarkeit, ich tue das für mich, Herzensangelegenheit etc.) und extrinsische Motivation (Gesellschaft, Anerkennung, Dankbarkeit, Zugehörigkeit, Nützlichkeit/gebraucht werden... etc.) trennscharf abgrenzen lassen?
- Bestehen negative Motivationen wie z. B. Erhöhung des Selbstwertgefühls und wären diese ein Ausschlusskriterium zur ehrenamtlichen Tätigkeit?
- Gibt es Unterschiede zwischen Hospizen in städtischer bzw. ländlicher Region im Kontext des Anwerbens, des Umgangs und der Anbindung?

Ebenfalls sollte bedacht werden, dass die Zielgruppe der Arbeit der Ehrenamtlichen nicht nur die Sterbenden, sondern sehr häufig auch deren Zugehörige oder deren Bezugssysteme sind. Daraus ergibt sich ein umfangreicher weiterer Forschungsbedarf.

Eine abschließende Frage die sich aber nur – wenn überhaupt – mit einer anderen Disziplin (Philosophie/Theologie) beantworten ließe ist: Lässt sich das Sterben überhaupt in irgendeiner Form begleiten oder können Ehrenamtliche sowieso nur Zuschauer:innen sein?

Literaturverzeichnis

- DHPV – Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V. (n. d.). *Zahlen, Daten und Fakten der Hospiz- und Palliativarbeit*. https://www.dhpv.de/zahlen_daten_fakten.html [05.06.2023].
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014). *Motive des bürgerschaftlichen Engagements. Kernergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung durch das Institut für Demoskopie Allensbach im August 2013*. <https://deref-web.de/mail/client/ZB2a18GLKfA/dereferer/?redirectUrl=https%3A%2F%2Fwww.bmfsfj.de%2Fbmfsfj%2Fservice%2Fpublikationen%2Fmotive-des-buergerschaftlichen-engagements-96090> [06.07.2023]
- Goossensen, A. & Sackers, M. (2019). *Darum mache ich es. Erfahrungen von Ehrenamtlichen in der Palliative Care*. hospiz verlag.
- Lpb- Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (2017). *Die Maslowsche Bedürfnispyramide. Motivation und Bedürfnisse des Menschen. Artikel der Homepage Centered Learning Karrierefaktor Wissen*. https://deref-web.de/mail/client/sl7Hq81tm1s/dereferer/?redirectUrl=https%3A%2F%2Fwww.lpb-bw.de%2Ffileadmin%2FAbteilung_III%2Fjugend%2Fpdf%2Fws_beteiligung_dings%2F2017%2Fws6_17%2Fmaslowsche_beduerfnispyramide.pdf [06.07.2023]
- Pragmann, S. (2022). *Wie steht es um das Ehrenamt und die Freiwilligen im Landkreis Rotenburg (Wümme)?* <https://www.lk-row.de/portal/pressemitteilungen/wie-steht-es-um-das-ehrenamt-im-landkreis--900004223-23700.html> [05.06.2023].
- Schluchter, P., Fink, M., Gronemeyer, R. & Heller, A. (2018). *Die Kunst der Begleitung. Was die Gesellschaft von der ehrenamtlichen Hospizarbeit wissen sollte*. hospiz verlag.
- Student, J.-C. (Hrsg.) (1999). *Das Hospiz-Buch* (4. Aufl.). Lambertus.
- Wehner, T., Güntert, S.T. (2015). *Psychologie der Freiwilligenarbeit. Motivation, Gestaltung und Organisation*. Springer.

3.2 Game-Based-Assessment versus Gamified-Assessment – Spielerische Ansätze zur Steigerung der Akzeptanz von Online-Assessments im Rahmen der Eignungsdiagnostik

Lars J. Jansen

Einleitung

In den letzten Jahren hat sich der Trend der Gamification auf die Bereiche des Personalmarketings und der Personalauswahl ausgeweitet (Jansen, 2017; Jansen, 2021; Jansen et al., 2022; Jansen et al., 2023, Ramos-Villagrasa et al., 2022). Angesichts des Mangels an qualifiziertem Personal und den veränderten Erwartungen der Zielgruppe erscheint es nur konsequent, im Auswahlprozess eine möglichst positive Candidate Experience anzustreben (Ott et al., 2017). Laut einer Umfrage unter rund 300 Personalverantwortlichen betrachten 63 Prozent der Befragten die Verbesserung der Candidate Experience als das wichtigste Recruiting-Thema für die kommenden Jahre (Wald et al., 2019).

Auf der Suche nach möglichst innovativen und von Bewerbenden akzeptierten eignungsdiagnostischen Instrumenten setzen Unternehmen mit steigender Tendenz auf gamifizierte und gamebasierte Verfahren (Jansen et al., 2023). Aktuell wird zunehmend empirisch untersucht, welche Wirkung Gamification in der Personalauswahl entfaltet (Ramos-Villagrasa et al., 2022). Allerdings sind empirische Belege bisher insgesamt rar und erscheinen zuweilen widersprüchlich (Jansen et al., 2022; Kupka et al., in Vorbereitung).

Gamification in der Eignungsdiagnostik

Deterding et al. (2011, S. 9) verstehen unter Gamification „the use of game design elements in non-game contexts“. Ein solcher non-game context ist bspw. das Marketing oder die Personalauswahl. Eine eindeutige Trennlinie zwischen dem Einsatz von Spielelementen oder der Verwendung ganzer Spiele im non-game context lässt sich laut Deterding et al. (2011, S. 11) nicht ziehen: „The boundary between ‘game’ and ‘artifact with game elements’ can often be blurry“. Den Einsatz von Gamification in der Personalgewinnung bezeichnen Jansen et al. (2023, S. 222) als *Recrutainment*: „Recrutainment ist die Gamification des Recruitings und bezeichnet den Einsatz spielerisch-simulativer und benutzerorientierter Elemente und Verfahren in der Personalgewinnung inklusive Employer Branding, Personalmarketing und Personalauswahl“.

Recrutainment meint also den gesamten *Bereich der Personalgewinnung* und bezieht sich nicht nur auf die Personalauswahl bzw. die Eignungsdiagnostik (also die sogenannte Fremdauswahl, s. u.). Diese vollständige Perspektive ist deshalb von Bedeutung, weil die Güte der Personalauswahl nicht nur von der (prognostischen)

Validität der eingesetzten eignungsdiagnostischen Instrumente abhängig ist, sondern auch ganz entscheidend von der *Grundquote*, von der Selektionsquote und von der Anzahl der Bewerbungen insgesamt. Grundquote meint den Anteil passender Personen unter allen Bewerbenden. Je höher die Grundquote ausfällt, desto höher wird die Trefferquote (als Anteil richtiger Personalauswahlentscheidungen) sein. Eine hohe Grundquote ist abhängig von einer guten *Selbstausswahl*. *Selbstausswahl* meint, dass Personen sich zunächst selbst auswählen, wenn sie sich für eine Bewerbung entscheiden. Hat eine Bewerbung stattgefunden, ist der *Selbstausswahlprozess* beendet und die sogenannte *Fremdausswahl* beginnt. *Fremdausswahl* meint, dass die Auswahl im weiteren Verlauf von Fremden, also von den Personen des Unternehmens vorgenommen wird. Je besser die *Selbstausswahl* ausfällt, desto höher wird die Grundquote sein. Je höher die Grundquote ist, desto höher wird auch die Trefferquote sein und zwar unabhängig von der prognostischen Güte der eingesetzten eignungsdiagnostischen Instrumente. Je wählerischer bzw. selektiver bei der Auswahl vorgegangen wird, je weniger Personen also von allen Bewerbenden eingestellt werden, desto niedriger fällt die sogenannte *Selektionsquote* aus. Je niedriger die Selektionsquote, desto höher wird die Trefferquote sein. Wenn also vergleichsweise viele Vakanzen auf Basis einer geringen Anzahl an Bewerbenden besetzt werden müssen, dann muss die Selektionsquote zwangsläufig ansteigen, womit wiederum die Trefferquote sinkt. Selektiv vorgehen können also nur solche Unternehmen, die in der Lage waren eine möglichst hohe *Anzahl* geeigneter Bewerbungen zu generieren, aus der dann entsprechend selektiert werden kann. Die Anzahl der Bewerbungen insgesamt, die Grundquote und die Selektionsquote sind somit in erster Linie von der *Selbstausswahl* abhängig (Diercks & Kupka, 2013; Jansen et al., 2022; 2023).

Eine Verbesserung der *Selbstausswahl* wird durch den Einsatz von gamifizierten *Self-Assessments* angestrebt. Diese Facette des Recruitments wird bei Jansen et al. (2023) ausführlich erläutert und anhand zahlreicher Beispiele illustriert. Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich ausschließlich auf Formen von Gamification in der *Fremdausswahl*, also in der Eignungsdiagnostik. Dabei stehen internetgestützte, eignungsdiagnostische Personalauswahlinstrumente im Fokus, die als *Online-Assessments* bezeichnet werden (Jansen et al, 2023; Kanning, 2015; Kupka, 2008; Ott et al., 2017).

Bei vielen herkömmlichen Online-Assessments fehlen spielerische Elemente oder Spiele. Solche Assessments bestehen dann lediglich aus einer Batterie verschiedener diagnostischer Verfahren. Diese Zusammenstellung von Tests innerhalb eines Online-Assessments basiert i. d. R. auf einer Anforderungsanalyse (Jansen et al., 2022; 2023; Kupka, et al., in Vorbereitung).

Inzwischen gibt es zahlreiche gamifizierte oder gar spielbasierte Online-Assessments, die zur Personalauswahl eingesetzt werden können. Solche Verfahren kommen branchenübergreifend in diversen Auswahlscenarien zur Anwendung. Das

Spektrum reicht von der Auswahl für Ausbildungsberufe bis hin zur Selektion von Young Professionals oder Berater:innen, u. a. bei Unternehmen wie Airbus, Allianz, Barmer, Deutsche Telekom, Edeka, EON, Helvetia, McKinsey, SBB oder Targobank (Jansen et al., 2023).

Ziele von Gamification in Online-Assessments

Mit dem Einsatz von Online-Assessments als spielerisch-simulative Anwendungen in der Eignungsdiagnostik werden verschiedene Ziele verfolgt (Jansen et al., 2022; 2023; Kupka et al., in Vorbereitung; Melchers & Basch, 2021; Ramos-Villagrasa et al., 2022):

- Steigerung der Akzeptanz der eingesetzten Tests (soziale Validität);
- Verbesserung der Wahrnehmung des gesamten Auswahlprozesses (Candidate Experience);
- Verbesserung der Wahrnehmung der potenziellen Arbeitgebenden (Employer Branding);
- Zuweilen die Erschließung neuer Zielgruppen, indem mit innovativen Methoden Aufmerksamkeit erregt wird;
- Zuweilen der Schutz gegenüber möglicher Manipulation durch die Nutzenden, indem die Testintention und/oder das gewünschte Verhalten nicht durchschaubar sind (s. u. *Stealth Assessment*);
- Zuweilen eine verbesserte Vorhersage künftiger beruflicher Leistung im Vergleich zu klassischen Tests, wobei davon ausgegangen wird, dass in Spielen anderes, relevantes Verhalten gemessen werden kann, als es in etablierten diagnostischen Verfahren der Fall ist.

Die wesentlichen Ziele von Gamification in der Eignungsdiagnostik sind also die Steigerung der Akzeptanz der Auswahlinstrumente (soziale Validität), eine möglichst positive Bewertung des gesamten Auswahlprozesses (Candidate Experience) sowie eine verbesserte Bewertung der Arbeitgebermarke (Employer Brand) (Jansen et al., 2022, Kupka et al., in Vorbereitung). Die Befürwortung des Unternehmens als Arbeitgeber im Allgemeinen (Employer Brand) sowie der eingesetzten Auswahlinstrumente (Soziale Validität) und -prozesse (Candidate Experience) im Speziellen, scheint von hoher Bedeutung zu sein. Hausknecht et al. (2004) konnten in einer Metaanalyse (in die 86 Einzelstudien mit Daten von insg. rund 49.000 Proband:innen einfließen) empirisch zeigen, dass Bewerbende, die im Auswahlprozess eines Unternehmens positive Erfahrungen gesammelt haben, ein Jobangebot mit höherer Wahrscheinlichkeit annehmen und auch eher geneigt sind, das betreffende Unternehmen anderen weiterzuempfehlen. Eine hohe soziale Validität der eingesetzten eignungsdiagnostischen Verfahren sowie die positive Wahrnehmung des gesamten Auswahlprozesses soll dazu führen, dass weniger oder gar keine passenden Bewerbenden während des Auswahlprozesses verloren gehen, weil sie ihre Bewerbung zurückziehen (Jansen et al., 2022).

Formen von Gamification in Online-Assessments

Zum besseren Verständnis der zahlreichen Ausgestaltungen von Gamification in Online-Assessments und der unterschiedlichen Zielsetzungen, die mit der Gamifizierung verfolgt werden, haben Jansen et al. (2022) eine Einteilung der Gamification in Online-Assessments in zwei wesentliche Verfahrensbereiche und vier Verfahrensklassen vorgenommen (vgl. Abbildung 1).

Entscheidende Unterscheidungsgrößen sind in diesem Zusammenhang das Ausmaß (gamifiziert vs. gamebasiert) und der Kontext der Gamification (surreal vs. serious) sowie die Validierungslogik der Verfahren (Jansen et al., 2022; 2023).

Die Notwendigkeit einer solch eindeutigen Klassifikation wurde bei der Sichtung der aktuellen empirischen Forschungslage zu den Haupt- und Nebengütekriterien (insbesondere der Akzeptanz, s. o.) diverser gamifizierter und game-basierter Verfahren deutlich (s. u.). Hier wurden zahlreiche vermeintliche Widersprüche aber auch Übereinstimmung in Studienergebnissen aufgedeckt, die so nicht existieren, weil hier buchstäblich Äpfel mit Birnen verglichen wurden (Jansen et al., 2022). Damit präzise geforscht werden kann und damit Forschungsergebnisse in diesem Bereich besser eingeordnet und verglichen werden können, braucht es eine eindeutige und ausreichend differenzierte Klassifikation der Verfahren, die evaluiert werden sollen. Ohne eindeutige Klassifikation ist zum einen nicht bekannt, was genau untersucht wird und bleibt zum anderen unbekannt, welche Studienergebnisse im Sinne einer Validitätsgeneralisierung über Metaanalysen zusammengefasst werden können.

Wie Abbildung 1 zeigt, kann Gamification in Online-Assessments in die Kategorien Gamified-Assessments (GA) und Game-Based-Assessments (GBA) unterteilt werden. GA sind Online-Assessments, die durch Spielelemente ergänzt werden, wobei das diagnostische Testverfahren weiterhin das grundlegende Element bleibt (Jansen et al., 2023; Warszta, 2019). Im Wesentlichen sind GA Tests und keine Spiele. Sie sind diagnostische Verfahren, die gemäß den Prinzipien der psychologischen Diagnostik und Testgüte entwickelt und anschließend um Spielelemente ergänzt werden (Diercks, 2018). Im Gegensatz zu GA sind GBA tatsächliche Spiele, die entweder für die Eignungsdiagnostik neu entwickelt oder dafür zweckentfremdet werden. Dabei wird angenommen, dass das Spielverhalten reliabel und valide ist und somit Rückschlüsse auf die qualifikatorische sowie potentialbezogene Passung und damit auf die berufliche Leistungsfähigkeit zulässt (Jansen et al., 2022; 2023).

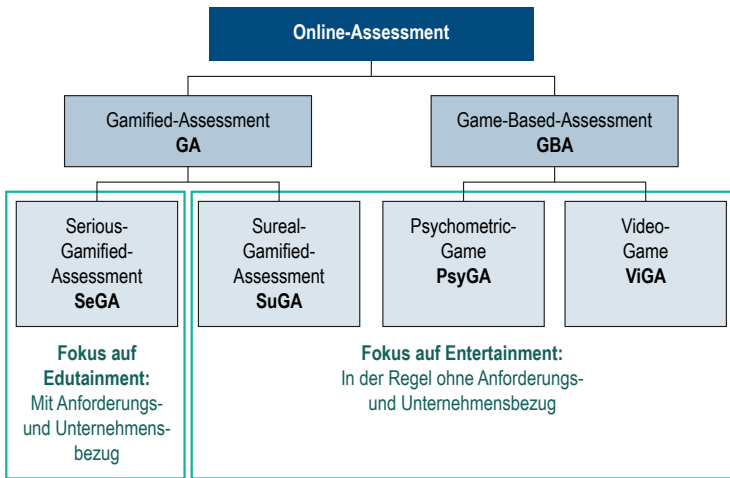


Abb. 1: Gamification in Online-Assessments – Eine Struktur (eigene Darstellung in Anlehnung an Jansen et al., 2022 sowie Kupka, et al. in Vorbereitung).

GBA, die in der Personalauswahl eingesetzt werden, unterliegen den gleichen Anforderungen an Qualität und Validität wie andere Personalauswahlverfahren gemäß der DIN33430 (Diagnostik- und Testkuratorium, 2018). Dementsprechend ist es von hoher Bedeutung, dass die Qualität von GBA in Bezug auf die Eignungsbeurteilung der Bewerbenden durch Studien nachgewiesen wird. Hierbei sollten insbesondere die Zusammenhänge zwischen dem gezeigten Spielverhalten und den relevanten Konstrukten und beruflichen Kriterien untersucht werden. Eine weitere Herausforderung besteht darin, empirisch nachzuweisen, dass die Verhaltensmessungen reliabel sind. Das bedeutet, dass das gezeigte Spielverhalten in mehreren Spieldurchläufen beständig ist und nicht durch andere Faktoren wie Spielglück, Computerspielerfahrung oder Manipulation beeinflusst wird (Kupka et al., in Vorbereitung).

GA und GBA lassen sich nach Jansen et al. (2022; 2023) in zwei wesentliche Subformen bzw. Klassen unterteilen (vgl. Abbildung 1, von rechts nach links), die in den folgenden Kapiteln näher beschrieben werden. Dies sind im Bereich GBA:

- Video-Games (ViGA)
- Psychometric-Games (PsyGA)

Der Bereich GA beinhaltet folgende Klassen:

- Surreal-Gamified-Assessments (SuGA)
- Serious-Gamified-Assessments (SeGA)

Video-Games

Die Video-Games (ViGA) sind Computerspiele, die ursprünglich zur Unterhaltung konzipiert wurden und anschließend oder darüber hinaus auch im Kontext der Personalauswahl zum Einsatz kommen. Hier werden also Spiele zweckentfremdet. Die Konzeption des Spiels hatte ursprünglich das Erleben von Spaß oder Spannung bei den Nutzenden zum Ziel und nicht die theoriegeleitete Operationalisierung eines Konstrukts. Von daher kann in diesem Fall auch nicht von Konstruktvalidität ausgegangen werden. Um dem gemessenen Spielverhalten eine inhaltliche Bedeutung zu geben, kann dieses im Rahmen einer quantitativen Validierungsstudie mit den Ergebnissen etablierter konstruktorientierter Verfahren korreliert werden. Sind die Korrelationen zwischen Spielverhalten und Konstrukten hoch, lassen die Spielergebnisse Rückschlüsse auf die Konstrukte zu. Eine Voraussetzung dafür ist eine zuverlässige Messung, die zeitlich und inhaltlich stabil ist (Jansen et al., 2022; 2023).

So prüften beispielsweise Kokkinakis et al. (2017) den Zusammenhang zwischen der Leistung in dem populären ViGA *League of Legends* auf der einen Seite und der Leistung in der Wechsler *Abbreviated Scale of Intelligence – Second Edition (WASI-II)* auf der anderen. Dabei konnte ein Zusammenhang von $r = .44$ zwischen Spielleistung und Intelligenz aufgedeckt werden. Es überrascht nicht, dass Spiele, die ein gewisses Maß an Intelligenz erfordern, auch mit Intelligenzmaßen korrelieren. Sehr wohl überraschend ist jedoch, dass auch Verfahren, die typisches Verhalten (Persönlichkeitstests) und nicht maximales Verhalten (Intelligenztests) messen, Korrelationen mit Computerspielergebnissen aufweisen. Lankveld et al. (2011) konstruierten ein 60-minütiges Szenario für das populäre Rollenspiel *Neverwinter Nights*. Proband:innen spielten zum einen dieses Szenario und bearbeiteten zum anderen den Persönlichkeitstests *NEO-PI-R*. Es zeigten sich Zusammenhänge von unterschiedlicher Höhe und Richtung für alle fünf Faktoren. Die Gruppe kommt zu folgendem Schluss: „Therefore we also conclude that we are able to produce accurate estimates of a participants personality based on the game variables“ (Lankveld et al., 2011, S. 202).

Allerdings ist das Spiel in solchen Fällen stets lediglich ein Hilfsmittel, eine Art Vehikel und selbst keine Diagnostik, weil das Spielverhalten eine inhaltliche Bedeutung (Konstruktvalidität) erst durch die Korrelation mit dem Verhalten in echten diagnostischen Instrumenten erhält (Jansen et al., 2022; 2023).

Im Bereich der Eignungsdiagnostik besteht grundsätzlich auch die Möglichkeit, das Spielverhalten direkt mit beruflichen Leistungskriterien zu korrelieren und dabei die Konstruktvalidität bewusst nicht zu berücksichtigen. Wenn auf Basis des Spielverhaltens zwischen erfolgreichen und weniger erfolgreichen Mitarbeitenden differenziert werden kann, spricht dies für die Kriteriumsvalidität des Verfahrens hinsichtlich des gewählten Leistungskriteriums. Eine reine Kriteriumsorientierung ist jedoch

aufgrund ihres mangelnden inhaltlichen Bezugs unzureichend und wird manchmal abfällig als *dustbowl empiricism* bezeichnet ("Wenn die Daten korrelieren, sollten sie verwendet werden, auch wenn der Grund nicht bekannt ist"; Fetzer et al., 2017, S. 306).

Auf der anderen Seite ist im Kontext der Personalauswahl eine alleinige Fokussierung auf die Konstruktvalidität auch nicht ausreichend, da unklar ist, ob die gemessenen Merkmale tatsächlich mit aktuellen oder zukünftigen Berufserfolgskriterien in Verbindung stehen. Der Versuch Kriteriumsvalidität dadurch sicher zu stellen, indem Spielproben von erfolgreichen Mitarbeitenden als Kriterium herangezogen werden, ist ebenfalls nicht zielführend, da nicht bekannt ist, ob die gemessenen Eigenschaften in einem kausalen Zusammenhang mit der am Arbeitsplatz gezeigten Leistung stehen oder ob es sich lediglich um Scheinkorrelationen handelt (Jansen et al., 2022; 2023).

Psychometric-Games

Ganz anders als beim eignungsdiagnostischen Einsatz von ViGA, die ursprünglich der Unterhaltung dienen, verhält es sich bei der zweiten Form von GBA, den sogenannten Psychometric-Games (PsyGA) (Jansen et al., 2022; 2023). PsyGA sind Spiele, die wie klassische Testverfahren theoriegeleitet entwickelt wurden, weil schon im Rahmen der Spielentwicklung der Assessment- bzw. Bewertungszweck (zuweilen im Kontext der Personalauswahl) im Vordergrund stand: „Theory-driven GBA is like traditional psychometric assessment in that the GBA is designed to assess a targeted construct as described by prior psychological research, producing scores representing that construct based upon assessee behaviors within the assessment“ (Landers et al., 2022, S. 1656).

Ein Beispiel für ein solches Verfahren ist The Balloon Analogue Risk Task (BART). In diesem Verfahren werden Proband:innen aufgefordert virtuelle Ballons aufzupumpen, für die je nach Größe des Ballons ein Geldbetrag eingesammelt werden kann. Diesen gilt es zu maximieren. Jeder Klick stellt einen Pumpvorgang dar. Werden die Ballons zu sehr aufgepumpt, klickt eine Testperson also zu häufig, dann können die Ballons platzen, was mit negativen Konsequenzen für den zu maximierenden Geldbetrag einhergeht. Vom Spielverhalten soll dann direkt auf die Risikoneigung geschlossen werden. BART wurde anhand einer Stichprobe von 86 Proband:innen konstruktvalidiert. Dabei wurden die Testergebnisse mit den Werten der Proband:innen hinsichtlich risikobezogener Variablen, wie z. B. Sensation Seeking oder Impulsivität, korreliert (Lejuez et al., 2002). In einer weiteren Studie konnte anhand einer Stichprobe von 26 jungen Erwachsenen gezeigt werden, dass die Ergebnisse in BART in einer Beziehung zu selbstberichtetem Risikoverhalten im Alltag stehen (Lejuez et al., 2003a). Im Zusammenhang mit diesen Bemühungen zur Konstruktvalidierung konnte bspw. auch gezeigt werden, dass BART in der Lage ist, zwischen

Raucher:innen und Nichtraucher:innen zu differenzieren (Lejuez et al. 2003b). Zahlreiche weitere Studien legen nahe, dass es sich bei BART um ein hinsichtlich der Konstruktvalidität gut untersuchtes Instrument handelt.

Surreal-Gamified-Assessments

Bei den bisher umrissenen GBA handelt es sich um Spiele, die entweder neu entwickelt (vgl. Kapitel *Psychometric-Games*) oder zweckentfremdet (vgl. Kapitel *Video-Games*) werden, um sie in der Personalauswahl zu nutzen. GBA sind also tatsächlich Spiele, während GA im Gegensatz dazu keine Spiele, sondern Tests sind. Bei GA handelt es sich um etablierte diagnostische Verfahren, die anschließend um Spielelemente und/oder spielerische Rahmenhandlungen ergänzt werden (Diercks, 2018). Werden etablierte, weil hinsichtlich Haupt- und Nebengütekriterien überprüfte, psychometrische Testverfahren in einen spielerischen Rahmen eingebettet, der weder etwas mit den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit im Besonderen noch mit den Merkmalen des Unternehmens im Allgemeinen zu tun hat, weil es sich um einen realitätsfernen Fantasiekontext handelt, dann können diese Verfahren als Surreal-Gamified-Assessments (SuGA) bezeichnet werden. Mittels SuGA wird versucht ein möglichst angenehmes Spielerlebnis zu evozieren, welches sich positiv auf die Akzeptanz, also die soziale Validität des Verfahrens auswirken soll (Jansen, et al., 2022; 2023).

SuGA wurden erstmalig bereits vor über zwanzig Jahren eingesetzt. Bei der sogenannten *Karrierejagd durchs Netz* wurden psychometrische Tests in eine Fantasiewelt mit Online-Wesen eingebettet (Diercks et al., 2007). Bei der sogenannten *Challenge Unlimited*, die das Unternehmen Siemens für die Personalgewinnung nutzte, wurden etablierte Tests in eine surreale Rahmenhandlung integriert, bei der Asteroidengürtel durchflogen und Aufgaben als *Cyber-Consultant* zu lösen waren (Rapp, 2004). Im Jahr 2018 bot das Unternehmen *cut-e* (heute Aon) ein SuGA mit dem Titel *PlayAssess* an, bei dem klassische psychodiagnostische Tests in eine Rahmenhandlung mit einem Alien namens Odd integriert wurden. In der surrealen Spielgeschichte übernimmt Odd die Kontrolle über ein Gebäude und fordert die Nutzenden bzw. die Bewerbenden heraus, die Steuerung zurückzugewinnen. Um dies zu erreichen, müssen Nutzende verschiedene Testaufgaben erfolgreich lösen. Mit jeder abgeschlossenen Aufgabe rücken Nutzende dem Alien ein Stück näher, bis sie schließlich als Belohnung nach Abschluss aller Tests die Kreatur besiegen und diese auf ihren Heimatplaneten zurückkehrt (cut-e, 2018).

Serious-Gamified-Assessments

Auch bei Serious-Gamified-Assessments (SeGA) handelt es sich nicht um Spiele, sondern um etablierte psychometrische Testverfahren, die mit spielerischen Elementen angereichert werden bzw. in eine spielerische Rahmenhandlung einge-

bettet werden. Im Gegensatz zu SuGA ist dieser spielerische Rahmen bzw. sind die spielerischen Elemente allerdings realistisch und ernsthaft, weil darauf Wert gelegt wird, dass stets ein konkreter Anforderungs- und Unternehmensbezug für die Bewerbenden erkennbar ist (Diercks, 2018; Jansen et al., 2022; 2023). Somit ist das Spielen kein Zweck an sich oder dient der Ablenkung von der Testintention, sondern im Vordergrund steht das spielerisch-simulative Kennenlernen des Unternehmens im Allgemeinen und der Anforderungen und Möglichkeiten einer konkreten Position oder Ausbildung im Besonderen. Damit geht einher, dass den Bewerbenden gezielt transparent gemacht wird, warum bestimmte Leistungen oder persönliche Angaben im Rahmen der Tests eingefordert werden.

Wie in Kapitel *Ziele von Gamification in Online-Assessments* bereits eingeführt, ist es das Ziel solch spielerischer und dennoch realistischer Ansätze, die soziale Validität der Testverfahren zu verbessern und die User-Experience zu steigern, um einen positiven Einfluss auf die Arbeitgebermarke zu erzielen (Jansen et al., 2022). Die Idee besteht darin, dass Online-Assessments akzeptabler werden sollten, je mehr spielerisch-simulatives Lernen über das Unternehmen und die Anforderungen möglich ist und je mehr Bewerbende in diesem Zusammenhang verstehen, warum bestimmte Leistungen gezeigt oder persönliche Angaben gemacht werden sollen. Je mehr also Bewerbende im Rahmen der Personalauswahl über das Unternehmen, die Kultur und die konkreten Anforderungen lernen, desto akzeptierter sollten die Testverfahren und desto geringer sollte die Absprungrate passender und desto höher sollte die Absprungrate unpassender Personen sein.

Ein Beispiel unter zahlreichen anderen Beispielen von SeGA, die bei Jansen et al. (2023) ausführlich dargestellt werden, ist das des *JobCheck* des Unternehmens *Deutsche Post DHL*. Hintergrund des SeGA ist der enorme Bedarf an neuen Mitarbeitenden im Zustellungsbereich. Um diesem Bedarf gerecht zu werden, wurde ein Assessment entwickelt, das speziell auf die Zielgruppe abgestimmt und mobiloptimiert ist. Es dauert insgesamt weniger als 10 Minuten. Ziel ist es, schnell und effizient unpassende Bewerbende aus einer Flut von mehr als 100.000 Bewerbungen pro Jahr herauszufiltern (sogenannte Negativselektion). Gleichzeitig soll das Verfahren den Bewerbenden einen Einblick in den Berufsalltag geben (Realistic Job Preview) und nicht passende Bewerbende dazu ermutigen, ihre Bewerbung zu überdenken und sich anderweitig umzuschauen.

Nachdem Bewerbende ihre Bewerbung auf der Karriereseite abgeschlossen haben, können sie auf den *JobCheck* zugreifen. Dieser besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil ist ein spielerischer Test, der in fünf Minuten durchgeführt wird und bei dem die Bewerbenden eine große Anzahl von Adressetiketten unter Zeitdruck vergleichen müssen (siehe linker Teil von Abb. 2). Das Verfahren ähnelt durchaus dem in Deutschland häufig eingesetzten *Aufmerksamkeits- und Konzentrations-Test d2-R* von Brickenkamp et al. (2010). Der d2-R erfasst Geschwindigkeit und Genauigkeit

bei einer visuellen Unterscheidungsaufgabe und hieß vor wenigen Jahren noch *Konzentrations-Belastungs-Test*.

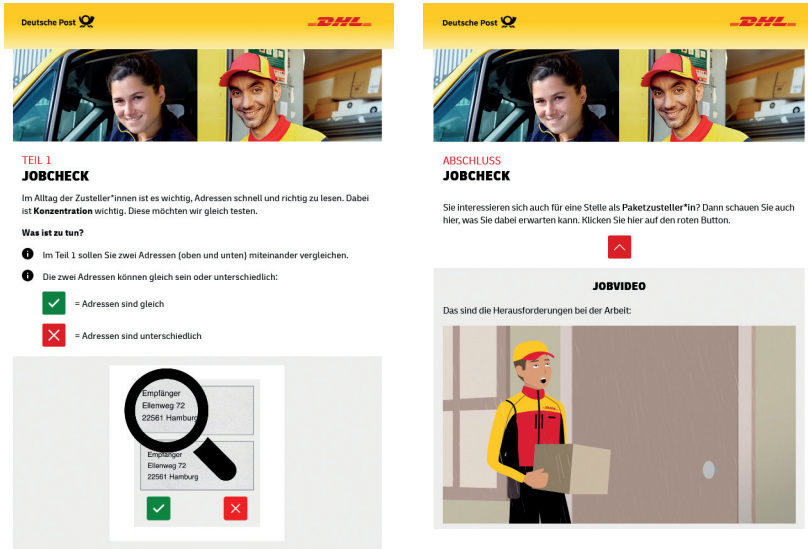


Abb. 2: Anwendungsbeispiel eines SeGA – JobCheck der DPDHL (Diercks, 2020)

Auch der Test im Rahmen des *JobCheck* mag als belastend und anstrengend erlebt werden. Durch die Kontextualisierung wird den Bewerbenden aber deutlich gemacht, warum es für die spätere Tätigkeit notwendig ist, dass sie eine solche Leistung abrufen können. Es ist somit anzunehmen, dass die unternehmens- und aufgaben-nahe Gamifizierung die Akzeptanz eines solchen Verfahrens steigert. Der zweite Teil besteht aus Jobvideos, die einen realistischen Einblick in den Alltag von Paket-, Brief- und Verbundzusteller:innen geben. Dieser Realistic Job Preview vermittelt Eindrücke von den Herausforderungen des Berufs, wie beispielsweise schnellem Arbeiten, schwerem Heben und Arbeiten bei verschiedenen Witterungsbedingungen (siehe rechter Teil von Abbildung 2). Der *JobCheck* soll also nicht nur dem Unternehmen helfen Bewerbende schnell und effektiv zu filtern, sondern gleichzeitig auch Bewerbenden helfen, ihre Erwartungen an den Beruf zu klären und sich besser zu orientieren, damit im Sinne einer hohen Grundquote passende Personen im Bewerbungsprozess verbleiben und unpassende den Prozess möglichst verlassen (Diercks, 2020).

SeGA legen also den Fokus auf Edutainment und nicht auf Entertainment wie die anderen drei Formen von Gamification in Online-Assessments (vgl. Abbildung 1). Um realitätsnahes Lernen zu ermöglichen, müssen die Assessments aber transparent und dürfen nicht stealth (s.u.) sein (Jansen et al., 2022; 2023; Kupka et al., in Vorbereitung).

Fazit und Ausblick

Wie in Kapitel *Ziele von Gamification in Online-Assessments* gezeigt, ist es das Hauptziel von Gamification in Online-Assessments die Akzeptanz bzw. die Befürwortung einzelner Auswahlverfahren (soziale Validität), des gesamten Auswahlprozesses (Candidate Experience) und schließlich des ganzen Unternehmens (Employer Brand) zu steigern. In Kapitel *Formen von Gamification in Online-Assessments* wurde abschließend angenommen, dass das Ausmaß an Akzeptanz davon abhängig sei, in wie weit im Rahmen des Assessments etwas über konkrete Anforderungen und Unternehmen gelernt werden kann.

Dies widerspricht allerdings dem Ziel und der konkreten Ausgestaltung einiger Verfahren aus dem Bereich der GBA und der SuGA, die vornehmlich auf Entertainment setzen und Spiele dazu nutzen, die Testintentionen (im Sinne einer geringeren Durchschau- und Verfälschbarkeit) zu verschleiern oder (im Sinne einer höheren Akzeptanz) dem Bewusstsein getestet zu werden entgegenzuwirken. Dies wird auch als Stealth Assessment bezeichnet (Shute, 2011; Shute & Ventura, 2013) und folgendermaßen definiert: „It is the process of embedding assessments seamlessly into a computer-based learning or gaming environment such that the learner is unaware he or she being assessed“ (Wang et al., 2015, S. 67). Ganz im Gegensatz dazu steht bei SeGA eine offene, transparente Kommunikation mit den Testpersonen im Mittelpunkt. Bewerbende sollen die Möglichkeit erhalten, spielerisch-simulativ etwas über die relevanten Anforderungen und Inhalte der potenziellen Arbeitgebenden zu lernen, um erstens akzeptanzsteigernd nachvollziehen zu können, warum bestimmte Leistungen im Test eingefordert werden und um zweitens noch im Bewerbungsprozess auf Basis einer realistischen Tätigkeitsvorschau im Sinne einer hohen Grundquote eine Entscheidung für oder gegen das Unternehmen treffen zu können. Dies kann durchaus unterhaltsam und kurzweilig sein und darf auch Spaß machen. Der Spaß ist aber weder Selbstzweck, noch dient dieser dazu von der Tatsache getestet zu werden abzulenken.

Die Forschung zu Haupt- und Nebengütekriterien von GBA und GA steht noch ganz am Anfang (Fetzer et al., 2017; Landers et al., 2022; Melchers & Basch, 2021; Woods et al., 2020). Die Einordnung der Forschungsergebnisse gestaltet sich aktuell zuweilen schwierig, da eine eindeutige Klassifikation der Verfahren bis vor Kurzem nicht existierte (vgl. Kapitel *Formen von Gamification in Online-Assessments*). Übersichten über den aktuellen Stand der Forschung sind bei Ramos-Villagrasa et al. (2022) sowie Jansen et al. (2022; 2023) zu finden.

Selbstverständlich gilt es empirisch zu prüfen, ob Verfahren, die den vier Formen von Online-Assessments zugeordnet werden können auch die Hauptgütekriterien der Validität (Konstruktvalidität und prognostische Validität), der Reliabilität und der Objektivität erfüllen. Hier zeigen sich empirisch durchaus ermutigende Tendenzen

(Kupka et al., in Vorbereitung). Dies sollte insbesondere bei GA nicht überraschen, handelt es sich hierbei doch um bereits evaluierte Verfahren, die anschließend gamifiziert werden. Wie in Kapitel *Ziele von Gamification in Online-Assessments* dargestellt, ist es aber das erklärte Ziel der Gamifizierung von Online-Assessments das Nebengütekriterium der sozialen Validität (Akzeptanz) zu steigern. Unter welchen Bedingungen Gamification dies leisten kann, ist empirisch nicht abschließend geklärt, aber es zeichnen sich Tendenzen ab.

So konnte Bhatia (2018) zeigen, dass der Einsatz von GBA nicht zwangsläufig zu einer erhöhten Akzeptanz führt. Bei einem Vergleich eines GBA mit konventionellen Testverfahren (Non-GBA) schnitt das gamebasierte Verfahren bzgl. unterschiedlicher Dimensionen von Akzeptanz schlechter ab, wenn das Flow-Erleben im Rahmen der Spielsituation statistisch kontrolliert wurde:

„While the non-GBA assessments used here do not have as favorable perceived job-relatedness ratings as simulations or work samples, they were still rated as more job-related, notably face valid, than their GBA counterpart when flow was controlled for. This means that GBAs may only be seen as job-related when they are able to induce flow, but that even then increased perceptions of job-relatedness are not guaranteed“ (Bhatia, 2018, S. 126-127).

Dies bedeutet, dass das PsyGA im Vergleich zu den Non-GBA nur dann besser abschnitt, wenn dieses in der Lage war, einen Flow-Zustand auszulösen. In welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen in einer realen Bewerbungssituation Flow ausgelöst werden kann ist aber fraglich (Kupka, et al., in Vorbereitung).

Anscheinend hängt die Akzeptanz von GBA, ähnlich wie bei GA, davon ab, ob die Testpersonen eine Verbindung zwischen dem Test auf der einen und den Anforderungen des Jobs auf der anderen Seite wahrnehmen können. Ellison et al. (2020) schlussfolgern im Rahmen einer Studie mit fast 400 Teilnehmenden, die vier GBA (wahrscheinlich PsyGA) durchliefen folgendes:

„Job-relatedness and opportunity to perform demonstrated the strongest relationships with perceptions of fairness and the two reaction outcomes in the current study. As such, organizations should consider using GBAs that reflect job-related content and provide candidates the opportunity to demonstrate these skills through the assessment“ (Ellison et al., 2020, S. 251).

Es wurden auch Studien zur Akzeptanz und Testgüte von SuGA durchgeführt, die jedoch ein teilweise widersprüchliches Bild ergaben. Während in einer Studie die Einbettung eines Situational Judgement Tests in die Umgebung einer surreal gamifizierten Abenteuerinsel zu einer Verbesserung der wahrgenommenen Testfairness und der Employer Brand Bewertung im Vergleich zur klassischen Variante führte

(Georgiou & Nikolaou, 2020), galt dies in einer andere Studie nur für Testpersonen mit hoher Videospieelerfahrung in Bezug auf die wahrgenommene organisatorische Attraktivität (Gkorezis et al., 2020). Eine Studie, die eine Vergleichsanalyse zwischen dem oben erwähnten SuGA PlayAssess und einem nicht gamifizierten Assessment bei Studierenden durchführte, ergab, dass die Fairness und die Arbeitgeberattraktivität beim SuGA nicht besser bewertet wurden. Die Bewertungen lagen eher im leicht schlechteren, aber insgesamt ähnlichen Bereich (Siemsen et al., 2018).

Ohlms et al. (2023) haben die Akzeptanz und Validität eines SuGA untersucht, das in einer Kulisse des ViGA Minecraft spielt. Dabei sollten Testpersonen ein Land von einem Fluch befreien, indem sie verschiedene Problemlöseaufgaben lösen mussten, die sich auf die fluide Intelligenzmessung beziehen. Bei der Studie mit Studierenden wurden substantielle Korrelationen zwischen dem SuGA und einem Intelligenztest in Höhe von $r = .51$ ($N = 151$) festgestellt. Dies bestätigt, dass mittels SuGA grundsätzlich kognitive Fähigkeiten erhoben werden können, da die Tests nur spielerisch eingebettet wurden und es sich somit weiterhin um die gleichen Verfahren handelte. Allerdings zeigte sich bezüglich der Akzeptanz, dass die surreal gamifizierte Version in allen erhobenen Akzeptanzbereichen wie Augenscheinvalidität, Attraktivität der Organisation oder Testangst schlechtere Bewertungen als der klassische Intelligenztest erhielt. Dieses deutliche Ergebnis zeigt, dass nicht jede Art von Gamification die gewünschte Verbesserung der User-Bewertung bringt und dass die Art der Gamification in der praktischen Anwendung genau betrachtet werden sollte.

Sowohl die Ergebnisse von Ellison et al. (2020) als auch die Ergebnisse von Ohlms et al. (2023) legen also nahe, dass der Anforderungs- und Unternehmensbezug der Gamifizierung eine wesentliche Einflussgröße hinsichtlich der Akzeptanz der Verfahren sein kann. Dementsprechend erscheint es wenig plausibel, dass ViGA eine hohe Akzeptanz erfahren und dementsprechend wird die akzeptanzsteigernde Wirkung von SeGA aktuell beforscht. So konnte bspw. für den oben skizzierten JobCheck gezeigt werden, dass mehr als 90 Prozent der Bewerbenden dieses SeGA weiterempfehlen. Der Aussage, dass man nach der Nutzung des JobCheck besser wisse, was einen beruflich erwartet, stimmen 97 Prozent der User zu (Diercks, 2020). Andere Untersuchungen ergaben ebenfalls, dass SeGA zumindest gleich gut, oft sogar besser von den Testpersonen bewertet wurden (u. a. Kanning et al., 2006; Kupka, 2013; Landers & Collmus, 2022).

Hillers und Dries (2016) untersuchten die Bewertung der Employer Brand bei der kontrollierten Variation von Gamification-Anteilen von SeGA. Dabei verglichen die Autoren ein leicht gamifiziertes und ein nicht gamifiziertes Online-Assessment. Zum Einsatz kam in beiden Versionen ein klassischer Matrizentest. Die leichte Gamification bestand darin, dass zusätzliche Bilder von Mitarbeitenden sowie kurze bebilderte Informationen zum auswählenden Unternehmen eingebettet wurden. Beide Versionen wurden gleich gut hinsichtlich der testbezogenen Messqualität,

Augenscheinvalidität, Kontrollierbarkeit, Belastungsfreiheit und des Testgesamturteils bewertet. Es zeigten sich allerdings signifikant bessere Beurteilungen des Interesses am Unternehmen für die Version mit Gamification (Hillers & Dries, 2016). In einer Folgestudie von Hillers et al. (2017) konnte dieses Ergebnis repliziert werden. Diese Ergebnisse untermauern die praxisrelevante Bedeutung von ernsthafter, anforderungsbezogener Gamifizierung für die Verbesserung der Bewertung der Employer Brand. Eine nur leichte Gamifizierung ging nicht mit einer erhöhten sozialen Validität, wohl aber mit einer verbesserten Bewertung der Arbeitgebermarke einher.

Literaturverzeichnis

- Bhatia, S. (2018). *Applicant reactions to Game-Based Assessments: The effect of flow, fairness, and fit*. Michigan State University.
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L. & Liepmann, D. (2010). *d2-R: test d2-revision: Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest*. Hogrefe.
- cut-e (2018). *Gamification in Assessment*. <https://www.hrreview.co.uk/wp-content/uploads/White-paper-cut-e-Gamification-in-assessment.pdf> [31.05.2023].
- Deterding, S., Dixon, D., Khaled, R. & Nacke, L. (2011). From game design elements to gamefulness: Defining gamification. *MindTrek '11: Proceedings from the 15th international academic MindTrek conference: Envisioning future media environments*, 9 – 15.
- Diagnostik- und Testkuratorium (Hrsg.) (2018). *Personalauswahl kompetent gestalten: Grundlagen und Praxis der Eignungsdiagnostik nach DIN 33430*. Springer.
- Diercks, J. (2018). Gaming-Elemente im Online-Assessment – Test lassen sich gamifizieren, aber Spiele sind keine Tests. *HR Performance*, 6, 52 – 54.
- Diercks, J. (2020). *Der JobCheck der DPDHL: Ein Game-Changer im Massenrecruiting. Gamified Assessment und Personalmarketing aus einem Guss*. <https://blog.recruitment.de/2020/10/09/der-jobcheck-der-dpdhl-ein-game-changer-im-massenrecruiting-gamified-assessment-und-personalmarketing-aus-einem-guss/> [31.05.2023].
- Diercks, J., Jägeler, T. & Kupka, K. (2007). Das internetbasierte Self-Assessment-Verfahren „Die Karrierejagd durchs Netz“. In L. v. Rosenstiel & J. Erpenbeck (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung* (2. Aufl., S. 683 – 704). Schäffer-Poeschel.
- Diercks, J. & Kupka, K. (2013). Recruitainment – Bedeutung, Einflussfaktoren und Begriffsbestimmung. In J. Diercks & K. Kupka (Hrsg.), *Recruitainment. Spielerische Ansätze in Personalmarketing und -auswahl* (S. 1 – 18). Springer Gabler.
- Ellison, L. J., McClure Johnson, T., Tomczak, D., Siemsen, A. & Gonzalez, M. F. (2020). Game on! Exploring reactions to game-based selection assessments. *Journal of Managerial Psychology*, 35(4), 241 – 254.

- Fetzer, M., McNamara, J. & Geimer, J. L. (2017). Gamification, serious games and personnel selection. In H. W. Goldstein, E. D. Pulakos, J. Passmore & C. Semedo (Eds.), *The Wiley Blackwell handbook of the psychology of recruitment, selection and employee retention* (pp. 293 – 309). Wiley & Sons.
- Georgiou, K. & Nikolaou, I. (2020). Are applicants in favor of traditional or gamified assessment methods? Exploring applicant reactions towards a gamified selection method. *Computers in Human Behavior*, 109(8), 106356.
- Gkorezis, P., Georgiou, K., Nikolaou, I. & Kyriazati, A. (2020). Gamified or traditional situational judgement test? A moderated mediation model of recommendation intentions via organizational attractiveness. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(2), 240 – 250.
- Hausknecht, J. P., Day, D. V. & Thomas, S. C. (2004). Applicant reactions to selection procedures: An updated model and meta-analysis. *Personnel Psychology*, 57(3), 639 – 683.
- Hillers, M. & Dries, C. (2016). *Spiel oder Ernst? Eine experimentelle Untersuchung zur Wirkung von Spielelementen auf die Akzeptanz diagnostischer Verfahren*. https://www.ki-management.com/en/frontend/media/downloads/publikationen/160227_recruitment_hillers_dries.pdf [31.05.2023].
- Hillers, M., Dries C. & Hedderich, C. (2017). *Recruitment: Was wirkt? - Experimentelle Untersuchung zur Akzeptanz von Spielelementen in Leistungstests in Abhängigkeit der Berufsbezogenheit*. https://www.ki-management.com/en/frontend/media/downloads/publikationen/170304_gwps_2017_recruitment_was_wirkt_hillers_dries_hedderich.pdf [31.05.2023].
- Jansen, L. J. (2017). E-Recruiting: Herausforderungen im Spannungsfeld zwischen Fremdelektion und Selbstselektion. In T. Warszta & J. Ehrlich (Hrsg.), *Herausforderungen begegnen – Lösungen gestalten: Praxisrelevanz und Interdisziplinarität der wirtschaftspsychologischen Forschung – Tagungsband der 19. Fachtagung der Gesellschaft für angewandte Wirtschaftspsychologie (GWPs)* (S. 78 – 87). Pabst.
- Jansen, L. J. (2021). Eventorientierte Personalbeschaffung. In S. Ronft (Hrsg.), *Eventpsychologie – Veranstaltungen wirksam optimieren: Grundlagen, Konzepte, Praxisbeispiele* (S. 767 – 794). Springer Gabler.
- Jansen, L. J., Diercks, J. & Kupka, K. (2022). Lösungen im E-Recruiting – Recruitment: Eine Erweiterung der Klassifikation & empirische Ergebnisse. *Wirtschaftspsychologie*, 4 (24), 62 – 78.

- Jansen, L. J., Diercks, J. & Kupka, K. (2023). *Recruitment: Gamification in Employer Branding, Personalmarketing und Personalauswahl*. Springer Gabler.
- Kanning, U. P. (2015). *Personalauswahl zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine wirtschaftspsychologische Analyse*. Springer.
- Kanning, U. P., Grewe, K., Hollenberg, S. & Hadouch, M. (2006). From the subjects' point of view. *European Journal of Psychological Assessment*, 22(3), 168 – 176.
- Kokkinakis A. V., Cowling P. I., Drachen, A. & Wade, A. R. (2017). Exploring the relationship between video game expertise and fluid intelligence. *PLoS ONE*, 12(11), 1 – 5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186621> [06.06.2022].
- Kupka, K. (2008). *E-Assessment. Entwicklung und Güteprüfung von zwei internetgestützten Simulationsverfahren zur Messung der Planungs- und Problemlöseleistung von zukünftigen (pädagogischen) Führungskräften*. Cuvil-lier.
- Kupka, K. (2013). Online-Assessments im Recruitment-Format: Wie gefällt das eigentlich den Bewerbern in der echten Auswahlssituation? In J. Diercks & K. Kupka (Hrsg.), *Recruitment – Spielerische Ansätze in Personalmarketing und -auswahl* (S. 53 – 66). Springer Gabler.
- Kupka, K., Diercks, J. & Jansen, L. J. (in Vorbereitung). Innovative Methoden der Personalauswahl und -entwicklung - HR 4.0 - KI, Machine Learning, Gamification und andere Trends richtig einsetzen. In Stulle, K. P. & Justenhofen, R. T. (Hrsg.), *Personalauswahl 4.0 – Innovative Eignungsdiagnostik durch digitale Interviews, Online-Tests und Künstliche Intelligenz: Aktuelle Forschungserkenntnisse, Trends und Anwendungsbeispiele*. Springer Gabler.
- Landers, R. N. & Collmus, A. B. (2022). Gamifying a personality measure by converting it into a story: Convergence, incremental prediction, faking, and reactions. *International Journal of Selection and Assessment*, 30(1), 145 – 156.
- Landers, R. N., Armstrong, M. B., Collmus, A. B., Mujcic, S. & Blaik, J. (2022). Theory-driven game-based assessment of general cognitive ability: Design theory, measurement, prediction of performance, and test fairness. *Journal of Applied Psychology*, 107(10), 1655 – 1677.
- Lejuez, C. W., Read, J. P., Kahler, C. W., Richards, J. B., Ramsey, S. E., Stuart, G. L., Strong, D. R. & Brown, R. A. (2002). Evaluation of a behavioral measure of risk taking: The Balloon Analogue Risk Task (BART). *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 8(2), 75 – 84.

- Lejuez, C. W., Aklin, W. M., Jones, H. A., Richards, J. B., Strong, D. R., Kahler, C. W. & Read, J. P. (2003). The balloon analogue risk task (BART) differentiates smokers and nonsmokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11(1), 26 – 33.
- Lankveld, G. van, Spronck, P., Herik, J. van den & Arntz, A. (2011). Games as personality profiling tools. In 2011 *IEEE Conference on Computational Intelligence and Games (CIG'11)* (pp. 197 – 202). IEEE.
- Melchers, K. G. & Basch, J. M. (2021). Fair play? Sex-, age-, and job-related correlates of performance in a computer-based simulation game. *International Journal of Selection and Assessment*, 30(1), 48 – 61.
- Ohlms, M., Melchers, K. G., & Kanning, U. P. (2023). Can we playfully measure cognitive ability? Construct-related validity and applicant reactions. *International Journal of Selection and Assessment*, 1-17.
- Ott, M., Ulfert, A. & Kersting, M. (2017). „Online-Assessments“ und „Self-Assessments“ in der Eignungsdiagnostik. In D. E. Krause (Hrsg.), *Personalauswahl* (S. 215 – 242). Springer Gabler.
- Ramos-Villagrasa P. J., Fernandez-del-Río, E. & Castro, A. (2022). Game-related assessments for personnel selection: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 1 – 14.
- Rapp, I. (2004). Helden auf Jobsuche: Der Einsatz von Computerspielen bei der Personalfindung. *c't*, 13, 84 – 89.
- Shute, V. J. (2011). Stealth assessment in computer-based games to support learning. *Computer games and instruction*, 55(2), 503 – 524.
- Shute, V. J. & Ventura, M. I. (2013). *Measuring and supporting learning in games: Stealth Assessment*. MIT.
- Siemsen, A., Warszta, T., & Lochner, K. (2018). Spielend das Firmenimage beeinflussen? – Die Wirkung von gamifizierten Assessments auf die Wahrnehmung der Bewerber. In G. Felser, M. Gründl & U. Starker (Hrsg.), *Abstracts – 22. Fachtagung der Gesellschaft für angewandte Wirtschaftspsychologie (GWPs)* (S. 128–129). Pabst.
- Wald, P., Athanas, C. & Schimek, T. (2018). *Recruiter Experience Studie 2018*. meta HR Unternehmensberatung GmbH & Stellenanzeigen.de GmbH & Co. KG.

- Wang, L., Shute, V. & Moore, G. R. (2015). Lessons learned and best practices of stealth assessment. *International Journal of Gaming and Computer-Mediated Simulations (IJGCMS)*, 7(4), 66 – 87.
- Warszta, T. (2019). Spielerisch zum Job: Mit Game-Based-Assessments Bewerber gewinnen. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 1, 43 – 56.
- Woods, S. A., Ahmed, S., Nikolaou, J., Costa, A. C. & Anderson, N. R. (2020). Personnel selection in the digital age: a review of validity and applicant reactions, and future research challenges. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(1), 64 – 77.

3.3 Mobiles Arbeiten in der Covid-19-Pandemie – Ein Arbeitsmodell für die Zukunft?

Julia Turtl & Jessica Heine

Einleitung

Innerhalb kürzester Zeit hatte die COVID-19-Pandemie die Arbeitssituation von unzähligen Mitarbeitenden und Führungskräften deutschlandweit verändert (Kunze et al., 2020). In einigen Branchen wurde Kurzarbeit angemeldet, Entlassungen durchgeführt oder der Betrieb eingestellt. Zugleich haben viele Unternehmen das Arbeiten der Beschäftigten, aufgrund der Corona-Maßnahmen, vom Büro zeitweise nach Hause verlagern müssen (Schmucker, 2021). Wer noch kein Homeoffice hatte, ist ins mobile Arbeiten gewechselt.

Auch im Bereich der Finanzdienstleistungsbranche hatte die Pandemie und die darauf bezogenen arbeitsrechtlichen Maßnahmen einschneidende Auswirkungen. Während bislang in den deutschen Finanzdienstleistungsinstituten eine Präsenzkultur vorherrschte, wurde diese mit Beginn der COVID-19-Pandemie durch virtuelle Konzepte sowohl zur Kommunikation mit Kund:innen als auch zur unternehmensinternen Kommunikation ersetzt (Terliesner, 2021). Dadurch ist die Umsetzung der mobilen Arbeit, insbesondere das Arbeiten von zuhause, stetig gestiegen und hat sich in Bereichen etabliert, in denen die Tätigkeiten und die Digitalisierung dies ermöglicht (Hofmann et al., 2020).

Mobiles Arbeiten als Forschungsgegenstand

„Die Corona-Pandemie und die Maßnahmen zu ihrer Eindämmung haben tiefgreifende Auswirkungen auf die Arbeitswelt“ (Schmucker, 2021, S. 188). Für eine Vielzahl Beschäftigter hat die COVID-19-Pandemie zu einer rasanten Veränderung des Arbeitsalltags geführt (Kunze et al., 2020). Folglich hat die Arbeit auf Distanz zu einer Veränderung geführt, die bis Mitte März 2020 nicht vorstellbar war. In den Bereichen, in denen Tätigkeiten und Digitalisierungsgrad es ermöglicht haben, hat sich das mobile Arbeiten fest etabliert (Hofmann et al., 2020). „Mobiles Arbeiten ist eine Arbeitsform, die nicht in einer Arbeitsstätte [...] oder an einem fest eingerichteten Telearbeitsplatz [...] im Privatbereich des Beschäftigten ausgeübt wird, sondern bei dem die Beschäftigten an beliebigen anderen Orten [...] tätig werden“ (Arbeitsschutzausschüsse beim BMAS, 2021, S. 5). Daraus folgt, dass die Beschäftigten bei der mobilen Arbeit, im Vergleich zur Telearbeit, d. h. dem vertraglich festgelegten Arbeiten von zuhause, flexibel den Arbeitsort wählen können. Sie sind nicht an den häuslichen Arbeitsplatz und feste Arbeitszeiten gebunden (Deutscher Bundestag, 2017; Hammermann, 2019).

Damit verdrängte – zumindest zeitweise – das mobile Arbeiten den klassischen Büroarbeitsplatz und verändert die üblichen Gewohnheiten des Büroalltags, wie beispielsweise Präsentismus oder Meetings in Präsenz.

Voraussetzungen

Um die Arbeitsform des mobilen Arbeitens erfolgreich umsetzen zu können, müssen Voraussetzungen geschaffen und Verhaltensregeln vereinbart werden, die sowohl seitens der Unternehmen als auch der Beschäftigten umgesetzt werden.

Denn das Arbeiten an unterschiedlichen Orten zu unterschiedlichen Zeiten setzt klare Strukturen und verbindliche Absprachen voraus (Altun, 2019). Diverse Studien (bspw. Ahlers et al., 2021; Kaczynska & Kümmerling, 2021) zeigen, dass die Mitarbeitenden deutlich zufriedener sind, wenn das Unternehmen einheitliche Regelungen und Rahmenbedingungen zur mobilen Arbeit festgelegt hat.

Chancen und Herausforderungen

Die mobile Arbeit wird weiterhin – auch nach der Pandemie – ein beachtlicher Bestandteil in der Arbeitsorganisation sein. Nicht nur für die Mitarbeitenden, sondern auch für die Unternehmen ist dieses Arbeitsmodell für die Gestaltung des Arbeitsplatzes attraktiv (Ahlers et al., 2021).

Laut Altun (2019) eröffnen zeitliche und räumliche Dimensionen durch mobiles Arbeiten bei den Unternehmen und Beschäftigten neue Wege, um den Beruf und das Privatleben erfolgreich miteinander zu vereinbaren.

Eine Studie von Statista (2021) zeigt, dass aus der Perspektive der Beschäftigten eine Zeitersparnis aus dem entfallenden Arbeitsweg resultiert. Zudem besteht aufgrund der räumlichen und zeitlichen Flexibilisierung der Arbeit eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Weiterhin hat der bzw. die Mitarbeitende die Möglichkeit, entsprechend dem Biorhythmus arbeiten zu können und effiziente Arbeitsphasen zu nutzen. Daraus resultiert eine ansteigende Arbeitszufriedenheit. Für die Mitarbeitenden bietet sich somit die Chance, sowohl die Leistungsfähigkeit als auch die Produktivität zu erhöhen. Aus der Perspektive der Unternehmen bietet mobiles Arbeiten die Möglichkeit, ortsunabhängige Fachkräfte zu gewinnen und langfristig an das Unternehmen zu binden (Altun, 2019). Darüber hinaus hat diese moderne Arbeitsform maßgeblich zur Krisenresilienz der Unternehmen beigetragen, indem betriebliche Abläufe trotz Mobilitätseinschränkungen und Abstandsregeln aufrechterhalten werden konnten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020a). Insbesondere während der COVID-19-Pandemie hat sich dieser Effekt gezeigt. Durch das mobile Arbeiten können Einsparpotenziale beispielsweise durch reduzierte Energiekosten und Büroflächen gewonnen werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020; Klaffke, 2016) und dadurch auf weitere Krisen wie beispielsweise die Energiekrise im Jahr 2022 übertragen werden. Diesbezüglich nutzen einige Unternehmen bereits Desk-Sharing-Modelle. Dabei arbeitet ein gewisser Anteil der Mitarbeitenden dauerhaft von zuhause, sodass zu keinem Zeitpunkt alle Beschäftigten vor Ort sind (Klaffke, 2016).

Die Arbeitsform der mobilen Arbeit birgt allerdings auch Herausforderungen, denen sich sowohl die Unternehmen als auch die Beschäftigten stellen müssen. Als Konsequenz aus der Flexibilisierung der Arbeit und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf darf das mobile Arbeiten nicht zur Entgrenzung von Arbeit und Privatleben führen, d. h. die Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben dürfen nicht verschwimmen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020). Ebenfalls resultieren aus der Entgrenzung von Arbeit und Privatleben gesundheitliche Risiken (Gronau et al., 2019). Durch das orts- und zeitunabhängige Arbeiten ergibt sich die Notwendigkeit, dass neue Absprachen und Verhaltensregeln im Umgang miteinander getroffen werden müssen (Hammermann, 2019). Zudem wird der fehlende persönliche Kontakt zu Kolleg:innen und Führungsverantwortlichen oft kritisch bewertet (Statista, 2021). Hier ist Engagement bei der Nutzung der modernen Kommunikationsplattformen nötig.

Auswirkungen auf die Arbeitswelt in Deutschland

Insgesamt hat die COVID-19-Pandemie die Arbeitswelt in vielfältiger Art und Weise verändert (Hofmann, 2021). Hierbei ist laut Hofmann (2021) eine Spaltung der Arbeitsgesellschaft beobachtbar: Beschäftigte, die von zuhause arbeiten können und Beschäftigte, die diese Möglichkeit nicht nutzen können. Demnach kann ein Teil der Beschäftigten von zuhause arbeiten – zumindest diejenigen, bei denen eine hohe Informations- und Wissensorientierung sowie Digitalisierung im Unternehmen umgesetzt ist. Der andere Teil der Beschäftigten kann aufgrund der eigenen beruflichen Tätigkeit nicht das mobile Arbeiten nutzen (Hofmann, 2021). Eine Studie von Bitkom (2020) hat gezeigt, dass etwa 23 Millionen Beschäftigte in Deutschland einen Arbeitsplatz haben, bei dem grundsätzlich die Möglichkeit besteht, mobil zu arbeiten. Während vor der COVID-19-Pandemie nur knapp 8 Millionen Beschäftigte ausschließlich oder teilweise mobil arbeiteten, waren es während der Pandemie fast 19 Millionen Beschäftigte (Berg, 2020).

Den Bereich der Finanzdienstleistungsbranche hat das Coronavirus stark getroffen. Bis zu diesem Zeitpunkt prägte die deutschen Institute eine Präsenzkultur. Diese Kultur musste durch virtuelle sowie teils ortsgebundene Konzepte zur Kommunikation mit Kund:innen und Kolleg:innen ersetzt werden (Hohberger, 2020; Krzywdzinski et al., 2022; Terliesner, 2021). In Folge wurde durch die Pandemie ein bedeutender Anstieg virtueller Kundengespräche und der Nutzung von Online-Banking verzeichnet (Krzywdzinski et al., 2022). Zudem führte die Schließung der Geschäftsräume dazu, dass ein Großteil der Beschäftigten mobil arbeiten musste (Hohberger, 2020). Aber auch langfristig wird die COVID-19-Pandemie Spuren in der Wirtschaft und der Gesellschaft hinterlassen, denn die auf Corona bezogenen Maßnahmen haben die Veränderungen von dem Präsenzgeschäft in den Filialen hin zur Nutzung digitaler Kanäle beschleunigt (Krzywdzinski et al., 2022; Terliesner, 2021). Aufgrund der zunehmenden Digitalisierung durch die Pandemie wird, Prognosen zufolge, in Deutschland die

Zahl der Bankfilialen bis in das Jahr 2025 einen Rückgang von mehr als acht Prozent pro Jahr verursachen. Parallel dazu steigt die Nutzung digitaler Kanäle an (Terliesner, 2021). Die Finanzinstitute müssen laut Terliesner (2021) herausfinden, welche Vorgehensweise die Finanzinstitute zukünftig produktiver und effektiver gestalten kann (siehe auch Hohberger, 2020). Durch die aktuellen Veränderungen der Arbeitswelt besteht derzeit die Chance, die bestehenden Regelungen an die modernen Anforderungen einer digitalen Arbeitswelt anzupassen (Terliesner, 2021).

Zusammenfassend hatte die COVID-19-Pandemie einen drastischen Einfluss auf den Arbeitsmarkt, jedoch ist dieser nach wie vor in einer stabilen Verfassung (Freuding & Wohlrabe, 2021). Im Besonderen in der Finanzdienstleistungsbranche erfolgte eine rasante Anpassung und Umstellung auf digitalisierte Prozesse. Zudem konnte die Nutzung mobiler Arbeit durch die Pandemie enorm gesteigert werden, wodurch sich dieses Arbeitsmodell innerhalb der Finanzdienstleistungsbranche gefestigt hat.

Forschungsfrage und Methodik der Untersuchung

Abgeleitet aus Analysen von Freuding und Wohlrabe (2021) hat sich gezeigt, dass sich die Arbeitswelt in einem ständigen Wandel befindet. Dabei hat die zunehmende Digitalisierung diesen Wandel unter anderem mit ausgelöst.

Ziel der empirischen Untersuchung in Form einer quantitativen Online-Befragung war es, festzustellen, welche Einflussfaktoren positiv auf den Ausbau und die Entwicklung von mobiler Arbeit in krisenfreien Zeiten wirken. Der Fokus lag hierbei auf der Finanzdienstleistungsbranche. Zur Untersuchung der Forschungsfrage und Überprüfung der abgeleiteten Hypothesen wurde ein anonymisierter und standardisierter Online-Fragebogen eingesetzt. Die Items wurden angelehnt an die NAG Homeoffice-Umfrage von Beenken et al. (2020). Die Grundgesamtheit bilden im Rahmen dieser Arbeit alle Erwerbstätigen, sowohl der Finanzdienstleistungsbranche aber auch diverser anderer Branchen.

Darstellung der Ergebnisse

Die Literatur hat bereits gezeigt, dass die Nutzung mobiler Arbeit im Zuge der Corona-Pandemie gestiegen ist. Im Folgenden wird die Stichprobe sowie die Ergebnisse zur mobilen Arbeit aus der Umfrage beschrieben, um abschließend die Forschungsfrage beantworten zu können.

Beschreibung der Stichprobe

Die empirische Basis dieser Untersuchung bilden 316 Erwerbstätige ($N = 316$), aufgliedert in 185 Frauen (58,5%) und 131 Männer (41,5%). Weitergehend teilte sich

die Stichprobe in sechs Alterskategorien, wobei 41,8 Prozent auf die 20 – 29-Jährigen entfallen. Altersgruppen bis 19 Jahre und 60 Jahre und älter stellten den geringsten Anteil dar (siehe Abb. 1).

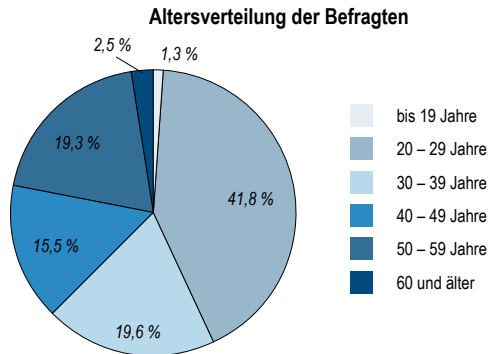


Abb. 1: Altersverteilung der Befragten (N=316) (eigene Darstellung)

Entsprechend der Angaben der Versuchspersonen arbeitete nahezu einer von zwei Teilnehmenden (49.1%) in einem Unternehmen mit mehr als 250 Beschäftigten. Weitere 40,5 Prozent arbeiteten in einem Unternehmen mit 51 bis 249 Beschäftigten.

Insgesamt gaben 153 Testpersonen (48,4%) an, in der Finanzdienstleistungsbranche tätig zu sein, während 163 Personen (51,6%) in einer anderen Branche tätig sind. Unter den anderen Branchen sind u. a. folgende vertreten: Öffentlicher Dienst, Automobilbranche, Gesundheitswesen, IT-Branche, KFZ-Versicherungsbranche, Medienbranche und Einzelhandel.

Darstellung der Ergebnisse zur mobilen Arbeit

Im Rahmen der Umfrage haben 50 Prozent der Teilnehmenden (158 Personen) angegeben, zum aktuellen Zeitpunkt der Pandemie mindestens einen Tag in der Woche mobil zu arbeiten. Im Umkehrschluss haben 50 Prozent der Befragten nicht mobil gearbeitet.

Die meisten Beschäftigten, die das mobile Arbeiten nutzten, taten dies durchschnittlich zwei Tage die Woche. Nur unwesentlich weniger Teilnehmende gaben an, an einem, drei oder sogar fünf Tagen oder mehr mobil tätig gewesen zu sein. Den geringsten Anteil stellen vier Tage dar. Am häufigsten arbeiteten die Befragten drei Tage an ihrem Arbeitsplatz im Unternehmen.

In Bezug auf die Branchenverteilung haben 45,1 Prozent der Befragten aus der Finanzdienstleistungsbranche mobil gearbeitet. Bezogen auf die Befragten der anderen Branchen waren 54,6 Prozent mobil tätig. 55 Prozent der Teilnehmenden arbei-

teten pandemiebedingt seit März 2020 mobil. Daneben hat ungefähr ein Viertel bereits vor der Pandemie mobil gearbeitet. Gründe für das mobile Arbeiten waren exemplarisch: Anweisung durch den Arbeitgebenden, vorgegebenes Arbeitsmodell, freiwillig auf Wunsch des Arbeitnehmenden oder eine ärztliche Anordnung.

Personen, die die Frage zur aktuellen Nutzung mobiler Arbeit verneint haben, wurden weiter befragt, ob sie seit Beginn der Pandemie (März 2020) mobil gearbeitet haben. Knapp ein Drittel der Befragten hat angegeben, seit Beginn der Pandemie schon einmal mobil gearbeitet zu haben. Hiervon waren mehr als zwei Drittel durchschnittlich ein bis drei Tage pro Woche mobil beschäftigt.

Als Gründe, warum die Beschäftigten zum Zeitpunkt der Umfrage nicht mehr mobil arbeiteten, nannten sie insbesondere die Verbesserung der Corona-Situation. Des Weiteren nannten die Beschäftigten den Wegfall der Homeoffice-Pflicht durch Anpassungen des Infektionsschutzgesetzes zum 01.07.2021 oder andere Gründe, wie beispielsweise eine freiwillige Entscheidung, Normalisierung der Corona-Situation oder das Ende der Quarantäne.

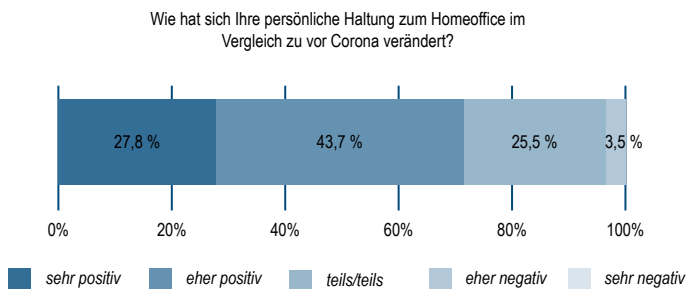


Abb. 2.1: Veränderung der persönlichen Haltung zum Homeoffice (N=316)
(eigene Darstellung angelehnt an Beenken et al., 2020, S. 22)

Insgesamt haben 34,5 Prozent der Befragten zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit gehabt bzw. genutzt, mobil zu arbeiten. 40,37 Prozent der Teilnehmenden gaben an, dass der Arbeitgebende die Möglichkeit nicht angeboten hat und zusätzlich, dass es für den Job unangemessen ist. Weitere Gründe waren das Fehlen der technischen Hilfsmittel, der Datenschutz und das Fehlen der persönlichen Voraussetzungen. Weitergehend stellt die Einstellung zu dem Arbeitsmodell ein eindeutiges Bild dar (siehe Abb. 2). Während der COVID-19-Pandemie hat sich die persönliche Haltung fast durchweg zum Positiven verändert.

Zum größten Teil wurden die Arbeits- und Kommunikationsmittel zum mobilen Arbeiten sehr positiv bewertet (siehe Abb. 3).

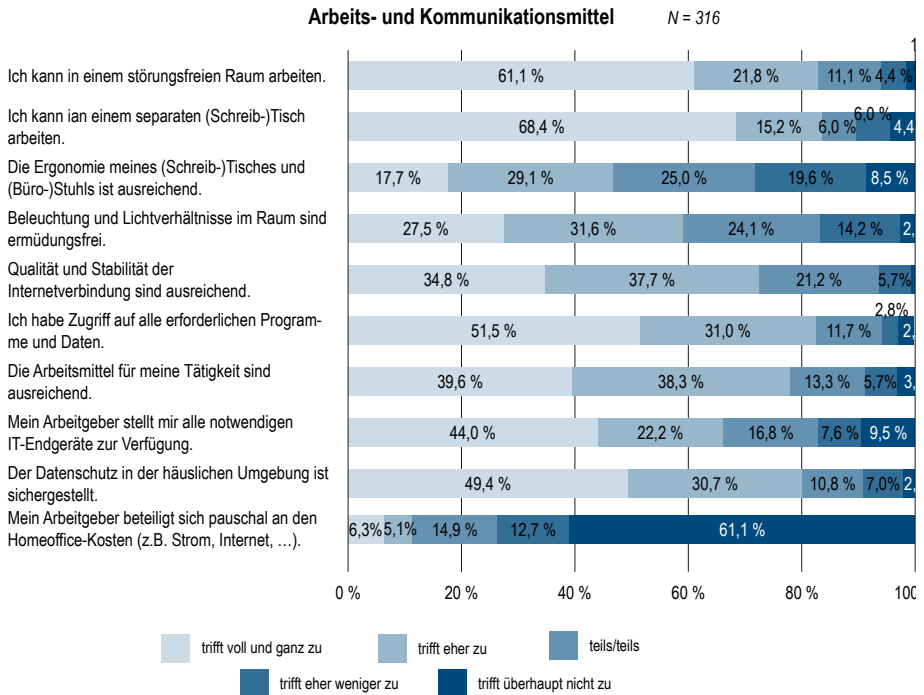


Abb. 2.2: Arbeits- und Kommunikationsmittel im Homeoffice (N=316)
(eigene Darstellung angelehnt an Beenken et al., 2020, S. 25)

Besonders die Möglichkeit, in einem störungsfreien Raum arbeiten zu können, dort an einem separaten (Schreib-)Tisch zu arbeiten und Zugriff auf erforderliche Daten und Programme zu haben, wurde sehr positiv beurteilt. Probleme ergaben sich bei der Ergonomie des (Schreib-)Tisches und (Büro-)Stuhls. Ein weiterer Kritikpunkt stellt die Beteiligung des Arbeitgebenden an den Kosten dar (z. B. für Strom, Internet, Arbeitsplatz, etc.). Lediglich bei 11,4 Prozent der Teilnehmenden beteiligte sich das Unternehmen pauschal an den entstehenden Kosten. Positiv wurden ebenfalls die Beleuchtung und Lichtverhältnisse im Raum, die Qualität und Stabilität der Internetverbindung und der Datenschutz in der häuslichen Umgebung bewertet. Häufig stellt das Unternehmen alle notwendigen IT-Endgeräte zur Verfügung. Die Arbeitsmittel für das mobile Arbeiten waren größtenteils vorhanden. Dennoch ist diese relevante Voraussetzung keine Selbstverständlichkeit, denn 17,1 Prozent der Befragten müssen private Geräte und Arbeitsmittel einsetzen, um mobil arbeitsfähig zu sein.

Insgesamt konnte überwiegend eine Steigerung der Produktivität der Arbeit durch das mobile Arbeiten festgestellt werden (siehe Abb. 2.3).

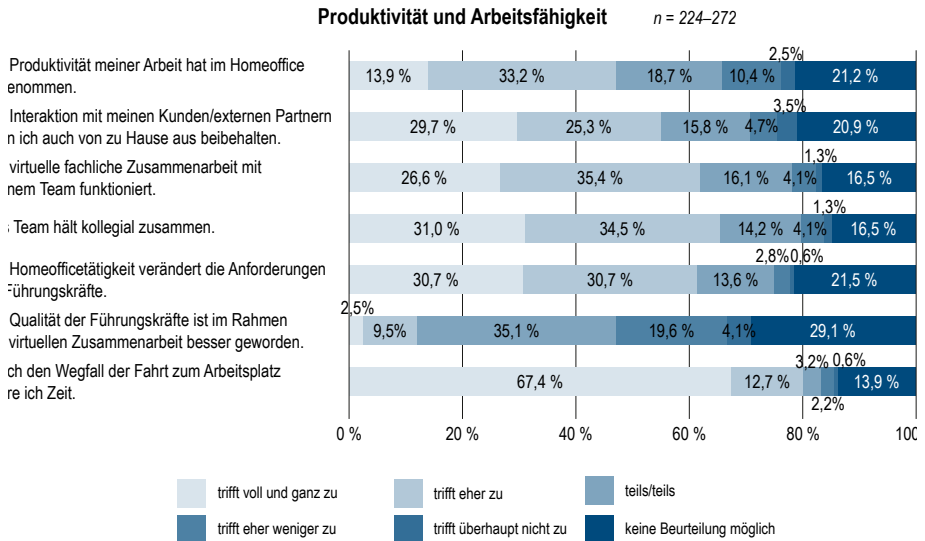


Abb. 2.3: Produktivität und Arbeitsfähigkeit (n=224-272) (eigene Darstellung angelehnt an Beenken et al., 2020, S. 31)

Sehr positiv bewertet wurde die Erkenntnis, dass die Interaktion mit Kund:innen und externen Partner:innen in unveränderter Qualität beibehalten werden konnte. Zudem wurde die virtuelle fachliche Zusammenarbeit mit dem Team und die Kollegialität des Teams sehr positiv wahrgenommen. Als bedeutsames Risiko bei der mobilen Arbeit wurde der Verlust der sozialen Kontakte genannt. Kritisch wahrgenommen wurde die Qualität der Führung durch die Führungskraft. Lediglich 12 Prozent der Befragten gaben an, dass die Qualität der Führungskraft im Rahmen der virtuellen Zusammenarbeit besser geworden ist. Damit einhergehend nannten 61,4 Prozent, dass das mobile Arbeiten die Anforderungen an Führungskräfte verändert.

Die Befragten erlebten durch den Wegfall der Fahrt zum Arbeitsplatz eine Zeiterparnis. Die durchschnittliche Fahrzeit pro Tag zur Arbeit und nach Hause betrug unter den Befragten 50.04 Minuten. Die durchschnittliche Fahrtstrecke der Befragten für den Hin- und Rückweg der Arbeit betrug 43.97 Kilometer für die gesamte Strecke pro Tag.

Anhand der Angaben in der Umfrage durch größtenteils positive Erfahrungen, lässt sich bereits erahnen, was die Beschäftigten über die mobile Arbeit denken: 73,1 Prozent der Teilnehmenden gaben an, sich zukünftig vorstellen zu können, weiterhin oder generell mobil zu arbeiten. Zudem erlebten die Beschäftigten überwiegend,

dass sich die Haltung des Unternehmens zum mobilen Arbeiten positiv verändert hat. Ebenso befürworteten fast zwei Drittel der Befragten einen gesetzlichen Anspruch auf mobiles Arbeiten (siehe Abb. 5).

Ausblick auf die zukünftige Gestaltung von mobiler Arbeit

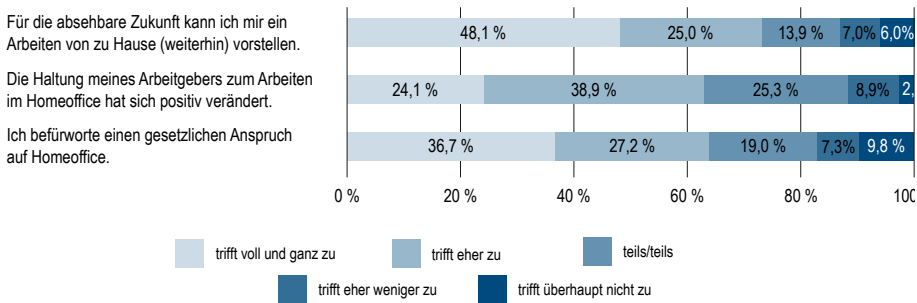


Abb. 2.4: Ausblick auf die zukünftige Gestaltung von mobiler Arbeit (N = 316) (eigene Darstellung angelehnt an Beenken et al., 2020, S. 34)

Wichtige Voraussetzungen, die für das mobile Arbeiten bedeutsam sind, stellen sich wie folgt dar: Weit mehrheitlich gaben die Beschäftigten an, dass ihnen ein separates Arbeitszimmer, abgetrennt von der Familie, wichtig oder sehr wichtig für die zukünftige Gestaltung von mobiler Arbeit ist (93,4%). Zwei von drei Befragten (68,0%) ist ebenfalls die Beteiligung seitens des Unternehmens an den Kosten, wie Energieverbrauch oder Internet wichtig bzw. sehr wichtig. Generell ist den Befragten (91,8%) die Zurverfügungstellung der notwendigen Hardware (z. B. IT-Geräte, Internetanschluss) durch Arbeitgebende wichtig bzw. sehr wichtig. Des Weiteren ist 88,6 Prozent der Befragten ein ergonomischer Arbeitsplatz wichtig bzw. sehr wichtig. Weitergehend ist 63,3 Prozent der Befragten eine klare Regelung der Arbeitszeiten wichtig und für 83,9 Prozent der Beschäftigten ist eine Reduktion und Einsparung der Fahrtzeit von Bedeutung. Zusammenfassend zeigt sich, dass die Mehrheit der Befragten das mobile Arbeiten unter der Bedingung, dass diverse Voraussetzungen beachtet werden, weiterhin auch in krisenfreien Zeiten bevorzugen.

Diskussion

Die Online-Befragung verdeutlicht, dass die Nutzung der mobilen Arbeit in den Unternehmen während der COVID-19-Pandemie sehr unterschiedlich umgesetzt wurde. Es zeigte sich, dass die Hälfte der Befragten seit Beginn der COVID-19-Pandemie mindestens einen Tag pro Woche mobil arbeitete. In einigen Unternehmen sind die Prozesse und Voraussetzungen bereits so weit gestaltet, dass dieses Arbeitsmodell möglich ist, in anderen nur zum Teil. In manchen Unternehmen ist das mobile Arbeiten aufgrund der beruflichen Tätigkeit nicht umsetzbar. Das bedeutet, in Bereichen, in denen Tätigkeiten und die entsprechende Digitalisierung gegeben waren, hat sich

das mobile Arbeiten etabliert (Hofmann et al., 2020). Allerdings ist es beispielsweise für Produktionsmitarbeitende oder Pflegekräfte nicht möglich, mobil zu arbeiten. Der unterschiedlich hohe Anteil zur Nutzung mobiler Arbeit in den Unternehmen der Teilnehmenden könnte damit erklärt werden, dass sie in verschiedenen Branchen arbeiten. Einige der Branchen bieten bereits digitale Produkte oder Dienstleistungen an, wodurch diese eher auf digitalisierte Prozesse angewiesen sind als andere Branchen. Des Weiteren können die Unterschiede ebenfalls darauf zurückgeführt werden, dass zwischen diversen Abteilungen eines Unternehmens ebenfalls Unterschiede im Bereich der Digitalisierung bestehen.

Mit Blick auf die Finanzdienstleistungsbranche haben mehrere Studien gezeigt, dass diese Branche bzw. der Dienstleistungssektor insgesamt oftmals Spitzenreiter im Bereich der Nutzung mobiler Arbeit ist (DAK-Gesundheit, 2020; Statista, 2021). Demnach arbeiten über 50 Prozent der Mitarbeitenden seit Beginn der COVID-19-Pandemie von zuhause (Ahlers et al., 2021). Dieses Ergebnis konnte die Online-Befragung jedoch nicht bestätigen. Auch im Hinblick auf eine Unterscheidung zwischen der Finanzdienstleistungsbranche und den anderen Branchen konnte nicht bestätigt werden, dass ein signifikanter Unterschied zwischen der zukünftigen Nutzung mobiler Arbeit zwischen diesen Branchen besteht. Allerdings konnte eine minimale Tendenz festgestellt werden, dass die Mittelwerte der zukünftigen Nutzung mobiler Arbeit innerhalb der Finanzdienstleistungsbranche minimal höher sind als die der anderen Branchen.

Bereits vor der Pandemie wurde festgestellt, dass viele Mitarbeitende den Wunsch haben, mobil zu arbeiten. Aufgrund der rapiden Veränderungen und der schnellen Einführung der mobilen Arbeit im Zuge der COVID-19-Maßnahmen betrachteten zahlreiche Arbeitgebende diesen Wandel zunächst kritisch. Nach kurzer Zeit haben sie die Vorteile der mobilen Arbeit erkannt und stehen dem mobilen Arbeiten nun weitaus positiver gegenüber (Umbs, 2020). Dieses Ergebnis hat auch die Online-Befragung bestätigt. Denn bei über 70 Prozent der Teilnehmenden hat sich die Haltung zum mobilen Arbeiten während der Pandemie im Vergleich zu vor der Pandemie positiv verändert.

In vielen Unternehmen herrschte noch eine Präsenzkultur, die allerdings nicht mehr zeitgemäß ist. Durch die COVID-19-Pandemie wurde der Prozess der Digitalisierung beschleunigt und die Möglichkeit zur mobilen Arbeit wurde damit schlagartig ausgeweitet. Die Krisenresilienz der Unternehmen wurde ausgebaut, indem Abläufe und Prozesse trotz der Abstandsregeln beibehalten werden konnten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020). Die Unternehmen stellten zunehmend fest, dass die auszuführenden Tätigkeiten durch die Mitarbeitenden auch von zu Hause aus umsetzbar sind (DAK-Gesundheit, 2020; Umbs, 2020; Kunze et al., 2020). Dies hat die vorliegende Online-Befragung ebenfalls bestätigt. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass durch Verbesserungen der Corona-Situation oder durch die Aufhebung

der sogenannten Homeoffice-Pflicht des Infektionsschutzgesetzes die Unternehmen schnell wieder in die alte Präsenzkultur zurückgekehrt sind und die Mitarbeitenden vermehrt wieder vor Ort im Unternehmen ihre berufliche Tätigkeit ausgeführt haben.

Sowohl die Theorie als auch die Befragung bestätigen eine positive Veränderung der persönlichen Haltung zum mobilen Arbeiten und damit auch eine Steigerung der Zufriedenheit der Mitarbeitenden aufgrund dieses Arbeitsmodells. Folglich könnten Unternehmen, die festgestellt haben, dass das mobile Arbeiten im Unternehmen einen Mehrwert geschaffen hat und auch weiterhin gut umsetzbar ist, das mobile Arbeiten großflächig im Unternehmen anbieten.

Mit Blick auf die Zukunft haben Erhebungen gezeigt, dass die Mehrheit der Mitarbeitenden für das zukünftige mobile Arbeiten eine hybride Lösung bevorzugen (Statista, 2021). Folglich würden die Mitarbeitenden einige Tage der Woche am Arbeitsplatz im Unternehmen und die anderen Tage von zuhause arbeiten. Die sogenannten Desk-Sharing-Modelle könnten für die Unternehmen dabei eine gute Möglichkeit bieten. Ein gewisser Anteil der Mitarbeitenden würde von zuhause arbeiten, sodass zu keinem Zeitpunkt 100 Prozent der Mitarbeitenden vor Ort arbeiten (Klaffke, 2016). Die Mitarbeitenden haben bei dieser Variante nicht mehr ihren eigenen Arbeitsplatz im Unternehmen, sondern teilen sich diesen mit anderen Mitarbeitenden. Dadurch besteht für die Unternehmen die Möglichkeit, Kosten für Büroflächen oder Büromöbel, aber auch Energiekosten zu sparen. Die Arbeitgebenden sollten auf eine ergonomische Ausstattung nach aktuellen Standards achten, beispielsweise durch die Anschaffung elektrisch höhenverstellbarer Tische. Dadurch können die Arbeitsplätze von den Mitarbeitenden unkompliziert und zeiteffizient auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden. Dieses Arbeitsmodell bedingt allerdings eine Offenheit der Mitarbeitenden und deren Bereitschaft, sich zuhause einen Arbeitsplatz einrichten zu können und zu wollen. Insgesamt hat die Befragung gezeigt, dass die Mitarbeitenden weitestgehend positiv eingestimmt und bereit dazu sind, zumindest tageweise, in der Zukunft mobil zu arbeiten.

Die Auswirkungen der mobilen Arbeit und der technischen Möglichkeiten zur mobilen Arbeit sind sehr vielseitig. Um das mobile Arbeiten für die Mitarbeitenden fair zu gestalten und negative Auswirkungen zu vermeiden, sollten klare und verbindliche Strukturen und Absprachen in Form von Rahmenbedingungen festgelegt und im Unternehmen transparent kommuniziert werden. Dadurch können Kernarbeitszeiten festgelegt werden, um einer ständigen Erreichbarkeit entgegenzuwirken und folglich einer Entgrenzung von Arbeit und Privatleben vorzubeugen. Diverse Studien haben gezeigt, dass die Mitarbeitenden mit der Einführung der mobilen Arbeit deutlich zufriedener sind, wenn das Unternehmen einheitliche Regelungen und Rahmenbedingungen festgelegt hat (Ahlers et al., 2021). Die Flexibilisierung der Arbeitszeiten und Arbeitsorte und damit auch die Selbsteinteilung der Arbeitszeit,

kann bei den Mitarbeitenden zu einer höheren Zufriedenheit führen. Zudem haben viele Mitarbeitende den Eindruck, dass sie bei der mobilen Arbeit konzentrierter arbeiten können und somit zuhause effizienter und produktiver sind (Waltersbacher et al., 2019). Die Steigerung der Produktivität bei dem Arbeitsmodell der mobilen Arbeit konnte in der Befragung bestätigt werden. Weiterhin ergibt sich durch die entfallene Pendlerzeit eine Zeitersparnis für die Mitarbeitenden, die sie für ihr Privatleben, beispielsweise für Freizeitgestaltungen, nutzen können (Statista, 2021). Die Online-Befragung hat dies ebenfalls bestätigt.

Bezogen auf das Alter der Teilnehmenden zeigten die Ergebnisse, dass zu einem Großteil die Altersgruppe der 20-29-jährigen an der Umfrage teilgenommen hat. Dagegen stellten die Altersgruppen bis 19 Jahre und 60 Jahre und älter den geringsten Anteil dar. Dies resultiert vermutlich daraus, dass als Voraussetzung zur Beantwortung des Fragebogens ein aktives Arbeitsverhältnis bestehen sollte. Insgesamt konnte ein möglicher Zusammenhang zwischen dem Alter und der mobilen Arbeit nicht bestätigt werden.

Auch wenn die Begriffe Telearbeit, Homeoffice und mobiles Arbeiten häufig synonym verwendet werden, beschreiben sie nicht das Gleiche und haben unterschiedliche Hintergründe in der Arbeitssicherheit und dem Steuerrecht. Daher müssen im Unternehmen klare Regelungen darüber getroffen werden, welches Arbeitsmodell die

Mitarbeitenden ausführen. Dies kann sich zwischen den Unternehmen und Branchen verschieden verhalten, aber auch innerhalb des Unternehmens voneinander unterscheiden. Wichtig ist hierbei allerdings, dass eine klare Vereinbarung getroffen wird, da bei den Arbeitsmodellen unterschiedliche Vorschriften zu beachten sind und den

Mitarbeitenden eine unterschiedliche Ausstattung zusteht. Damit hierbei keine Missverständnisse entstehen, ist eine klare Kommunikation von Bedeutung.

Für den Arbeitsplatz und Arbeitsort sowie für die Ergonomie sollten seitens der Unternehmen und Mitarbeitenden diverse Voraussetzungen im Hinblick auf die Arbeits- und Kommunikationsmittel bestehen (Altun, 2019). Hierbei bestätigte die Umfrage einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Ausstattung der Arbeits- und Kommunikationsmittel und der zukünftigen Nutzung mobiler Arbeit. Folgende Arbeits- und Kommunikationsmittel wurden hierbei berücksichtigt: störungsfreier Raum, separater (Schreib-)Tisch, Ergonomie des (Schreib-)Tisches und des (Büro-)Stuhls, ermüdungsfreie Beleuchtung und Lichtverhältnisse, stabile Internetverbindung, Zugriff auf alle Programme und Daten des Unternehmens, IT-Endgeräte (z. B. Notebook, Telefon, usw.) und Datenschutz. Einen weiteren Aspekt stellt die Beteiligung an den Kosten (z. B. Strom, Internet, Arbeitsplatz, usw.) durch das Unterneh-

men dar. Hierbei zeigte die Befragung, dass nur sehr wenige Unternehmen die Mitarbeitenden unterstützen und einen Teil der Kosten übernehmen. Für die zukünftige Nutzung sollten seitens der Unternehmen Angebote erschaffen werden, um die Mitarbeitenden zu unterstützen. Im Hinblick auf die Ergonomie zeigt die Umfrage, dass den Mitarbeitenden eine ergonomische Ausstattung des Arbeitsplatzes besonders wichtig ist. Wenn Mitarbeitende das mobile Arbeiten häufig nutzen und auch zukünftig dieses Arbeitsmodell weiter anwenden wollen, sollten Unternehmen den Mitarbeitenden eine gute ergonomische Ausstattung für zuhause bieten können. Für Mitarbeitende, die eher unregelmäßig und nicht fest vereinbart mobil arbeiten, bietet sich möglicherweise das Mitnehmen von Ausstattung aus dem Büro an.

Für die Flexibilisierung der Arbeit ist es weiterhin sehr wichtig, dass eine Vertrauenskultur im Unternehmen vorhanden ist, die von allen Mitarbeitenden und vor allem auch den Führungskräften gelebt wird. Denn Kontrollen durch die Führungskräfte können zu einer Unzufriedenheit der Mitarbeitenden führen. Diese zeigt sich durch die Erfassung der Online-Zeiten, bearbeitete Dokumente oder mittels Kontrollanrufen bei Mitarbeitenden. Folglich ist keine Zufriedenheit auf Arbeitnehmendenseite möglich.

In diversen Studien wurde zudem der fehlende Kontakt zu den Kolleg:innen sowie zu den Führungsverantwortlichen häufig als sehr negativ kritisiert (Statista, 2021). Die Umfrage hat wiederum auch gezeigt, dass der Kontakt zu Kolleg:innen, Führungsverantwortlichen, aber auch Kund:innen während der Pandemie weitestgehend reibungslos mobil und virtuell erfolgen konnte.

Insgesamt hat das mobile Arbeiten während der COVID-19-Pandemie unter besonderen Bedingungen stattgefunden, die berücksichtigt werden müssen. In dieser besonderen Situation mussten die Kinderbetreuung und die Arbeit gleichzeitig vereinbart werden und soziale Kontakte und Freizeitaktivitäten konnten nur eingeschränkt stattfinden. Dieser Aspekt kann sowohl die positiven als auch die negativen Auswirkungen und damit die Voraussetzungen und Einflussfaktoren verstärkt oder zumindest beeinflusst haben.

Fazit und Ausblick

Mobiles Arbeiten ist in der Arbeitswelt zu einem festen Bestandteil geworden und bietet voraussichtlich auch

zukünftig immer mehr Beschäftigten die Möglichkeit, flexibler zu arbeiten. An den Ergebnissen lässt sich feststellen, dass der Stand der Digitalisierung und damit einhergehend auch die Verbreitung der mobilen Arbeit in

den Branchen sehr unterschiedlich war. Die COVID-19-Pandemie hat dabei lediglich dazu beigetragen, diesen Veränderungsprozess zu beschleunigen.

Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass sowohl die Unternehmen als auch die Mitarbeitenden aufgrund der

COVID-19-Pandemie zahlreiche Erfahrungen mit der mobilen Arbeit gesammelt haben, sodass sich die mobile Arbeit, in den Branchen, in denen die Möglichkeit dazu besteht, weiter durchsetzen wird. Daher sollte seitens der Unternehmen das Angebot, mobil zu arbeiten, beibehalten und ausgebaut werden.

Weitergehend benennen die Ergebnisse dieser Arbeit bereits eine Vielzahl an Einflussfaktoren, die in Zusammenhang mit der mobilen Arbeit berücksichtigt werden müssen. Daraus resultierend sollten Unternehmen verbindliche Strukturen und Absprachen in Form von Rahmenbedingungen erstellen, um die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu fördern und einer Entgrenzung von Arbeit und Privatleben entgegenzuwirken. Ebenfalls konnte zwischen den Arbeits- und Kommunikationsmitteln und der zukünftigen Nutzung mobiler Arbeit ein signifikanter Zusammenhang bestätigt werden. Relevante Arbeits- und Kommunikationsmittel sind beispielsweise die Ergonomie des (Schreib-)Tisches und (Büro-) Stuhls, eine stabile Internetverbindung, der Zugriff auf alle notwendigen Programme und Daten, sowie die Zurverfügungstellung der IT-Endgeräte durch den Arbeitgebenden. Des Weiteren haben die Ergebnisse gezeigt, dass sowohl die Produktivität als auch die Ersparnis der Fahrtstrecke zur Arbeit ebenfalls ein entscheidender Einflussfaktor für die zukünftige Nutzung mobiler Arbeit darstellt. Den Mitarbeitenden ist weiterhin der fehlende Kontakt zu den Kolleg:innen und den Führungskräften als wesentlicher Einflussfaktor sehr wichtig. Für eine optimale Arbeitsgestaltung in der Finanzdienstleistungsbranche besteht somit künftiger Forschungsbedarf im Hinblick auf einen optimalen Wechsel zwischen Präsenz und mobiler Arbeit.

Durch die quantitative Forschung wurde gezeigt, dass diverse Einflussfaktoren wie die zuvor genannten Arbeits- und Kommunikationsmittel, die Produktivität und die Fahrtstrecke dazu beitragen, dass die Nutzung der mobilen Arbeit auch in krisenfreien Zeiten weiter Bestand haben kann. Die Führungskräfte erhalten eine Schlüsselfunktion. Erst nach Ende der Pandemie wird erkennbar sein, ob und wie die Unternehmen diese Möglichkeit der mobilen Arbeit weiter anbieten und fortsetzen. Aktuell kann nicht mit Sicherheit prognostiziert werden, dass dieses Arbeitsmodell in dieser Form von den Arbeitnehmenden und den Führungskräften weiterhin akzeptiert wird. Letztlich ist eines sicher: Krisen gab es schon immer und wird es immer geben. Die Anpassungsfähigkeit der Unternehmen bildet hier einen wichtigen Faktor am Markt. Für zukünftige Krisen sollte eine Betriebsvereinbarung erstellt werden, um klare und einheitliche Regelungen des mobilen Arbeitens für die Belegschaft festzulegen. Bei jeder Neueinstellung sollte im Betrieb die Zusatzvereinbarung zum mobilen Arbeiten mit dem Arbeitsvertrag unterschrieben und mobile Endgeräte als Betriebshardware an die Mitarbeitenden übergeben werden. Dadurch wird verhindert, dass die persönliche finanzielle Situation über die technische Aus-

stattung der Arbeitsmittel entscheidet. Weiterhin erfolgt eine Prävention von Lieferengpässen der Hardware, die sich in der plötzlich auftretenden Corona-Pandemie zeigte. Vorausschauend agierende Unternehmen haben hier einen klaren Vorteil. Weiterhin sind die Mitarbeitenden an das mobile Arbeiten bzw. das Arbeiten auf Distanz gewöhnt. Das verschafft einerseits den Unternehmen und andererseits den Mitarbeitenden Flexibilität, auf die Anforderungen aus der Umwelt zu reagieren. Die Qualifizierung der Führungskräfte und Anpassung der Unternehmenskultur ist ein wichtiger und stetiger Prozess. Durch diese Art der Personalentwicklung kann in der Arbeitswelt auf zukünftige Herausforderungen wesentlich adäquater reagiert werden.

Literaturverzeichnis

- Ahlers, E., Mierich, S. & Zucco, A. (2021). *Homeoffice: Was wir aus der Zeit der Pandemie für die zukünftige Gestaltung von Homeoffice lernen können* (No. 65). WSI Report.
- Altun, U. (2019). Checkliste zur Gestaltung mobiler Arbeit. Ifaa – Institut für angewandte Arbeitswissenschaft e.V..
- Arbeitsschutzausschüsse beim BMAS. (2021). *SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/AR-CoV-2/pdf/AR-CoV-2.pdf?__blob=publicationFile&v=8 [05.07.2023]
- Beenzen, M., Michalczyk, J. & Radtke, M. (2020). *Ergebnisse der NAG Homeoffice-Umfrage 2020 unter Beschäftigten der Versicherungswirtschaft*. Fachhochschule Dortmund. https://opus.bsz-bw.de/fhdo/frontdoor/deliver/index/docId/2885/file/NAG_Homeoffice_Studie_20200818_final.pdf [05.07.2023]
- Berg, A. (2020). *Homeoffice für alle? Wie Corona die Arbeitswelt verändert*. Bitkom. https://www.bitkom.org/sites/default/files/2020-12/bitkom-charts-homeoffice-08-12-2020_final_o.pdf [05.07.2023]
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2020). *Homeoffice – Gesetzesinitiative für eine gesetzliche Regelung zur mobilen Arbeit*. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <https://www.bmas.de/DE/Arbeit/Arbeitsrecht/Teilzeit-flexible-Arbeitszeit/homeoffice.html> [05.07.2023]
- DAK-Gesundheit (2020). *Digitalisierung und Homeoffice in der Corona-Krise*. DAK-Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/sonderanalyse-2295276.html#/> [05.07.2023]
- Deutscher Bundestag (2017). *Telearbeit und Mobiles Arbeiten – Voraussetzungen, Merkmale und rechtliche Rahmenbedingungen*. Bundestag. <https://www.bundestag.de/resource/blob/516470/3a2134679f90bd45dc12dbef26049977/WD-6-149-16-pdf-data.pdf> [05.07.2023]
- Freuding, J. & Wohlrabe, K. (2021). Fehlzeiten-Report 2021. In B. Badrua, A. Ducki, H. Schröder & M. Meyer (Hrsg.), *Arbeit in Zeiten von Gesundheitsrisiken – Zahlen und Fakten* (S. 13 – 26). Springer.

- Gronau, A., Stender, S. & Fenn, S. (2019). Fehlzeiten-Report 2019. In B. Badrua, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0* (S. 319 – 329). Springer.
- Hammermann, A. (2019). Arbeitszeitpolitik. In J. Rump & S. Eilers (Hrsg.), *Mobile Arbeit* (S. 83-95). Springer.
- Hofmann, J. C. (2021). Fehlzeiten-Report 2021. In B. Badrua, A. Ducki, H. Schröder & M. Meyer (Hrsg.), *Arbeit in Zeiten von Gesundheitsrisiken – Veränderungen in der Corona-Arbeitswelt und danach* (S. 27 – 41). Springer.
- Hofmann, J., Piele, A. & Piele, C. (2020). *Arbeiten in der Corona-Pandemie – Auf dem Weg zum New Normal*. In W. Bauer, O. Riedel & S. Rief (Hrsg.). Fraunhofer Institut. https://benefit-bgm.de/wp-content/uploads/2020/08/Studie-Homeoffice_FRAUNHOFER-INSTITUT_IAO.pdf [05.07.2023]
- Hohberger, T. (2020). *Banken müssen mit den Folgen zurechtkommen*. Bankfachklasse, 42, 11 – 12. <https://doi.org/10.1007/s35139-020-0541-y>
- Kaczynska, J. & Kümmerling, A. (2021). Flexibel in Zeit und Raum – Gelingensbedingungen von Homeoffice und mobiler Arbeit in KMU. In T. Haipeter, F. Hoose & S. Rosenbohm (Hrsg.), *Arbeitspolitik in digitalen Zeiten. Entwicklungslinien einer nachhaltigen Regulierung und Gestaltung von Arbeit* (S. 83 – 108). Nomos.
- Klaffke, M. (2016). Arbeitsplatz der Zukunft. In M. Klaffke (Hrsg.), *Erfolgsfaktor Büro – Trends und Gestaltungsansätze neuer Büro- und Arbeitswelten* (S. 1-30). Springer.
- Krzywdzinski, M., Butollo, F., Flemming, J., Gerber, C., Wandjo, D., Delicat, N., Herzog L., Bovenschulte, M. & Nerger, M. (2022). *Wachsende Kluft zwischen Vorreiterunternehmen und Nachzüglern: Digitalisierung, Automatisierung und organisatorischer Wandel in Folge der COVID-19-Krise*. SSOAR Info. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/77728/ssoar-2022-krzywdzinski_et_al-Wachsende_Kluft_zwischen_Vorreiterunternehmen_und.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2022-krzywdzinski_et_al-Wachsende_Kluft_zwischen_Vorreiterunternehmen_und.pdf [05.07.2023]
- Kunze, F., Hampel, K. & Zimmermann, S. (2020). *Homeoffice in der Corona-Krise. Eine nachhaltige Transformation der Arbeitswelt?* Universität Konstanz https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/51524/Kunze_2-926cp7kvkn359.pdf?sequence=3&isAllowed=y. [05.07.2023]

- Schmucker, R. (2021). Fehlzeiten-Report 2021. In B. Badrua, A. Ducki, H. Schröder & M. Meyer (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit als prägendes Merkmal – die Arbeitswelt während und nach der Corona-Krise* (S. 187 – 198). Springer.
- Statista (2021). *New Work: Homeoffice & Mobiles Arbeiten*. <https://de.statista.com/statistik/studie/id/89436/dokument/neue-arbeitswelt-in-deutschland/> [05.07.2023]
- Terliesner, S. (2021). In eine neue Arbeitswelt aufbrechen. *Bankmagazin*, 70(2), 12 – 17. <https://doi.org/10.1007/s35127-021-0676-4>. [05.07.2023]
- Umbs, C. (2020). Arbeiten nach Corona: Ist Homeoffice das Modell der Zukunft?. *Wirtschaftsinformatik & Management*, 12(4), 270 – 272. <https://doi.org/10.1365/s35764-020-00272-0>
- Waltersbacher, A., Maisuradze, M. & Schröder, H. (2019). Fehlzeiten-Report 2019. In B. Badrua, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Arbeitszeit und Arbeitsort – (wie viel) Flexibilität ist gesund?* (S. 77 – 107). Springer.

3.4 Herausforderung Altersdiversität – Wie gelingt der Wissensaustausch in generationenübergreifender Zusammenarbeit? **Manuela Holthausen-Walleit & Jessica Heine**

Einführung

Der demografische Wandel ist längst Realität in Deutschland, daher fokussieren Unternehmen zunehmend eine generationenübergreifende Zusammenarbeit zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit. Gesunkene Geburtenzahlen und längere Lebenserwartungen erhöhen die Altersdiversität in Unternehmen (Wegge & Schmidt, 2015). Am Ende des Jahres 2021 waren rund 24 Millionen der Bevölkerung älter als 60 Jahre (Statista, 2023). Als Maßnahme dieses Wandels wurden die Altersgrenzen für vorgezogene Altersrenten bereits seit 1997 stufenweise angehoben, seit 2012 gilt die stufenweise Anhebung der Altersgrenze auch für die Regelaltersrente (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021). Herausfordernde Zeiten erwarten die Gesellschaft mit der Verrentung der geburtenstarken Jahrgänge der Baby-Boomer-Generation (Jahrgänge ca. 1956 bis 1965), deren Wissen und Erfahrung für Unternehmen und deren Belegschaften verloren gehen und der Fachkräftemangel deutlicher zu spüren sein wird (Klaffke, 2021a; Oertel, 2021). Unternehmen sind gut beraten, die älteren Mitarbeitenden so lange wie möglich zu halten. Durch den Eintritt von jüngeren Mitarbeitenden werden neben neuen Kompetenzen, Wissen und Impulsen auch ein anderes Anspruchsdenken und eine andere Erwartungshaltung in die Unternehmen kommen (Klaffke, 2021a). Daraus kann resultieren, dass sich die generationenübergreifende Zusammenarbeit schwierig gestalten wird, wenn die Unternehmen nicht auf die unterschiedlichen Anforderungen der Mehr-Generationen-Belegschaft eingehen und so Reibungszonen zwischen den Altersgruppen begrenzen (Klaffke, 2021a).

In der vorliegenden Studie wurde der Einfluss von Altersdiversität auf den Wissenstransfer geprüft. In einer quantitativen Befragung mit 326 Teilnehmenden wurden die Voraussetzungen zur Wissensteilung innerhalb altersgemischter Teams sowie die Bestätigung zu Aussagen von Altersstereotype untersucht. Die Untersuchung des Einflusses von Altersdiversität auf den Wissenstransfer wurde unter bestimmten Einflussfaktoren wie Commitment, Teamwork und Vertrauen in altersdiversen Teams vorgenommen. Es wurde die Frage untersucht, welche Voraussetzungen bestehen müssen, damit Wissen innerhalb altersgemischter Teams geteilt wird. Außerdem wurde überprüft, ob sich Aussagen zu Altersstereotypen bestätigen, die Einfluss auf den Wissenstransfer haben: wann teilen die älteren Mitarbeitenden ihr Wissen mit den Jüngeren? Sind die jüngeren Mitarbeitenden gewillt, ihr Wissen mit den Älteren zu teilen?

Altersdiversität

Durch die bereits bestehende Veränderung der Altersstruktur in der Gesellschaft ist auch für Organisationen eine Veränderung in der Belegschaftsstruktur sichtbar und

spürbar. Die Altersforschung verfolgt die Ziele der Vermeidung von Diskriminierung, dem Abbau der Benachteiligung aller Altersgruppen, der Förderung von Talenten sowie der Einbringung von Befähigungen und Erfahrungen aller Altersgruppen in der Gestaltung der Lebensbereiche (Becker, 2016). Ältere und jüngere Mitarbeitende werden unweigerlich zusammenarbeiten, sodass Altersdiversität ein hochaktuelles Thema für alle Organisationen ist. Der Altersaufbau von Belegschaften wird sich dahingehend verändern, dass die Baby-Boomer-Jahrgänge später in den Ruhestand eintreten werden und viele Regionen und Berufe durch die jüngeren Erwerbstätigen schwächer besetzt sein werden als zuvor (Grabbe et al., 2021).

Generationenmanagement

Im Rahmen des Generationenmanagements soll die Generationen-Vielfalt als Erfolgsfaktor genutzt und betriebliche Voraussetzungen geschaffen werden, sodass Beschäftigte aller Altersklassen befähigt sind, ihr Potenzial auszuschöpfen und vollen Einsatz zu leisten (Klaffke, 2021a). Der Soziologe Karl Mannheim (1928) definierte in den 1920er-Jahren den historisch-gesellschaftlichen Generationenbegriff, auf den das Generationenmanagement Bezug nimmt. Eine Generation wird demnach als eine gesellschaftliche Kohorte verstanden, die Geburtsperiode und prägende gemeinschaftliche Ereignisse in Kindheit und Jugend teilt. Grundlegende Wertvorstellungen eines Menschen entstehen in den Kinder-, Jugend- und frühen Erwachsenenjahren und spiegeln den während dieser Phase vorherrschenden Zeitgeist wider. Zwar gibt es in der Arbeitswelt in Deutschland bisher keine allgemeingültige Generationen-Gliederung, jedoch können die deutschen Arbeitnehmer:innen-Generationen in bis zu fünf Gruppen eingeteilt werden: Nachkriegs-Generation, Baby-Boomer, Generation Y und Z (Klaffke, 2021b).

Hierbei handelt es sich um eine Grobeinteilung, wonach nicht zwangsläufig alle Charakterzuschreibungen auf alle Individuen einer Generation zutreffen müssen. Die Nachkriegs-Generation befindet sich bereits zum größten Teil im Ruhestand, daher ist der Prozess des betrieblichen Generationenmanagements für alle anderen Altersgruppen relevant (Klaffke, 2021b).

Baby-Boomer sind die geburtenstarken Jahrgänge von ca. 1956 bis 1965, die aktuell wohl älteste Generation in der Arbeitswelt. Die Bildungsexpansion im Westen Deutschlands und das solide Bildungssystem im Osten ermöglichte ihnen einen selbstbewussten Eintritt ins Berufsleben (Oertel, 2021). Durch das Aufwachsen in einem traditionellen Familienbild ist ihnen das hierarchische Führungssystem am nächsten. Sie möchten aufgrund ihres Alters als Respektpersonen behandelt werden (Tavolato, 2016). Sie sind loyale Mitarbeitende mit langen Betriebszugehörigkeiten, guter Vernetzung, bekleiden den Großteil der Führungspositionen in Unternehmen und Politik und gestalten maßgeblich das gesellschaftliche Leben (Klaffke, 2021a). Auch wenn ihnen moderne Arbeits- und Kommunikationsmittel fremd sind,

haben sie gelernt, damit umzugehen und verfügen über umfassende Erfahrung mit diesen. Das führt dazu, dass sie sich oftmals im Wettlauf mit der Jugend befinden, um mithalten zu können. Dabei hilft ihnen ihre ehrgeizige und willensstarke Haltung den Umgang mit modernem Arbeits- und Kommunikationsmittel selbst zu schaffen, genau wie die Treue und große Verbundenheit mit ihrer Arbeit (Tavolato, 2016).

Die Generation X sind die Jahrgänge von ca. 1966 bis 1980. Sie befindet sich aktuell mitten im Berufsleben, stellt die größte Generationengruppe in Deutschlands Arbeitswelt dar und sehnt sich häufig nach der unerfüllten Work-Life-Balance (Tavolato, 2016; Wunderlin, 2021). Durch ihre gute Ausbildung und ständigen Weiterbildung im Berufsleben, sind sie neuen Themen, der Technik und besonders neuen Medien gegenüber stets aufgeschlossen. Für sie sind Teamarbeit, Gleichberechtigung und Vernetzung selbstverständlich (Oertel, 2021). Insbesondere die Jahrgänge bis 1977 der Generation X fühlen sich weniger loyal einem Unternehmen verpflichtet, sondern eher den Team- und Arbeitskolleg:innen gegenüber. Im Vergleich zur vorherigen Generation sind sie bei Unzufriedenheit offener gegenüber Arbeitsplatzwechsel (Tavolato, 2016). Sie weisen eine starke Leistungsorientierung mit dem Ziel des beruflichen Fortkommens auf. Jedoch können sie die erwünschten Karriereziele nicht so erreichen wie erhofft, da die Baby-Boomer immer noch die interessanten Fach- und Führungspositionen besetzen (Oertel, 2021).

Die Generation Y, von 1981 bis 1995 geboren, hinterfragt alles. Die Mitglieder stellen nicht nur Autoritäten infrage, sondern zudem, wer sie sind, was der Sinn des Lebens ist und was deren Bestimmung ist. Damit riskieren sie, als störend wahrgenommen zu werden (Tavolato, 2016; Klaffke, 2021c). Die Generation Y wächst in der Omnipräsenz des Internets, mobilen Telefons, WhatsApp, YouTube und vielem mehr auf. Sie kennt die Vorteile der internationalen Vernetzung und weltweitem Zugang zu Daten und Informationen, ist aber auch mit Wettbewerbsdruck und dem Überfluss an Informationen konfrontiert (Tavolato, 2016). Durch den ständigen Konkurrenzkampf und dem Kampf um gute Arbeitsplätze hat keine andere Generation vor ihr einen derartigen Leistungsdruck erlebt. Der Start ins Berufsleben war bei ihnen geprägt von befristeten Arbeitsverhältnissen, unbezahlten Praktika, Leiharbeitsbeschäftigungen oder Abschluss von Werkverträgen. Dieses hatte zur Folge, dass die Generation Y eine geringe Loyalität gegenüber den Unternehmen aufweist und dieses einen geringen Stellenwert für sie einnimmt (Klaffke, 2021a; Tavolato, 2016). Autonomie und Entscheidungsfreiheit ist für sie Gewohnheit. Wenn am Arbeitsplatz nicht die gleiche Unterstützung und Rückhalt entgegengebracht wird wie im Privatleben, entsteht Verwirrung. Arbeit soll eine Selbstverwirklichungsmöglichkeit sein, nur eine vorübergehende Zweckmäßigkeit besitzen und ggf. verändert werden, wenn sie nicht mehr ins Lebensmodell passt (Mangelsdorf, 2015).

Die Generation Z ist die jüngste Generation der Beschäftigten, die von 1996 bis 2010 geboren wurde (Klaffke, 2021c). Im Vergleich zur Vorgängergeneration möchte sie

noch stärker über das wann, wo und wie ihrer Leistungserbringung entscheiden. Die Generation Z hat eine kurze Aufmerksamkeitsspanne, benötigt Abwechslung im Alltag und hat eine begrenzte Konzentrationsfähigkeit: eine Herausforderung für Eltern, Lehrende und Führungskräfte. Die Mitglieder dieser Generation streben keine Verantwortungsübernahme an, im Vordergrund stehen Lust und persönliche Nutzenoptimierung (Tavolato, 2016). Die Generation Z fühlt sich von ihrem Umfeld umsorgt, sodass sie diese auch von ihren Arbeitgebenden umfassende Betreuung erwartet. Irritation, Verunsicherung oder Unverständnis entstehen, wenn diese Fürsorge fehlt. Durch ihr stark ausgebildetes Selbstbewusstsein formuliert diese Generation ihre Bedürfnisse deutlich. Dieses Verhalten verändert die Zusammenarbeit aller Generationen nachhaltig. Es bewirkt, dass auch die Älteren ihre Bedürfnisse und Wünsche aussprechen und einfordern (Tavolato, 2016). Am Arbeitsmarkt ist sie im Generationenvergleich die erfolgsorientierteste, zumeist autonom erzogene, sicherheitsbewussteste, ängstlichste und sensibelste Generation. Diese Generation fühlt sich zugehörig durch einen fürsorglichen und respektvollen Umgang von Vorgesetzten und Kolleg:innen und setzen dieses für ein harmonisches Arbeitsklima voraus (Wunderlin, 2021).

Gruppenzusammensetzung

Die Teamarbeit wird zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen und die Zusammenarbeit altersdiverser Teams birgt Potenzial vor allem im Wissenstransfer. Gut funktionierende generationenübergreifende Zusammenarbeit erlaubt es, Wissen innerhalb der Teams weiterzugeben und somit die Wissensbasis in Unternehmen zu sichern (Klaffke, 2021a). Unternehmen müssen sich im Zuge der Schrumpfung der Gesellschaft und den damit einhergehenden Fachkräftemangel auf die Suche nach Arbeitskräften aus Personengruppen begeben, die bis vor wenigen Jahren kaum beachtet wurden. Dazu zählen Frauen, Ältere, Migrant:innen und qualifizierte Arbeitskräfte aus dem Ausland, die zukünftig die Belegschaften von Unternehmen und Organisationen durchmischen werden. Ziel wird sein, diese Personengruppen u. a. mit unterschiedlichen Wertesystemen, Erwerbsbiografien sowie Arbeitseinstellungen einzubinden und zu integrieren. Dieser Umgang mit Diversität und das Managen von Vielfalt wird zukünftig herausfordernd für alle Organisationen sein (Wegge & Schmidt, 2015).

Betrachtet man die zahlreichen Variablen, wie allgemeine Fähigkeiten von Gruppenmitgliedern (z. B. Intelligenz), aufgabenbezogene Fertigkeiten und Kenntnisse, allgemeine Merkmale von Personen (wie Alter, Geschlecht oder Nationalität) und grundlegende Persönlichkeitsmerkmale, dann können Gruppen entweder homogen oder heterogen zusammengesetzt sein. Die Gruppenzusammensetzung muss als mehrdimensionales Phänomen betrachtet werden (Wegge & Schmidt, 2015). Die Zusammensetzung oder die Art der Zusammensetzung kann die Gruppenleistung beeinflussen (Eberhardt, 2021). In heterogenen Teams sind vor allem drei Vorteile

von Diversität zu erkennen: unterschiedlicheres Wissen, intensivere Entscheidungsdiskussionen sowie höhere Leistungen bei der vielfältigen Ideenentwicklung. Demgegenüber treten aber auch Nachteile von Diversität auf, wie erschwerte Kommunikation, erhöhter Beziehungskonflikt, weniger Zusammenhalt im Team, erhöhte Mitgliederfluktuation, höhere Krankenstände sowie geringere Leistungen bei konkreten Prozessumsetzungen. Bei diesen letztgenannten Punkten haben homogene Teams, d. h. Teams mit geringer Diversität, klare Vorteile (Becker & Ma, 2022). Altersdiverse Teams verfügen über unterschiedliche und oft komplementäre Ressourcen, denn ältere und jüngere Teammitglieder unterscheiden sich systematisch durch ihre unterschiedlichen Lebensphasen und generationenspezifische Faktoren in aufgabenbezogenen Erfahrungs- und Wissensbeständen. Jedoch führen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Teammitgliedern zur Subgruppenbildung, die oftmals anhand sozialer Kriterien wie das Alter erfolgt. Sind Personen unterschiedlich alt, dann besteht nicht nur rein äußerlich ein Unterschied, sondern auch aufgrund unterschiedlicher Karriere- oder Lebensphasen Interessensunterschiede und unterschiedliche Präferenzen. Das hat zur Folge, dass Konflikte und gestörte Kommunikation das Team bei der Aufgabenerledigung behindern (Kunze & Reinwald, 2017; Knippenberg & Schippers, 2007).

Mit zunehmender Altersheterogenität steigt die Salienz von Altersunterschieden innerhalb von Gruppen, die emotionale und kognitive Konflikte auslöst. Bei emotionalen Konflikten nehmen die Identifikation mit der Gruppe, die Innovationsleistungen sowie die Arbeitszufriedenheit ab. Mit der Zunahme von kognitiven Konflikten steigt die emotionale Erschöpfung und die Arbeitszufriedenheit nimmt ab (Wegge & Schmidt, 2015). Bei der Zusammenarbeit in diversen Teams ist die Beziehungskultur erfolgsentscheidend, die die Art und Weise zeigt, wie Menschen miteinander umgehen, sich begegnen und Unterschiede untereinander positiv nutzen. Dabei fällt jüngeren Menschen der Umgang mit Diversität in Teams leichter, da sie diese in ihrer unmittelbaren Umgebung gewohnt sind (Tavolato, 2016). Wegge und Schmidt (2015) sind der Überzeugung, dass durch die Zusammenarbeit von Jung und Alt die Gruppe profitiert und der Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den Gruppenmitgliedern jeder Altersstufe gefördert werden muss, damit eine Aufspaltung in mehrere Subgruppen verhindert wird. Eine wertschätzende Einstellung gegenüber Altersunterschieden wirkt den sozialen Kategorisierungsprozessen und den damit verbundenen Konflikten entgegen (Wegge & Schmidt, 2015).

Altersstereotype werden nach Klaffke (2021a) bereits in der frühen Kindheit entwickelt und sind kontextabhängig, denn sie werden je nach Lebensbereich mit anderen Eigenschaften und Verhaltenserwartungen älterer Menschen verbunden. Obwohl sie als nichtzutreffend widerlegt wurden, bestehen heutzutage immer noch Stereotype gegenüber älteren Menschen im Arbeitsleben wie geringere Leistungsfähigkeit, häufigere Krankheitsausfälle oder höhere Unfallanfälligkeit. Laut Paula Couto & Rothermund (2019) wird am Arbeitsplatz im Vergleich zu anderen Lebensbereichen die

meiste Erfahrung mit Altersdiskriminierung gemacht. Sie basiert häufig auf Stereotypen über ältere Arbeitnehmende wie beispielsweise der Wahrnehmung, dass diese weniger produktiv, weniger effizient und energielos sind. Zu diesen Zuschreibungen zählen u. a. auch, dass Ältere weniger lernfähig sind, veränderungsresistent sind oder eine mangelnde Motivation und Flexibilität besitzen neue Dinge wie den Umgang mit digitalen Technologien zu lernen (Paula Couto & Rothermund, 2019). Laut Tavolato (2016) wird oftmals angenommen, dass Jüngere leichter und unbelasteter an die Zusammenarbeit mit Älteren herangehen als umgekehrt. Die gelegentliche Kritik der Baby-Boomer sowie von Mitgliedern der Generation X ist, dass Jüngere sich nichts sagen lassen, nicht zuhören, wenig einsichtig sind oder sich wenig anpassen. Diese beiden Generationen arbeiten oft bereits über viele Jahre in gleichen Teams und sind gemeinsam älter geworden, sodass es ihnen schwerfällt, sich auf jüngere Teammitglieder einzustellen. Die jüngere Generation dagegen kritisiert die Älteren dafür, dass sie nicht aufgeschlossen für Neues seien, nur widerwillig neue Technologien einsetzen und ihre Möglichkeiten nicht vollständig ausnutzen würden (Tavolato, 2016). Um Vorurteile abzubauen, muss das gegenseitige Verständnis bei den Generationenvertreter:innen gestärkt und die Aufmerksamkeit auf die Potenziale und Stärken der Generationen gelenkt werden. Durch das Einbringen von spezifischen Stärken jeder Generation in das Arbeitsleben, erfolgt eine Unterstützung des gemeinsamen Vorkommens und eine Aktivierung des gegenseitigen Lernens (Lohmüller & Greiff, 2021).

Wissensmanagement

Laut Rülcke (2014) ist es wichtig, dass Wissensmanagement in Unternehmen umfassend und prospektiv-strategisch eingeführt wird, um die Verankerung und Bereitstellung von Wissen sicherzustellen. Unternehmen sollten darauf achten, dass frühestmöglich ein systematischer Wissenstransfer eingeführt wird, bevor die Baby-Boomer-Generation in den Ruhestand geht, um wettbewerbsfähig zu bleiben (Lohmüller & Greiff, 2021). Betrachtet man die einzelnen Generationen in Bezug auf Wissensaustausch, wird folgendes deutlich: Baby-Boomer und die Generation X handeln nach dem Motto *Wissen ist Macht*, denn sie haben Wissen erworben, um es später auch zur Machtausübung zu nutzen. Das Ziel der jüngeren Generationen Y und Z ist nicht, Wissen anzusammeln. Sie fokussieren sich darauf, Wissen zu finden und es aus verschiedensten Quellen auf Nutzbarkeit und Anwendbarkeit zu prüfen. Die älteren Generationen horten ihr Wissen und hadern, dieses weiterzugeben, was oftmals Unverständnis bei den jüngeren Generationen auslöst. Aufgrund des Alters hatten Baby-Boomer und die Generation X größere Möglichkeiten Erfahrungen zu sammeln im Vergleich zu den Generationen Y und Z. Es hängt von ihrem Umgang mit und der Offenheit zur Weitergabe dieses Wissens ab, wie der Wissenstransfer zu jüngeren Generationen gelingt (Tavolato, 2016).

Aus diesem Grund wurde im Rahmen einer quantitativen Befragung mit 326 Teilnehmenden die Voraussetzungen zur Wissensteilung innerhalb altersgemischter

Teams sowie die Bestätigung zu Aussagen von Altersstereotype untersucht. Die Befragung richtete sich an Erwerbstätige in einem aktiven Arbeitsverhältnis.

Hypothesen

Die Betrachtung der einzelnen Generationen, die Zusammensetzung von altersgemischten Teams sowie die aktuelle Forschung in Bezug auf Altersstereotype und Wissensaustausch führen zu folgenden Forschungsfragen: Welche Voraussetzungen müssen bestehen, damit Wissen innerhalb altersgemischter Teams geteilt wird? Wann teilen die älteren Mitarbeitenden ihr Wissen mit den Jüngeren? Sind die jüngeren Mitarbeitenden gewillt, ihr Wissen mit den Älteren zu teilen? Aus diesen Fragen wurden nachfolgende Hypothesen abgeleitet, die untersucht wurden:

H1 Je älter Mitarbeitende sind, desto weniger wollen sie ihr Wissen weitergeben, wenn sie sich nicht wohlfühlen.

H2 Je jünger Mitarbeitende sind, desto weniger trauen sie sich ihr Wissen weiterzugeben aus Angst, Fehler zu machen.

Durch den großen Einfluss von altersstereotypischen Denkweisen wurden nachfolgende Hypothesen aufgestellt, die zudem untersucht wurden:

H3 Je älter Mitarbeitende sind, desto eher gehen sie davon aus, dass jüngere Kolleg:innen sich an neue Technologien anpassen können.

H4 Je älter Mitarbeitende sind, desto eher gehen sie davon aus, dass jüngere Kolleg:innen abgeneigt sind Anweisungen von Älteren zu erhalten.

H5 Je jünger Mitarbeitende sind, desto eher gehen sie davon aus, dass ältere Kolleg:innen nicht am technologischen Wandel interessiert sind.

H6 Je jünger Mitarbeitende sind, desto eher gehen sie davon aus, dass ältere Kolleg:innen weniger in der Lage sind, neue Fähigkeiten zu erlernen.

Methode

Das ausgewählte Forschungsdesign basiert auf der von März et al. (2020) durchgeführten Studie zur Beeinflussung der Generationenzugehörigkeit auf den Wissensaustausch in Unternehmen. Dabei wurde ein Forschungsmodell entwickelt, das eine Kombination von verschiedenen Konzepten beinhaltet und deren Theorien auf der Forschung von Generationen und dem Wissensmanagement basieren. Als Ausgangsbasis wurde die Theory of Reasoned Action von Fishbein und Ajzen (1975) und Ajzen & Fishbein (1980) genutzt, wodurch das bewusste, menschliche Verhalten und dessen Intention durch die Einstellung und subjektive Norm des Umfelds von Individuen erklärt werden sollte. Die Social Exchange Theory von Blau (Kieserling, 2018) erweiterte dieses Modell, denn nach dieser wägen Menschen ihre Handlungen mit dem erwarteten Nutzen (hier: Motivation der Teilnehmenden) und den Kosten

(hier: empfundene Hürden der Teilnehmenden) ab. Die Social Identity Theory nach Tajfel und Turner (1986) besagt, dass ein Mensch einen hohen Selbstwert anstrebt. Dieser wird gesteigert, wenn man zu einer erfolgreichen Gruppe gehört, die anderen überlegen ist. Die Suche nach einer erfolgreichen Gruppe findet zumeist mit Hilfe eines Vergleichsprozesses statt, der sich z. B. an dem Alter oder dem Geschlecht einer Person orientiert. Denn das sind leicht erkennbare und gedanklich zugängliche Merkmale. Eine Handlung mit Personen, die ähnliche Merkmale besitzen, wird eher bevorzugt als mit Personen, die unähnlicher sind. Des Weiteren wird die Espoused National Culture-Theorie von Srite und Karahanna (2006) abgebildet, wonach Individuen nationale kulturelle Werte wie z. B. Männlichkeit/Weiblichkeit oder Individualismus/Kollektivismus in unterschiedlichem Maß vertreten. Aufgrund der Social Identity Theory (Tajfel & Turner, 1986) und der Espoused National Culture-Theorie (Srite & Karahanna, 2006) wurde bei der vorliegenden Studie eine Gruppierung der Personen nach jüngeren und älteren Arbeitnehmenden durchgeführt. Dabei wurden die Generationen Baby-Boomer und X den älteren und die Generationen Y und Z den jüngeren Arbeitnehmenden zugeordnet.

Die Erhebung erfolgte mittels eines Fragebogens, der teilweise bereits bei der Studie von März et al. (2020) eingesetzt wurde. Um jedoch der Fragestellung gerecht zu werden, wurde der Onlinefragebogen umformuliert und angepasst. Durch das Heranziehen der Primärstudien wurde darauf geachtet, dass die Validität weiterhin gegeben war. Zur Beantwortung wurde der Fragebogen den Teilnehmenden anhand einer 5-Punkte-Likert-Skala (1: Stimme überhaupt nicht zu; 5: Stimme voll und ganz zu) präsentiert. Der Fragebogen ist aufgeteilt in die Konstrukte: Motivation, Intention, Einstellung, subjektive Norm, Hürden, Individualismus vs. Kollektivismus sowie Stereotype gegenüber jüngeren und älteren Arbeitnehmenden. Jedes Konstrukt setzte sich aus Teilfragen zusammen. Im letzten Abschnitt wurden soziodemografische Daten erfasst. Die Feldlaufzeit dieser Befragung erstreckte sich über drei Wochen im Zeitraum vom 4. März 2022 bis zum 27. März 2022.

Eingangs wurden die Studienteilnehmenden über den Erhebungsgrund, die Zusicherung der Anonymität, dem Datenschutz und Datensicherheit sowie der zu erwartenden Bearbeitungszeit informiert. Jeder Fragenabschnitt wurde mit Instruktionen zur Bearbeitung versehen. Die Teilnehmenden wurden auf verschiedenen Online-Plattformen wie Xing und Facebook auf die Umfrage aufmerksam gemacht. Zudem wurde der Link zum Fragebogen im persönlichen Umfeld der Forscherin per E-Mail und Messenger-Dienste geteilt und weitergeleitet. Die Beendigungsquote von 416 Teilnehmenden lag bei 78,36 Prozent (n=326).

Auswertung

Die Teilnehmenden dieser Studie wurden klassiert nach jüngeren (18 bis 39 Jahre) und älteren Teilnehmenden (40 bis 74 Jahre). Insgesamt lag das Durchschnittsal-

ter aller Teilnehmenden bei $M = 40.42$, klassiert nach Jüngeren bei $M = 29.71$ Jahren und Älteren bei $M = 51.53$ Jahren. In beiden Altersklassen überwiegt das weibliche Geschlecht: in der jüngeren Altersklasse haben dreimal mehr Frauen (75,3 %) an der Studie teilgenommen als Männer (24,7 %), in der älteren Altersklasse lag die Beteiligung bei 66,3 Prozent Frauen, 33,1 Prozent Männern und 0,6 Prozent beim diversen Geschlecht. Über die Hälfte der Befragten arbeiten bei einem öffentlichen Arbeitgeber, 54,42 Prozent der Jüngeren und 58,50 Prozent der Älteren. Dabei sind 22,43 Prozent der jüngeren Teilnehmenden seit mindestens zehn Jahren im jetzigen Unternehmen tätig, bei den älteren Teilnehmenden liegt die Unternehmenszugehörigkeit von mindestens zehn Jahren bei 59,49 Prozent.

Die interne Konsistenz der einzelnen Subskalen wurde mit Hilfe von Cronbachs Alpha überprüft. Acht der dreizehn Subskalen hatten eine hohe bzw. exzellente interne Konsistenz ($\alpha >.80$), vier Subskalen waren akzeptabel ($\alpha >.70$). Die interne Konsistenz der Subskala Stereotype Alt war jedoch niedrig ($\alpha >.50$). Die niedrige Konsistenz hat zur Folge, dass die Zuverlässigkeit dieser Messmethode für die Skala Stereotyp Alt zu gering ist und diese Skala daher nicht reliabel ist. Die Stichprobe war für die Untersuchung ausreichend groß. Eine Repräsentativität ist bis auf die Skala der Stereotype Alt gegeben.

Mit Hilfe des Shapiro-Wilk-Test (Shapiro & Wilk, 1965) wurde festgestellt, dass bei keiner Variable eine Normalverteilung vorliegt. Durch diese Feststellung wurde anstelle des ungepaarten t-Tests der Welch-Test angewandt. Dabei sollten die Gruppen Altersklasse Jung (18 bis 39 Jahre) und Altersklasse Alt (40 bis 74 Jahre) anhand ihrer Mittelwerte verglichen werden. Folgende fünf statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der Wissensweitergabe wurden festgestellt:

- I. Der Einfluss von individuellen Faktoren, organisatorischen Faktoren sowie technologischen Faktoren wurden in einer Studie von Lin (2007) auf den Prozess der Wissensteilung herangezogen. Dabei wurden die organisatorischen Faktoren als extrinsische Motivation abgefragt. Bei der hier durchgeführten Studie gab es einen signifikanten Unterschied bei der extrinsischen Motivation zwischen der jungen Altersklasse und der älteren Altersklasse, wobei die ältere Altersklasse mit 0,37 weniger Gegenleistung für das Teilen von Wissen erwartet als die jüngere (95%-CI[0.15, 0.60]), $t(320.68) = 3.22, p <.001, d = 1.05$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $d = 1,05$ und entspricht damit einem starken Effekt
- II. Bock et al. (2005) verfolgten mit ihrer Studie das Ziel, ein integratives Verständnis der Faktoren zu entwickeln, die die Absichten des Wissensaustauschs von Individuen unterstützen oder hemmen. Sie führten aus, dass ein effektiver Wissensaustausch nicht erzwungen oder vorgeschrieben werden kann. Durch die Abfrage des Konstruktes der Intention sollte in der hier durchgeführten Studie herausgefunden werden, welche Motivatoren benötigt werden, um persönliches implizites und explizites Wissen mit anderen zu teilen. Dabei wurde ein signi-

fikanter Unterschied der Intention zwischen der jüngeren und der älteren Altersklasse festgestellt, wobei die ältere Altersklasse mit 0,18 weniger Wissen mit ihren Kolleg:innen teilen würden als die jüngere (95%-CI[0.04, 0.32]), $t(309.54) = 2.55, p < .011, d = 0.65$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $d = 0.65$ und entspricht damit einem mittleren Effekt.

- III. Zum Einfluss von Commitment auf die Wissensteilung wurde das Konstrukt aus der Studie von Casimir et al. (2012) herangezogen. Dabei wurde festgestellt, dass bei einer emotionalen Verbindung zu einer Organisation, d. h. bei affektiven Commitment, die Organisation eine große Bedeutung für Mitarbeitende hat und diese auch zukünftig dortbleiben wollen. Das Vertrauen zu Kolleg:innen beeinflusst zudem die Beziehung zwischen affektivem Commitment und dem Wissensaustausch. In der hier durchgeführten Studie wurde ein signifikanter Unterschied beim Commitment zwischen der jüngeren und der älteren Altersklasse festgestellt, wobei die ältere Altersklasse mit -0.37 ein etwas höheres Zugehörigkeitsgefühl zum Unternehmen hat (95%-CI[-0.60, -0.14]), $t(320.76) = -3.21, p < .001, d = 1.05$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $d = 1.05$ und entspricht damit einem starken Effekt.
- IV. Grundlage für die Fragestellung bezüglich Stereotype in Bezug auf jüngere und ältere Arbeitnehmende ist die Studie von Taylor und Walker (1994), bei der die Einstellung und Politik zur Beschäftigung älterer Arbeitnehmende bei 500 großen Arbeitgebenden untersucht wurde. Es wurde zwar festgestellt, dass Arbeitgebende älteren Menschen gegenüber positiver wurden, jedoch gab es noch einen beträchtlichen Anteil von Arbeitgebenden, die weiterhin negative und unzutreffende Klischees aufrechterhielten. Beispielsweise wurden ältere Arbeitnehmende weiterhin für weniger ausbildungsfähig als jüngere gehalten und für schwierig, sich an neue Technologien anzupassen. Bei der hier durchgeführten Studie gab es einen signifikanten Unterschied bei der Abfrage zu stereotypischen Denkweise gegenüber Älteren zwischen der jüngeren und der älteren Altersklasse, wobei die ältere Altersklasse mit -0.42 höhere stereotypische Denkweisen gegenüber sich selbst und ihrer Altersklasse aufweisen (95%-CI[-0.58, -0.26]), $t(323.77) = -5.24, p < .000, d = 0.73$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $d = 0.73$ und entspricht damit einem mittleren Effekt.
- V. Bei der Abfrage zu stereotypischen Denkweise gegenüber Jüngeren gab es einen signifikanten Unterschied zwischen der jüngeren und der älteren Altersklasse, wobei die ältere Altersklasse mit 0.33 weniger stereotypische Denkweisen gegenüber jüngeren Kolleg:innen aufweisen (95%-CI[0.19, 0.48]), $t(323.99) = 4.50, p < .000, d = 0.67$). Die Effektstärke nach Cohen (1992) liegt bei $d = 0.67$ und entspricht damit einem mittleren Effekt.

Interpretation der Ergebnisse

Für alle Teilnehmenden ist die Einstellung zum Teilen von Wissen mit den Teammitgliedern wichtig. Wissensteilung wird als angenehm, gut, wertvoll und nützlich

empfunden. Jedoch beeinflussen verschiedene Faktoren die Einstellung zum Teilen von Wissen. Gemäß dem Konzept der Gegenseitigkeit wird im Teilen des eigenen Wissens davon ausgegangen, die Beziehung und die Zusammenarbeit zu stärken. Bei selbst benötigter Hilfe werden die Teammitglieder ihr Wissen auch an die anderen weitergeben. Für alle Teilnehmenden, ob jung oder alt, stellt die Angst durch Weitergabe von Wissen weniger Macht zu haben, weniger erfolgreich im Unternehmen zu sein oder die Reduzierung der Arbeitsplatzsicherheit eine Hürde dar. Ältere Personen befürchten vor allem, durch das Teilen ihres Wissens Fehler zu begehen oder sich lächerlich zu machen.

Wenn die kollektive Einstellung gegenüber der individuellen Einstellung zur Wissensteilung ausgeprägter ist, dann

- haben alle Teilnehmenden eine wechselwirkende Beziehung zu den Teammitgliedern,
- ist eine gestiegene Angst vor Fehlern oder Bloßstellung zu verzeichnen,
- liegt eine höhere Motivation zum Teilen von Wissen vor,
- wird ein höherer Druck erzeugt, aufgrund der Erwartungshaltung der Teammitglieder ihr Wissen weiterzugeben,
- ist eine produktive Teamarbeit sowie ein höheres Vertrauen gegenüber den Teammitgliedern festzustellen.

Eine intensivere Verbundenheit mit dem Unternehmen empfinden dagegen nur die älteren Teilnehmenden. Diese sind bei ausgeprägter kollektiver Einstellung auch der Überzeugung, nützliches Fachwissen gewinnbringend für das Unternehmen und den Teammitgliedern bereitstellen zu können. Die älteren Teilnehmenden hegen zudem höhere stereotypische Denkweisen gegenüber den Jüngeren und auch gegenüber sich selbst als das die Jüngeren es tun.

Vor allem die älteren Personen werden durch die Verbundenheit zum Unternehmen beeinflusst, die Jüngeren dagegen nicht. Es findet sich bei den Jüngeren lediglich ein positiver Zusammenhang zwischen der Verbundenheit zum Unternehmen und dem Vertrauen gegenüber den Teammitgliedern.

Sowohl die Hypothese H₁ als auch die Hypothese H₂ konnten nicht bestätigt werden. Bei diesen hat grundsätzlich das Alter keinen direkten Einfluss auf das Teilen von Wissen. Insbesondere die älteren Personen trauen sich nicht ihr Wissen zu teilen, aus Angst Fehler zu machen, nicht aber die jüngeren Personen.

Bei Empfindung von Altersstereotypen gegenüber jüngeren Teammitgliedern besteht bei allen Teilnehmenden ein positiver Zusammenhang zur Einstellung zum Teilen von Wissen, zum Konzept der Gegenseitigkeit, zu subjektiven Wahrnehmung aufgrund der Erwartungshaltung der Teammitglieder ihr Wissen weiterzugeben

sowie zur Teamarbeit. Ältere Personen empfinden größeres Vertrauen gegenüber ihren jüngeren Teammitgliedern bei Vorliegen von stereotypischen Denkweisen gegenüber Jüngeren.

Die Hypothese H3 konnte nicht bestätigt werden, wonach ältere Personen eher davon ausgehen, dass jüngere Teammitglieder sich an neue Technologien anpassen können. Insbesondere die jüngeren Personen gehen davon aus, dass das Alter damit zusammenhängt, dass jüngere Teammitglieder in der Lage sind, sich an neue Technologien anzupassen. Für die älteren Personen spielt das Alter dabei keine Rolle.

Das Alter hat keinen Einfluss auf den Stereotyp, dass jüngere Teammitglieder generell abgeneigt sind, Anweisungen von Älteren zu erhalten. Demnach konnte auch die Hypothese H4 nicht bestätigt werden. Werden Altersstereotype gegenüber älteren Teammitgliedern empfunden, so wirkt bei allen Teilnehmenden die extrinsische Motivation gegenläufig. Ältere Personen sind dabei der Überzeugung, nützliches Fachwissen gewinnbringend für das Unternehmen und die Teammitglieder bereitstellen zu können. Für alle Teilnehmenden steht die Teamarbeit und das Vertrauen im Zusammenhang mit Altersvorurteilen, insbesondere gegenüber älteren Teammitgliedern. Jüngere Personen sehen einen positiven Zusammenhang mit der Intention, Wissen zu teilen.

Auch die Hypothese H5 und H6 konnten nicht bestätigt werden. Die jüngeren Teilnehmenden empfinden nicht, dass das Alter damit zusammenhängt, ob ihre Teammitglieder am technologischen Wandel interessiert sind oder weniger in der Lage sind, neue Fähigkeiten zu erlernen. Jedoch sehen die älteren Teilnehmenden einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Alter und den zuvor beschriebenen Stereotypen.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie decken sich teilweise mit den bisherigen Studien und weisen darauf hin, dass eine vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit das Teilen von Wissen fördert. Vertrauen und Teamarbeit zeigen bei allen Personen einen signifikanten Zusammenhang beim Teilen von Wissen, sodass ein Mehrwert für das Unternehmen und für die Teamkolleg:innen entsteht.

Die Verbundenheit zum Unternehmen beeinflusst die älteren Personen beim Teilen von Wissen im Gegensatz zu den Jüngeren und bestätigt damit das Ergebnis von März et al. (2020). Die Einführung einer offenen Fehlerkultur kann zukünftig dazu führen, Hürden abzubauen. Insbesondere Ältere werden durch eine Intensivierung der Bindung zum Unternehmen und damit Entgegenbringung von Wertschätzung motiviert, das Teilen von Wissen als nützlich und notwendig anzusehen.

Dagegen wird nicht bestätigt, dass jüngere Personen befürchten, durch das Teilen ihres Wissens Fehler zu begehen oder sich lächerlich zu machen. In dieser Studie befürchten dieses die Älteren.

Die Abfrage von Altersstereotypen bestätigt, dass der größte Teil der untersuchten Altersklischees ungenau sind und dadurch nicht empirisch belegbar sind.

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass eine vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit das Teilen von Wissen fördert. Deshalb sollte die Zusammenarbeit von Jung und Alt unterstützt werden und Ängste abgebaut werden. Vertrauen und Teamarbeit zeigen bei allen Personen einen signifikanten Zusammenhang beim Teilen von Wissen, so dass ein Mehrwert für das Unternehmen und für die Teamkolleg:innen entsteht. Aus unternehmerischer Sicht könnte die Einführung einer offenen Fehlerkultur dazu führen, Hürden abzubauen. Insbesondere Ältere werden durch eine Intensivierung der Bindung zum Unternehmen und damit Entgegenbringung von Wertschätzung motiviert, das Teilen von Wissen als nützlich und notwendig anzusehen.

Zusätzlich sollte Teamarbeit unterstützend begleitet werden, insbesondere im Verständnis der generationen-übergreifenden Zusammenarbeit. Dabei sollte die Kommunikation und Zusammenarbeit so offen gestaltet werden, dass Altersvorurteile nicht erst entstehen bzw. umgehend behoben werden.

Zukünftige Studien könnten sich genauer mit den Unterschieden von Generationen beschäftigen, in dem nicht auf das Alter in Jahren eingegangen wird, sondern auf die Geburtsjahrgänge. Vor allem die Veränderung zwischen den älteren Generationen der Baby-Boomer und der Generation X im Vergleich zu den Generationen Y und Generation Z ist interessant und kann Erkenntnisse für eine erfolgreiche Zusammenarbeit liefern.

Literaturverzeichnis

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Prentice-Hall.
- Becker, F. & Ma, X. (2022). *Altersdiversität – Auswirkungen in Teams*. https://wpgs.de/fachtexte/gruppen-und-teams/team-diversity-diversitaet/#Alters-Diversitaet_Auswirkungen_in_Teams [01.06.2023].
- Becker, M. (2016). Alter und Altern als Handlungsfeld des Diversity Management in Organisationen. In P. Genkova, & T. Ringeisen (Hrsg.), *Handbuch Diversity Kompetenz: Gegenstandsbereiche* (S. 1 – 16). Springer Link. doi:10.1007/978-3-658-08932-0_13-1
- Bock, G.-W., Zmud, R. W., Kim, Y.-G. & Lee, J.-N. (2005). Behavioral Intention Formation in Knowledge Sharing: Examining the Roles of Extrinsic Motivators, Social-Psychological Forces, and Organizational Climate. *MIS Quarterly*, 29(1), 87 – 111. doi:10.2307/25148669
- Casimir, G., Lee, K. & Loon, M. (2012). Knowledge Sharing: influences of trust, commitment and cost. *Journal of Knowledge Management*, 16(5), 740 – 753. doi:10.1108/13673271211262781
- Cohen, J. (1992). *Statistical Power Analysis*. *SAGE Journals*, 1(3), 98 – 101. doi:10.1111/1467-8721.ep10768783
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2021). *Rente mit 67: Wie Sie Ihre Zukunft planen können*. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/rente_mit_67.html [01.06.2023].
- Eberhardt, D. (2021). *Generationen zusammen führen: Mit Generation X, Y, Z und Babyboomern die Arbeitswelt gestalten* (3. Aufl.). Haufe.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading. Addison-Wesley. <https://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html> [01.06.2023].
- Grabbe, J., Richter, G. & Mühlenbrock, I. (2021). Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit – Betriebe im Wandel stärken. In M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management* (2. Aufl., S. 133 – 160). Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-658-34787-1_4

- Kieserling, A. (2018). Exchange and Power in Social Life. In B. Holzer & C. Stegbauer (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Netzwerkforschung* (S. 51 – 54). Springer VS. doi:10.1007/978-3-658-21742-6_12
- Klaffke, M. (Hrsg.) (2021a). *Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze* (2. Aufl.). Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-658-34787-1
- Klaffke, M. (Hrsg.) (2021b). *Generationen-Management. Gabler Wirtschaftslexikon*. <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/generationen-management-99636/version-384962> [01.06.2023].
- Klaffke, M. (2021c). Millennials und Generation Z – Charakteristika der nachrückenden Beschäftigten-Generationen. In M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management: Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze* (2. Aufl., S. 79 – 131). Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-658-34787-1_3
- Knippenberg, D. van & Schippers, M. C. (2007). Work Group Diversity. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 515 – 541.
- Kunze, F. & Reinwald, M. (2017). Age-Diversity-Management in Teams und Organisationen. In W. Jochmann, I. Böckenholt & S. Distel, *HR-Exzellenz* (S. 237 – 252). Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-658-14725-9_14
- Lin, H.-F. (2007). Knowledge sharing and firm innovation capability: an empirical study. *International Journal of Manpower*, 28(3/4), 315 – 332. doi:10.1108/01437720710755272
- Lohmüller, E. K. & Greiff, K. (2021). Generationensensible Personal- und Karriereentwicklung – Ansätze und Instrumente für eine erfolgreiche Umsetzung in Unternehmen. In M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management – Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze* (2. Aufl., S. 221 – 239). Springer Nature. doi:10.1007/978-3-658-34787-1_7
- Mangelsdorf, M. (2015). *Von Babyboomer bis Generation Z: Der richtige Umgang mit unterschiedlichen Generationen in Unternehmen*. Global.
- Mannheim, K. (1928). *Das Problem der Generationen*. Dunker & Humboldt.
- März, S., Seo, D. & Womser-Hacker, C. (2020). Wie beeinflusst die Generationenzugehörigkeit das Teilen von Wissen in Unternehmen? Eine empirische Studie. *Information-Wissenschaft & Praxis*, 71(4), 163 – 173. doi:10.1515/iwp-2020-2103

- Oertel, J. (2021). Baby Boomer und Generation X – Charakteristika der etablierten Beschäftigten-Generationen. In M. Klaffke (Hrsg.), *Generationen-Management* (2. Aufl., S. 47 – 78). Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-658-34787-1_2
- Paula Couto, M. C. de & Rothermund, K. (2019). Ageism and Age Discrimination at the Workplace – a Psychological Perspective. In M. E. Domsch, D. H. Ladwig & F. C. Weber (Hrsg.), *Vorurteile im Arbeitsleben. Unconscious Bias erkennen, vermeiden und abbauen* (S. 57 – 80). Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-662-59232-8
- Rülicke, S. (2014). Prozessintegriertes Wissensmanagement – eine Lösung im demographischen Wandel. In P. Mehlich, T. Brandenburg & M. T. Thielsch (Hrsg.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie III* (S.249-264). MV.
- Shapiro, S. S. & Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3/4), 91 – 611.
- Srite, M. & Karahanna, E. (2006). *The Role of Espoused National Cultural Values in Technology Acceptance. MIS Quarterly*, 30(3), 679 – 704. doi:10.2307/25148745
- Statista (2023). *Bevölkerung – Zahl der Einwohner in Deutschland nach relevanten Altersgruppen am 31. Dezember 2021* (in Millionen). <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1365/umfrage/bevoelkerung-deutschlands-nach-altersgruppen/> [01.06.2023].
- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In S. Austin & W. G. Austin (Hrsg.), *Psychology of intergroup behaviour* (pp.7 – 24). Nelson Hall.
- Taylor, P. E. & Walker, A. (1994). The Ageing Workforce: Employers' Attitudes towards Older People. *Work, Employment and Society*, 8(4), 569 – 591. doi:10.1177/095001709484005
- Tavolato, P. (2016). *Aktives Generationen-Management: Ressourcen nutzen – Mitarbeiter führen – Teams entwickeln*. Schäffer-Poeschel.
- Wegge, J. & Schmidt, K.-H. (2015). *Diversity Management – Generationenübergreifende Zusammenarbeit fördern*. Hogrefe.
- Wunderlin, N. (2021). *Motivationsmodell GenZ: Motivation der Generation Z in der Arbeitswelt*. WME – know and learn.

4

Gesamtgesellschaftliche Chancen und Herausforderungen

4.1 Einsamkeit – Die Herausforderungen der Zukunft? **Omer Baktash, Nina-Marie Holst, Maren Metz, Stephan Müthel, Maximilian Sommer**

Einleitung

In herausfordernden Zeiten großer individueller und gesellschaftlicher Belastungen ist eine stabile psychische Gesundheit wichtig. Sie ist ein hohes gesellschaftliches und gleichzeitig individuelles Gut. Psychische Gesundheit ist ein Zustand subjektiven Wohlbefindens. Dieses steht im direkten Zusammenhang mit einer hohen Lebenszufriedenheit sowie häufigen positiven Stimmungen und Gefühlen. Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist dabei die Stärke bzw. Resilienz (Labrague, 2021). Um das eigene Leben für sich zu gestalten, ihm einen Sinn zu geben und mit Umweltanforderungen umzugehen, ist es wichtig, autonom handeln zu können, persönliches Wachstum zu erleben und positive Beziehungen mit anderen Personen zu gestalten sowie sich selbst zu akzeptieren (Jakobsen et al., 2020; Pineda et al., 2022).

Jedoch wirken Belastungen, wie beispielsweise anhaltender Stress, der in unserer Gesellschaft allgegenwärtig ist, auf das Wohlbefinden und damit auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung. Anhaltender negativer Stress, auch als Distress bezeichnet, geht nicht nur mit einer schlechten psychischen Gesundheit einher, sondern auch mit einer geringeren Lebensqualität und einem erhöhten Mortalitätsrisiko (Marshall et al., 2008; Nielsen et al., 2008; Prior et al., 2016). Erhöhtes Stressempfinden steht zudem im Zusammenhang mit Angstsymptomen (Mills et al., 2014) und Depressionen (Salleh, 2008). Ähnlich wie Distress wirken sich auch Einsamkeit bzw. Einsamkeitsgefühle auf das mentale Wohlbefinden und die Gesundheit von Menschen aus. Hawkley und Cacioppo (2010) fanden heraus, dass einsame Menschen ein höheres Risiko für Herz- und Gefäßerkrankungen, Schlafstörungen und eine schlechtere kognitive Funktion aufweisen.

Dabei ist das Konstrukt Einsamkeit noch kein einheitlich definierter Begriff. Zum einen wird es als ein tatsächlicher Mangel an sinnvollen sozialen Beziehungen beschrieben (Peplau & Perlman, 1982), der auftreten kann, wenn sich die faktischen sozialen Beziehungen oder Beziehungsstandards ändern (Elmer et al., 2020). Dieser objektive Mangel an Kontakten und sozialen Netzwerken wird soziale Einsamkeit genannt (Jong Gierveld & Tilburg, 2006). Zum anderen wird Einsamkeit als „eine wahrgenommene Diskrepanz zwischen gewünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen“ (Entringer & Kröger, 2021a, S. 1) beschrieben, dabei handelt es sich um emotionale Einsamkeit (Weiß, 1973). Treten beide Einsamkeitsformen anhaltend auf, spricht man von chronischer Einsamkeit. Als Folge von chronischer Einsamkeit, zeigen sich dementsprechend deutlich negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit (Entringer & Kröger, 2021a). Einsamkeit ist dabei altersunabhängig. Sie wurde sowohl bei älteren (Doménech-Abella et al., 2019), als

auch bei jüngeren Erwachsenen (Richard et al., 2017) mit Folgen von psychischen Erkrankungen in Verbindung gebracht.

Gesundheitsbeeinträchtigungen und sinkendes Wohlbefinden

Gesundheit und Wohlbefinden werden von vielen verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu gehören unter anderem genetische Faktoren, Lebensstilfaktoren, soziale sowie Umweltfaktoren. Eine Studie von Polder et al. (2019) ergab, dass ein ungesunder Lebensstil, der durch Rauchen, Alkoholkonsum, mangelnde körperliche Aktivität und ungesunde Ernährung gekennzeichnet ist, zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität führt. Auch Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung und Lärm können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (WHO, 2022). Darüber hinaus können aber auch soziale Faktoren wie mangelnde soziale Unterstützung, Armut und Einsamkeit zu einem schlechteren Gesundheitszustand und einem niedrigeren Wohlbefinden führen (Holt-Lunstad et al., 2015). Die Bedeutung der sozialen Faktoren für die Gesundheit betonen speziell Hurrelmann und Richter (2022) und beschreiben diese als potenziell modifizierbare Faktoren. Insbesondere mangelnde soziale Unterstützung und Einsamkeit wurden mit einem höheren Risiko für Depressionen, Angstzustände, Herz- und Gefäßerkrankungen und einer verringerten Lebenserwartung in Verbindung gebracht (Holt-Lunstad et al., 2015). Holt-Lunstad et al. (2010) fanden in ihrer Studie heraus, dass soziale Isolation, mangelnde soziale Unterstützung und auch Einsamkeit ein größeres Sterberisiko aufweisen als bekannte Risikofaktoren wie Übergewicht und mangelnde körperliche Aktivität.

Demgegenüber gehören zu den positiven Einflussfaktoren für Wohlbefinden und psychische Gesundheit vor allem die soziale Unterstützung und damit die gute Beziehungsgestaltung. Menschen brauchen soziale Kontakte, wohltuende Beziehungen und die gesellschaftliche Einbindung, denn ohne diese Bindungen wären diese nicht fähig sich zu sozialisieren und wären somit nicht überlebensfähig (Albat, 2020; Grimm, 2020; Klumbies, 2016; Ortiz-Ospina & Roser, 2020). Soziale Unterstützung fördert damit die Resilienz (Hall et al., 2010; Saltzman et al., 2017; Xu & Ou, 2014). Baumeister und Leary (1995) beschreiben das Bedürfnis nach sozialen Bindungen als einen fundamentalen menschlichen Antrieb und betonen, dass enge Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freund:innen sowie regelmäßige Teilhabe an sozialen Aktivitäten und Gemeinschaftseinrichtungen als Schutzfaktoren eine wichtige Rolle bei der Befriedigung dieses Bedürfnisses spielen und das Wohlbefinden verbessern können. Weitere Studien (z. B. Albat, 2020; Grimm, 2020) haben auch gezeigt, dass soziale Kontakte, insbesondere für junge Erwachsene, eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden spielen. Eine positive soziale Unterstützung kann damit Stress reduzieren und die psychische Gesundheit verbessern (Baumeister & Leary, 1995; Hawkey & Cacioppo, 2010). Zudem ist bekannt, dass Symptome von Depressionen und anderen schweren psychischen Erkrankungen, die nach großen Belastungen und Umwelтанforderungen (Kessler et al., 2005) oder Pandemien (Asante, 2012;

Lau et al., 2005; Mak et al., 2009) gehäuft auftreten, durch Einsamkeit und fehlende soziale Unterstützung (Wang et al., 2018) intensiver werden. Dies bestätigten auch die Metaanalysen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen, welche erhöhte Werte für Depressionen und Ängste ermittelten (Jin et al., 2021a; Pappa et al., 2020; Wang et al., 2020; Wu et al., 2021) sowie erhöhtes Einsamkeits- (Killgore et al., 2020a; Loades et al., 2020) und Stresserleben (Aslan et al., 2020; Babore et al., 2020; Gamonal-Limcaoco et al., 2021; Pedrozo-Pupo et al., 2020).

Die Studie von Collins und Steinberg (2006) untersucht zudem die Entwicklung der Adoleszenz im Kontext von Interaktionen und Beziehungen mit anderen. Die Autoren argumentieren, dass soziale Beziehungen eine wichtige Rolle bei der Gestaltung der Adoleszenz spielen und dass sie Einfluss auf die Entwicklung von Persönlichkeit, Emotionen und Verhalten nehmen können. Die Erkenntnisse der Studie betonen die Bedeutung von Familienbeziehungen, Freundschaften und Dating-Beziehungen für die Entwicklung während der Adoleszenz. Sie stellen fest, dass diese Beziehungen Veränderungen in den emotionalen und kognitiven Prozessen von Jugendlichen beeinflussen und sie auch bei der Entwicklung ihrer Identität, ihrer moralischen Überzeugungen und ihrer sozialen Kompetenz unterstützen.

Die Wirkung der Kontaktbeschränkungen auf das Einsamkeitsgefühl

Im November 2019 wurde in Wuhan, Hubei (China) das erste Mal der Corona-Erreger SARS-CoV-2 im Zusammenhang mit einer Lungenentzündung identifiziert. Von da aus breitete sich dieser über die ganze Welt zu einer der verheerendsten Pandemien des bisherigen 21. Jahrhunderts aus und stellte die Menschheit als Ganzes vor große Herausforderungen. Seit dem Auftreten des Coronavirus SARS-CoV2 wurden in Deutschland 38,2 Millionen Fälle registriert. Zwischen 0,44 Prozent und 1,15 Prozent der Erkrankten verstarben bisher unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Mutationen mit unterschiedlichen Mortalitätsraten, 2,3 Prozent wurden stationär behandelt und der überwiegende Teil der gemeldeten Infizierten hatte keine oder leichte Symptome (RKI, 2023; WHO, 2021, 2022). Laut dem DIVI-Intensivregister gab es seit Beginn der Pandemie im Februar 2023 insgesamt 88.437 Erstaufnahmen von COVID-19 Fällen auf Intensivstationen (RKI, 2023). Insgesamt leistete das deutsche Klinikpersonal bereits 2 Millionen Behandlungstage an Intensivpatient:innen mit dieser Erkrankung.

Nicht zuletzt wirkten sich die Maßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf die physische und psychische Gesundheit der Menschen aus. Um weitere Überlastungen des Klinik-Systems zu vermeiden und um die Bekämpfung der COVID-19-Pandemie voranzubringen, wurden Schutzmaßnahmen verordnet, die häufig auf sozialer Distanzierung beruhten und somit das Gefühl der Einsamkeit potenzierten. Dieses erhöhte Einsamkeitserleben lässt sich auf die Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus zurückführen (Berger et al., 2021; Lippke et al., 2022).

Hierzu zählen vorrangig Abstandsregelungen, Schutz- und Hygienekonzepte, Kontaktbeschränkungen sowie Quarantänemaßnahmen und Lockdowns (wie Kindergärten, Schul- und Hochschulschließungen).

Schon vor der COVID-19-Pandemie war bekannt, dass Einsamkeit mit einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko einhergeht (Holt-Lunstad et al., 2017). Sie zählt damit zu den verhaltensbedingten Risikofaktoren und kann einen schlechteren Gesundheitszustand bewirken, was mit einer geringeren Lebensqualität in Verbindung gebracht wird. Die statistischen Erhebungen über die letzten neun Jahre zeigten, dass das Einsamkeitsgefühl sich von 2013 (14,4 %) bis 2017 (14,2 %) kaum verändert hat (Bundestag, 2021; Statista 2023). Während der COVID-19-Pandemie und im Lockdown ab März 2020 stieg das Einsamkeitsempfinden der Menschen in Deutschland dann aber deutlich auf 40,1 Prozent an. Im zweiten Lockdown 2021 blieb die Prozentzahl ungefähr gleich hoch bei 42,3 Prozent. Querschnittsstudien bezüglich des Zusammenhangs von sozialer Unterstützung und der wahrgenommenen Einsamkeit sowie dem wahrgenommenen Stress, während der COVID-19-Pandemie zeigen eine Prävalenz von 27 Prozent an Einsamkeitsgefühl (Groarke et al., 2020). Weitere Studien zeigen, dass eine belastete Person, die über kein angemessenes Unterstützungssystem und entsprechende Bewältigungsfähigkeiten verfügt, wahrscheinlich gestresst ist und/oder sich einsam fühlt (Ogińska-Bulik & Michalska, 2021; Wu et al., 2016). Einsamkeit ist sowohl in Gesellschaften, in Gruppen oder bei Individuen zu finden, aber gerade während der Pandemie, in der sich Menschen von ihren Mitmenschen isolieren mussten, zeigen sich bedeutsame Veränderungen des Einsamkeitsgefühls in der Bevölkerung (Entringer et al., 2020). Die behördlichen, sowie individuellen Maßnahmen gegen die Ausbreitung von COVID-19, wie z. B. die Quarantäne, das Einhalten des Mindestabstands sowie das Arbeiten von zuhause haben dazu geführt, dass sich bei vielen Personen die Zahl sozialer Interaktionen reduziert hat und sie mehr Zeit allein oder in der Kernfamilie, soweit vorhanden, verbracht haben.

Studien, die das Niveau der Einsamkeit vor und zu Beginn der Pandemie verglichen, kamen zu dem Ergebnis, dass Menschen aller Bevölkerungsgruppen während der Pandemie von deutlich stärkeren Gefühlen der Einsamkeit berichteten als noch in den Jahren 2014 bis 2017 (Entringer et al., 2020; Huxhold & Tesch-Römer, 2021; Killgore et al., 2020b). Dieser auffällige Anstieg der subjektiven Einsamkeit der Menschen betrifft voranging junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren sowie die ältere Bevölkerung ab 80 Jahren (Luhmann & Hawkey, 2016). Aus einer Erhebung, die die Einsamkeit der deutschen Bevölkerung 2019 und während der Pandemie 2020 verglich, ging zudem hervor, dass insbesondere alleinlebende Personen vermehrt von Gefühlen der Einsamkeit betroffen waren. Der Anteil der jüngeren Menschen mit Einsamkeitsgefühlen ist auch in dieser Studie höher, als der von älteren Personen. Zudem zeigte sich in mehreren anderen Untersuchungen, dass Frauen unter Umständen stärker von Einsamkeit betroffen sind als Männer und sich diese Ten-

denz während der Pandemie noch verstärkte (Entringer et al., 2020; Killgore et al., 2020b; Lippke et al., 2022). Lippke et al. (2022) bestätigen die vorangegangenen Ergebnisse, jedoch unterscheiden sich die Geschlechter nur dann in ihrem Einsamkeitsempfinden, wenn nach Beziehungsstatus differenziert wird. Danach fühlen sich alleinstehende Männer einsamer, während Frauen in Partnerschaften eher von Einsamkeit berichten als ohne. Insgesamt war aber ein erheblich stärkerer Anstieg der Einsamkeit bei Frauen, jungen Menschen unter 30 Jahren und Alleinlebenden zu erkennen (Entringer & Kröger, 2020). In einer Untersuchung von Huxhold und Tesch-Römer (2021) konnte in der Altersgruppe der 46- bis 90-Jährigen wiederum kein Geschlechterunterschied festgestellt werden. Die Ergebnisse der SOEP-CoV-Studie zum ersten Lockdown 2020 zeigen jedoch auch, dass die Bevölkerung diesen insgesamt besser überstanden hat als angenommen. Zwar ist die subjektive Einsamkeit insgesamt erheblich angestiegen, jedoch blieben andere Indikatoren für psychische Belastung unverändert.

Zu den stabilen Faktoren zählen die allgemeine Lebenszufriedenheit, das emotionale Wohlbefinden und auch Depressions- und Angstsymptomatiken. Insgesamt zeigten die Menschen während des ersten Lockdowns eine beachtliche Resilienz (Entringer & Kröger, 2020). Eine Längsschnittstudie von Buecker et al. (2020) die von März bis April 2020 täglich die Einsamkeit von ca. 4.800 deutschen Erwachsenen erfasste, kam wiederum zu dem Ergebnis, dass die Einsamkeit während der ersten zwei Wochen zunächst zu-, danach allerdings wieder abnahm. Insgesamt war ein höheres Alter mit einem geringeren durchschnittlichen Maß an Einsamkeit verbunden. Außerdem berichteten alleinstehende und verwitwete Personen, sowie Personen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko, im Rahmen einer COVID-19-Infektion von einer höheren täglichen Einsamkeit, die sich im Verlauf jedoch nicht signifikant vom Rest der Stichprobe unterschied (Buecker et al., 2020). Auch in den USA zeigte sich, dass die Einsamkeitswerte in den ersten sechs Monaten der Pandemie bei erwachsenen Personen, die von den Einschränkungen der Pandemie betroffen waren, deutlich anstieg. Diese erhöhten Einsamkeitswerte korrelierten zudem mit Depressionen (Lee et al., 2020) sowie auftretenden Suizidgedanken und hatten damit einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit aller (Killgore et al., 2020a). Die NAKO-Gesundheitsstudie ergab für Deutschland, dass die Einsamkeit auch in der ersten Phase der COVID-19-Pandemie deutlich zunahm und wies einen signifikanten Zusammenhang mit einer schlechteren psychischen Gesundheit auf. Personen, die während der Pandemie von Einsamkeit berichteten, hatten bereits zuvor bei der NAKO-Basisuntersuchung von Angst- & Depressionssymptomen berichtet (Berger et al., 2021).

Die Ergebnisse aus dem ersten Lockdown zeigen insgesamt einen hohen Anstieg der Einsamkeit in der Bevölkerung (Buecker et al., 2020; Entringer & Kröger, 2020; Entringer et al., 2020; Killgore et al., 2020a, Killgore et al., 2020b). Im Gegensatz dazu zeigte sich im zweiten Lockdown kaum eine Veränderung, auch wenn die Einsamkeit auf einem hohen Niveau blieb. Die allgemeine Lebenszufriedenheit wiederum hat

sich in der Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Lockdown verschlechtert, was besonders Frauen und junge Menschen betraf (Entringer & Kröger, 2021a; Entringer & Kröger, 2021b) sowie auch psychisch vorbelastete Personen (Li & Wang, 2020). Hier zeigen die Ergebnisse der SOEP-CoV-Studie, dass speziell Frauen von mehr Angst- & Depressionssymptomen berichten (Entringer & Kröger, 2021a). Insgesamt gibt es auch im zweiten Lockdown keine Unterschiede in der Einsamkeit zwischen Menschen mit und ohne Vorerkrankungen. Der Unterschied in der Einsamkeit zwischen Menschen mit und ohne Depressionsdiagnose reduziert sich im zweiten Lockdown weiter (Entringer & Kröger, 2021b). Trotz der aufgezeigten Einschränkungen und Belastungen, denen die Menschen zu dieser Zeit ausgesetzt waren, deutet alles darauf hin, dass ältere Menschen weniger Stress und Einsamkeit während des Lockdowns erlebten, als die Jüngeren (Buecker et al., 2020; Entringer et al., 2020). Das erhöhte Stresserleben ist insbesondere auf die Furcht bzw. das Angsterleben vor einer Infektion und dem möglichen schweren Verlauf oder sogar Tod (Aslan et al., 2020) zurückzuführen. Trotz der heterogenen Ergebnisse ist Einsamkeit ein wichtiger, weiter zu untersuchender Faktor, der in Zukunft die psychische Gesundheit weiterhin belasten kann.

In bisherigen Studien zur COVID-19-Pandemie wird eine schützende Wirkung der sozialen Unterstützung vor Einsamkeit belegt (Bareket-Bojmel et al., 2021; Bu et al., 2020; Harrison et al., 2022; Labrague et al., 2021; Laham et al., 2021). Aktuelle Übersichtsarbeiten, so auch das jüngst veröffentlichte Gutachten des Sachverständigenausschusses zur Evaluation der Corona-Schutzmaßnahmen, verdeutlichen die Notwendigkeit, den Zusammenhang zwischen Einsamkeit und gesundheitlichen Risiken für vulnerable Gruppen durch zukünftige Forschung besser zu verstehen. So sollen Maßnahmen entwickelt werden, die die negativen Konsequenzen der Einsamkeit auf die psychische Gesundheit mildern bzw. minimieren – auch unter Pandemiebedingungen (Holmes et al., 2020; BMG, 2022). Erhöhtes Einsamkeitserleben bei Kindern und Jugendlichen (Loades et al., 2020) sowie jungen Erwachsenen sollte dabei genauer betrachtet werden.

Einsamkeitsempfinden bei jungen Erwachsenen

Zur Einsamkeit im jungen Erwachsenenalter lagen vor COVID-19 nur wenige Forschungsergebnisse vor (Thomas, 2022). Junge Erwachsene werden je nach Kontext und Zweck unterschiedlich definiert, nach Lampert et al. (2017) werden junge Erwachsene im Alter zwischen 18 und Ende 20 oder im frühen dritten Jahrzehnt ihres Lebens angesiedelt. Mehrere Studien zur Einsamkeit der Bevölkerung berichten jedoch davon, dass jüngere Erwachsene auch vor der Pandemie bereits stärker von Einsamkeit betroffen waren als hochaltrige Personen (Child & Lawton, 2019; Richard et al., 2017). Die COVID-19-Pandemie hat mit ihren Restriktionen sowohl das akademische und berufliche Leben junger Erwachsener, als auch die tägliche Routine und das sozioemotionale Wohlbefinden verändert.

Ohnehin stellt das junge Erwachsenenalter eine kritische Entwicklungsphase dar, die außerdem mit erheblichen Veränderungen der Lebensrolle einhergeht (Lips et al., 2022). Durch die Isolationsmaßnahmen in der Pandemie wurde die soziale Teilhabe stark eingeschränkt, sodass die Pflege von Partnerschaften und das Nachgehen von Hobbys erheblich erschwert wurde. Das Aufsuchen von Freizeistätten, Sportanlagen etc. war zum Teil gar nicht möglich oder durch Hygieneregeln stark reglementiert. Die Einschränkungen im sozialen Bereich betrafen insbesondere den öffentlichen Raum (Lips et al., 2022; Panarese & Azzarita, 2021), jedoch war die Zahl der direkten Kontakte auch für den privaten Raum stark reglementiert (Thomas, 2022). Die durch die Corona-Maßnahmen bedingten Einschränkungen auf nur wenige Kontakte, gehen für die ältere Bevölkerung mit einem geringeren Anstieg der Einsamkeit einher als bei jüngeren Menschen, für die ein großes soziales Netzwerk eine zentralere und bedeutendere Rolle spielt (Brakemeier et al., 2020). Nicht nur in der deutschen Bevölkerung ließen sich derartige Ergebnisse feststellen, auch amerikanische junge Erwachsene berichteten von einem höheren Maß an Einsamkeit, im Vergleich zu den älteren (Luchetti et al., 2020). Insgesamt zeigt sich die jüngere Bevölkerungsgruppe auch international stärker durch Einsamkeit belastet und litt stärker unter den fehlenden sozialen Beziehungen (Baarck et al., 2021; Buecker et al., 2020; Entringer et al., 2020). Groarke et al. (2020) zeigten mit den Ergebnissen ihrer Wellbeing-Studie in Großbritannien auf, dass die psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie bei jüngeren Menschen mit einer stärkeren Einsamkeit verbunden ist. Die Prävalenz für Einsamkeit nahm bei Erwachsenen über 35 Jahren wieder ab, während die jüngeren Menschen zwischen 18 und 34 Jahren eine vier- bis fünfmal so hohe Einsamkeit erlebten (Groarke et al., 2020). Eine Befragung während des ersten Lockdowns von jungen Erwachsenen zwischen 18 und 30 Jahren in Griechenland kommt zu dem Ergebnis, dass auch in dieser Altersgruppe Geschlechterunterschiede bestehen. Junge Frauen berichten hier von einem signifikant höheren Maß an Einsamkeit als gleichaltrige Männer. Außerdem erstellten sich die jungen Frauen häufiger einen neuen Social-Media-Account und nutzten die sozialen Medien in 47 Prozent der Fälle länger als fünf Stunden am Tag (Parlapani et al., 2021). Es wurde zusätzlich gezeigt, dass ein jüngeres Alter, insbesondere bei den 18- bis 24-Jährigen, ein Risikofaktor für eine erhöhte psychische Belastung durch eine Krise, wie der der quarantänebedingten, Einschränkungen darstellt (Parlapani et al., 2021). Was das Befolgen der verordneten Beschränkungen betrifft, gaben knapp 75 Prozent der Befragten an, dass sie den Körperkontakt zu anderen einschränkten. Um den nicht physischen Kontakt jedoch aufrechtzuerhalten, gaben fast die Hälfte der Befragten an, mehrmals die Woche Videoanrufe zu tätigen, mehr als 30 Prozent taten dies jeden Tag. Es stellte sich ebenso heraus, dass junge Menschen wieder mehr Kontakt zu Personen herstellten, mit denen sie vor der Pandemie nicht viel in Kontakt waren (Parlapani et al., 2021). Welchen Einfluss die Wohnsituation auf die Einsamkeit der jungen Bevölkerung in Griechenland hatte ergab eine Befragung von knapp 7.000 jungen Menschen im November 2020. Ein Drittel derer, die mit ihren Familien zusammenlebten fühlten sich in diesem Umfeld einsam. Bei jungen Menschen, die in

WGs lebten stieg die Zahl noch etwas an, besonders einsam fühlen sich allerdings die Alleinlebenden. Hier gab mehr als die Hälfte der Befragten an, sich einsam zu fühlen. Am wenigsten einsam fühlen sich Menschen, die mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammenlebten (Thomas, 2022). In einer weiteren Befragung im Dezember 2021 erhöhten sich die Werte der Einsamkeit nochmals leicht (Andresen et al., 2022). Die Studienergebnisse zeigen damit eine weiter erhöhte Belastung der jungen Bevölkerungsgruppe durch die Beschränkungen der COVID-19-Pandemie, die auch langfristige Folgen nach sich ziehen werden.

Präventions- und Interventionsmaßnahmen zur Milderung von Einsamkeitsempfindungen

Auch wenn die Corona-Pandemielage in Deutschland beendet ist und entsprechende Schutzmaßnahmen zurückgefahren wurden sowie die Gesellschaft gelernt hat mit dem Virus zu leben, bleiben verursachte psychische Schäden bei jungen Erwachsenen und die gesteigerte emotionale Einsamkeit (auch als gesellschaftliches Phänomen) vermutlich teilweise bestehen. Hier wäre langfristige Forschung nötig.

Soziale Beschränkungen bzw. Kontaktbeschränkung zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie, haben insbesondere junge Erwachsene dem Risiko der Einsamkeit und deren Folgebelastungen und -erkrankungen ausgesetzt (Meisters et al., 2021). Die wachsenden Kosten des Gesundheitssystems für die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit und damit der Bekämpfung insbesondere auch der Einsamkeit, haben zu einer Reihe von Interventionsmaßnahmen zur Verringerung des Einsamkeitsgefühls geführt (Bücker, 2022). In Studien zur Überprüfung dieser Interventionen (Bücker, 2022; Gyasi et al., 2021; Masi et al., 2011) wurden verschiedene Interventionssettings untersucht. Einsamkeitsreduktion war dabei ein Untersuchungsfaktor.

Die erste Interventionskategorie ist die der psychologischen Therapien. Anerkannte therapeutische Maßnahmen werden angeboten, die von ausgebildeten Therapeut:innen oder Gesundheitsfachkräften durchgeführt werden. Themen sind beispielsweise Humor, Achtsamkeit, Stressabbau und Interventionen zur kognitiven und sozialen Unterstützung. Alle Interventionen zeigen eine deutliche Verringerung der Einsamkeitsgefühle und weitere positive Nebeneffekte, wie ein Anstieg vom Glücksempfinden und Lebenszufriedenheit (Creswell et al., 2012). Im Rahmen der Gesundheits- und Sozialhilfe wurden Interventionen angeboten, die gekennzeichnet sind durch die Aufnahme in ein Pflegeprogramm, beispielsweise in ein Pflegeheim oder in eine Gemeinde. Durch das CARELINK-Programm von Nicholson und Shellmann (2013) wurde eine 12-mal geringere Wahrscheinlichkeit sich sozial isoliert oder einsam zu fühlen nachgewiesen. Eine weitere Studie von Bergman-Evans (2004) zum CARELINK-Programm konnte jedoch keine signifikante Verringerung der Einsamkeit nachweisen. Sie berichtete jedoch von einem signifikant geringeren Maß

an Langeweile und Hilfslosigkeit in der Interventionsgruppe. Des Weiteren wurden Tierinterventionen untersucht. In dieser Interventionskategorie wurde das Besitzen eines Haustieres als tiergestützte Therapie evaluiert. In einer Querschnittsstudie untersuchten Krause-Parello (2012) und Hoang et al. (2022) Haustierbesitzende und wiesen nach, dass die Bindung an Haustiere die Einsamkeit lindern kann, wenn sie als Bewältigungsmechanismus genutzt wird. Insbesondere die Bindung in Form von sozialer Unterstützung und das Gefühl der Kameradschaft konnten als Wirkfaktoren identifiziert werden. Eine randomisierte Kontrollstudie aus dem Jahr 2008 von Banks et al. (2008) untersuchte die Fragestellung, ob eine Tier-Mensch-Verbindung oder eine anschließend auftauchende Mensch-Mensch-Verbindung für eine Verringerung der Einsamkeit verantwortlich sind. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass eine tiergestützte Therapie im individuellen Setting effektiver ist und somit die Mensch-Tier-Interaktion eher für die Verringerung der Einsamkeit sorgt. Im Jahr 2008 verglichen Banks et al. (2008) zudem einen lebenden Hund mit einem Roboterhund und stellten fest, dass obwohl ein höheres Maß an Bindung mit dem lebenden Hund nachgewiesen wurde, beide Gruppen eine signifikante Verringerung der Einsamkeit zeigten. Ein weiteres Interventionssetting ist das der sozialen Erleichterungen. Diese wurden als gruppenbasierte Interventionen, beispielsweise Freundschaftsclubs (Hemingway & Jack, 2013), Themengruppen mit gemeinsamen Interessen oder Freundschaftsprogramme, angeboten. Die Empfehlung dazu sind zudem innovative, technologiebasierte Ansätze zur Unterstützung der Angebote zu nutzen. Dies kann beispielsweise durch Videokonferenzen und soziale Netzwerke (Hoang et al., 2022) umgesetzt werden. Beide Formate bewirken eine nachgewiesene Reduktion des Einsamkeitsempfindens (Hoang et al., 2022; Wang et al., 2018). Weiter wurden Freundschaftsinterventionen untersucht. Diese Interventionsart ist eine Einzelaktivität bzw. Eins-zu-Eins-Intervention der sozialen Erleichterung mit dem Ziel, neue Freundschaften zu finden. Das größte Projekt ist das Call in Time-Programm von Cattan et al. (2011) und Kime et al. (2012). Dieses telefonische Freundschaftsprojekt in Großbritannien ergab, dass strukturierte Kontaktangebote, auch nur per Telefon, Einsamkeitsgefühle signifikant lindern konnten, indem die betroffenen Personen ein Zugehörigkeitsgefühl entwickelt haben und wussten, dass es Menschen gab, die an sie dachten. Als sechste Interventionsmaßnahme wurden Freizeitaktivitäten- und Kompetenzentwicklungsinterventionen beforscht. Diese Interventionsgruppe beinhaltete vielfältige Aktivitäten, wie beispielsweise Gartenprogramme, Computer-/Internetnutzung oder Freiwilligenarbeit (Heo et al., 2015; Toepoel, 2013). Die computerbasierten Interventionen waren am effektivsten und am besten bewertet. Insbesondere die stärkere Nutzung des Internets war ein Prädiktor für ein höheres Maß an sozialer Unterstützung und weniger Einsamkeitsgefühlen (Heo et al., 2015).

Die meisten Interventionen haben komplexe Wirkfaktoren und beinhalteten unterschiedliche Einflüsse zur Verringerung der Einsamkeit, daher war bei der Auswertung der Ergebnisse oft unklar, welche spezifischen Aspekte einer Intervention tatsächlich am stärksten zu ihrem Erfolg beigetragen haben. Drei wichtige Merkmale

wirksamer Interventionen haben sich dennoch identifizieren lassen: Die Anpassungsfähigkeit einer Intervention, ein Gemeinschaftsentwicklungsansatz, bei dem betroffene Personen an der Gestaltung und Umsetzung von Interventionen beteiligt sind sowie Interventionen, die produktives Engagement unterstützen. Eine Metaanalyse von Masi et al. (2011) unterstützt diese Erkenntnisse. Für junge Erwachsene scheinen aber insbesondere die letzten drei Interventionskonzepte unterstützend zu sein. Soziale Erleichterung und Freundschaftsinterventionen könnte subsumiert werden unter Beziehungsangebote, sowohl auf Gruppen- und Einzelbasis. Die entscheidende, zu unterstützende Kompetenz ist die Handlungskompetenz in Beziehung zu gehen, damit ist der Aufbau und die Pflege von sozialen Netzwerken zentral für die Verringerung des Einsamkeitsgefühls.

Soziale Netzwerke schaffen ein breites Beziehungsangebot, können auch digital erfolgen und damit unter Pandemiebedingungen weiter gepflegt werden. Ziel ist es zusammen etwas zu tun bzw. zu erleben und so unterstützende Beziehung zu schaffen. Soziale Netzwerke können als Unterstützung geschaffen, angeboten und aktiv bespielt werden. Diese Interventionsideen basieren zum Beispiel auf dem Stresspuffer-Modell der sozialen Unterstützung (Cohen & Hoberman, 1983). Dieses geht davon aus, dass soziale Unterstützung eine schützende Rolle gegen die negativen Auswirkungen von belastenden Lebensereignissen hat. Soziale Unterstützung ist ein wichtiger Einfluss- bzw. Schutzfaktor, um Einsamkeitsgefühle zu reduzieren (Gorke et al., 2020; Bu et al., 2020; Fluharty et al., 2021). Banerjee et al. (2020) und Nelson et al. (2020) wiesen nach, dass ein höheres Maß an sozialer Unterstützung vor sozialer Distanzierung, Selbstisolation und Sorgen während der COVID-19-Pandemie bei Menschen ab 20 Jahren schützt. Masi et al. (2011) berichten, dass insbesondere sozialkognitive Trainingsinterventionen sehr wirksam sind und negative Denkmuster von Personen auflösen können. Diese Trainingsinterventionen können daher dazu beitragen, Interventionen zur Reduktion von Einsamkeit nachhaltig im Bewusstsein der Betroffenen zu verankern. Ebenfalls Einfluss haben Gruppeninterventionen zur gezielten sozialen Unterstützung und zur Reduzierung von Einsamkeitsgefühlen, die im Vergleich deutlich wirksamer sind als Einzelaktivitäten (Gardiner et al., 2018).

Weitere Interventionsmöglichkeiten beinhalten umfassende Strategien zu sozialen, kognitiven und physischen Maßnahmen (Gardiner et al., 2018). Soziale Interventionsmaßnahmen können beispielsweise den Aufbau sozialer Netzwerke, die Förderung ehrenamtlicher Arbeit und die Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen umfassen. Zu kognitiven Interventionsmaßnahmen gehören die Umstrukturierung negativer Denkmuster, die Stärkung des Selbstwertgefühls und die Förderung positiver Emotionen. Physische Interventionsmaßnahmen können regelmäßige Bewegung, Sport und körperliche Aktivität beinhalten. Es ist auch wichtig, dass die Interventionsmaßnahmen an die individuellen Bedürfnisse und Vorlieben der betroffenen Person angepasst werden. Einige Menschen sprechen beispielsweise bes-

ser auf soziale Interventionen an, während andere körperliche Aktivitäten bevorzugen (Gardiner et al., 2018). Diese Interventionsmaßnahmen können auch online erfolgen.

Online-Plattformen bieten nicht nur Menschen, die körperlich eingeschränkt sind oder in abgelegenen Gebieten leben Kontaktmöglichkeiten, sondern helfen auch in der Pandemie bzw. im Lockdown Kontakt bzw. soziale Beziehung aufrecht zu halten. Online-Unterstützungsgruppen sind eine der wichtigsten digitalen Interventionsformen gegen Einsamkeit. Sie bieten eine Plattform, auf der Menschen mit ähnlichen Problemen und Herausforderungen miteinander in Kontakt treten und sich gegenseitig unterstützen können. Diese Gruppen können über soziale Netzwerke, Foren oder spezialisierte Websites betrieben werden. Soziale Netzwerke wie Facebook, Twitter und Instagram können eine wichtige Rolle bei der Reduzierung von Einsamkeit spielen, indem sie es Menschen ermöglichen, in Kontakt zu bleiben und zu kommunizieren, auch wenn sie räumlich voneinander getrennt sind. Ein Beispiel hierfür sind Selbsthilfegruppen. Nutzer:innen begegnen hier online Menschen mit gleichen Erfahrungen, neuen Copingstrategien oder haben Gelegenheit sich unter Betroffenen auszutauschen. Neue Formen der digitalen Kommunikation über Videotelefonie, beispielsweise mit den Anwendungen Microsoft Teams oder Skype können ebenso genutzt werden. Insgesamt bieten digitale Interventionen neue und innovative Möglichkeiten, das Problem der Einsamkeit anzugehen.

Weitere digitale Interventionen können beispielsweise in Form von Online-Communities, Chatbots und virtuellen Welten angeboten werden. Online-Communities bieten die Möglichkeit, sich mit anderen Menschen zu vernetzen, die ähnliche Interessen und Herausforderungen haben. Dies kann dazu beitragen, das Gefühl der Isolation zu verringern und neue soziale Beziehungen aufzubauen (Shah et al., 2020) oder bestehende Beziehungen aufrecht zu halten. Chatbots sind eine weitere Form digitaler Interventionen, die zur Bekämpfung von Einsamkeit eingesetzt werden können. Chatbots sind computergestützte Systeme, die es Menschen ermöglichen, mit virtuellen Gesprächspartner:innen zu interagieren. Sie können beispielsweise zur Unterstützung von Menschen eingesetzt werden, die unter sozialer und emotionaler Einsamkeit leiden. Derzeit laufen zu diesem Thema erste Studien, denn Gesprächsqualität und Einfühlungsvermögen sind nicht leicht zu simulieren. Die physische Dimension der Einsamkeit wird vor einem Bildschirm vermutlich gar nicht erkannt. Dennoch gibt es bereits heute Chatbots, die im sogenannten Turing Test von Menschen nicht mehr als nicht menschlich erkannt werden bzw. für einen Menschen gehalten werden. Hier bedarf es noch weiterer Forschung zum Thema Interaktion zwischen Menschen und Maschine. Auch virtuelle Welten bieten neue Möglichkeiten für digitale Interventionen. Sie ermöglichen es den Nutzer:innen sich in einer virtuellen Umgebung zu bewegen und mit anderen Menschen in Echtzeit zu interagieren. Dies kann dazu beitragen, das Gefühl der Einsamkeit zu verringern (Lim et al., 2020). Häufig handelt es sich bei diesen virtuellen Online-Welten mo-

mentan noch um kostenpflichtige Online-Rollenspiele, wie z. B. World of Warcraft, The Elder Scrolls Online oder Second Life. Auch offline bieten virtuelle Welten im sogenannten Single-Player-Modus eine Plattform, auf der Menschen eine künstliche Umgebung erkunden und mit ihr interagieren können. Die Interaktion findet dann jedoch nicht mit anderen Spielenden, sondern mit den virtuellen Charakteren der entsprechenden Spielerealität statt. Diese Welten (offline oder online) können eine wichtige Ressource sein bzw. bieten ein großes Potential sich selbstwirksam zu fühlen (Fritz & Witting, 2009).

Serious Games und Gamification gestalten Aktivitäten attraktiver und unterhaltsamer. Dies kann eine effektive Methode sein, um Menschen zu motivieren, sich mit anderen zu vernetzen und soziale Interaktionen zu fördern (Jin et al., 2021b). Dazu zählt beispielsweise das Spiel *Sea of Solitude* (Fachstelle für Jugendmedienkultur NRW, n. d.) vom deutschen Entwicklerstudio Jo-Mei Games. Das Spiel erinnert oder verdeutlicht spielerisch wie Herausforderungen zu Themen wie Depressionen, Einsamkeit und Selbstfindung bewältigt werden können. Häufig löst dabei die Interaktion mit der Umwelt bzw. virtuellen Mitmenschen die spielerische Problemlage. So soll *Sea of Solitude* dazu beitragen, das Bewusstsein für psychische Gesundheitsprobleme zu erhöhen, stigmatisierende Einstellungen zu reduzieren und eine Möglichkeit bieten, eigene Erfahrungen zu reflektieren und sich mit Anderen in ähnlichen Situationen zu identifizieren. Insgesamt kann *Sea of Solitude* als ein Spiel betrachtet werden, das dazu beitragen kann, das Bewusstsein für psychische Gesundheit zu fördern und die Spielenden im Allgemeinen zu ermutigen in Beziehung zu gehen.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erarbeitet eine Strategie gegen Einsamkeit, die bis zum Ende der 20. Legislaturperiode umgesetzt werden soll. Teil dieser Strategie sind verschiedene Modellprojekte gegen Einsamkeit. Viele dieser Projekte richten sich besonders an ältere Menschen, jedoch gibt es auch Projekte für alle Altersgruppen. Eines dieser Projekte ist das Projekt Verein(t) gegen Einsamkeit. Es startete im Jahr 2022 und soll bis 2024 laufen. Als Setting dienen Sportvereine, die als Orte zur Begegnung für Menschen aller Generationen und unterschiedlicher Lebenslagen angesehen werden. Das Projekt soll dazu beitragen Strategien zu erarbeiten und zu erproben, um einsame Menschen durch die Sportvereine zu erreichen (BMFSFJ, 2023).

Fazit und Ausblick

Einsamkeitsgefühle haben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit. In Zeiten besonderer individueller und gesellschaftlicher Herausforderungen ist es wichtig, weitere Resilienz zu entwickeln, um diesen Einflüssen entgegenzuwirken. Um das Einsamkeitsgefühl insbesondere junger Erwachsener zu verstehen, wurden die Hauptparameter psychischer Gesundheit und das damit verbundene Wohlbefinden dargestellt. Die Auswirkungen der Maßnahmen bezogen auf die COVID-19-Pan-

demie auf das Phänomen der Einsamkeit und seine Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung wurden skizziert. Dabei wurde aufgezeigt, dass Einsamkeit kein neues Phänomen ist, aber immer mehr als gesundheitsschädigend wahrgenommen wird (Loades et al., 2020) und durch soziale Isolation und Einschränkungen in den sozialen Kontakten während der COVID-19-Pandemie noch verschärft wurde (Holt-Lunstad et al., 2010). Es zeigt sich, dass soziale Kontakte eine wichtige Rolle beim Wohlbefinden und der psychischen Gesundheit von Menschen spielen und ein Mangel an sozialen Kontakten negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und damit auf die gesamte Gesundheit des Menschen hat. Die Bedeutung sozialer Beziehungen ist daher als Haupteinflussfaktor zu verstehen und dadurch auch als Einflussfaktor für Einsamkeitsgefühle. Es bedarf konkreter und flächendeckender Maßnahmen, um soziale Isolation, Unwohlsein und Einsamkeit in Zukunft zu vermeiden. Junge Erwachsene scheinen gerade durch die soziale Distanzierung während der COVID-19-Pandemie besonders von dem Einsamkeitsempfinden betroffen gewesen zu sein (Thomas, 2022) und von der alltäglichen Einsamkeit weiterhin gesundheitlich beeinträchtigt zu werden. In der Zukunft muss sich auf die Förderung von sozialen Beziehungen junger Menschen und den Abbau von Einsamkeit derer konzentriert werden.

Es wurden zudem Maßnahmen zur Reduktion der Einsamkeit und Verbesserung des psychischen Wohlbefindens aufgezeigt. Ein erster Schritt wäre die Schaffung von niedrigschwelligen Angeboten und Unterstützungssystemen, die insbesondere auf die Bedürfnisse von jungen Menschen zugeschnitten sind und ihnen helfen, soziale Kontakte aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Ein weiterer Schwerpunkt sollte auf der Entwicklung und Implementierung von gruppenbasierten Interventionen liegen, die auf Bildung und sozialkognitive Maßnahmen ausgerichtet sind. Diese können dazu beitragen, Einsamkeit zu verringern und das Wohlbefinden zu verbessern. Zusätzlich sollten auch digitale Unterstützungsangebote, wie Online-Communities, Chatgruppen und soziale Netzwerke, weiter ausgebaut werden, um den Bedürfnissen junger Menschen gerecht zu werden.

Ungeachtet der Tatsache, dass aktuelle Studien unterschiedliche Ergebnisse aufzeigen, was eine erfolgreiche Intervention in Bezug auf psychische Gesundheit ausmacht, wurden gruppenbasierten Interventionen mit einem Fokus auf Bildung oder sozial-kognitive Maßnahmen das größte Potenzial auch zur Verringerung der Einsamkeit zugesprochen (Masi et al., 2011). Es gilt, niedrigschwellige Unterstützungsangebote und weitreichende Interventionsmöglichkeiten zu entwickeln und anzubieten, um die negativen Folgen der Einsamkeit einzudämmen.

Die Verlagerung sozialer Kontakte in virtuelle Räume in Online-Spielen oder soziale Netzwerke und Chatgruppen, also beliebte Kommunikationswege unter Jugendli-

chen und jungen Erwachsenen, muss dabei als Ressource begriffen werden, wenn man eine adressatengerechte Interventionsgestaltung beabsichtigt. Ziel muss es daher sein angemessene digitale, soziale Unterstützungssysteme und Bewältigungsfähigkeiten in ihrer Entstehung zu fördern. Aufgrund der dargelegten Morbiditätsrisiken für die psychische Gesundheit Jugendlicher und junger Erwachsener, die sich durch die Schutzmaßnahmen intensiviert haben, ist eine zukünftige weiteren Auseinandersetzung mit Interventionsmaßnahmen zur Linderung von (jugendlicher) Einsamkeit geboten.

Digitale Interventionen sind kein Ersatz für menschliche Beziehungen, vielmehr sollten sie als ergänzende Maßnahmen gesehen werden, die es Menschen erleichtern, soziale Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Darüber hinaus sollten digitale Interventionen sorgfältig entwickelt und reguliert werden, um sicherzustellen, dass sie den Nutzer:innen nicht mehr schaden als nützen. Dies beinhaltet die Überwachung von Datenschutz- und Sicherheitsaspekten sowie die Verhinderung von Cybermobbing und anderen negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit (Lim et al., 2020).

Um den Effektivitätsgrad von Interventionen zu erhöhen, ist es außerdem notwendig, die Forschung in diesem Bereich kontinuierlich voranzutreiben und die Evaluation von Maßnahmen zur Reduktion von Einsamkeit und der Verbesserung des Wohlbefindens auszubauen. Auf diese Weise werden notwendige Erkenntnisse gewonnen, um zukünftige Interventionen noch zielgerichteter und effektiver gestalten zu können. Zudem sollten Erkenntnisse aus internationalen Studien zur Einsamkeitsforschung, die schon länger und detaillierter Einsamkeit beforschen, auf Übertragbarkeit hin geprüft werden.

Literaturverzeichnis

- Albat, D. (2020). *Der Mensch – ein soziales Wesen: Warum wir die Bindung zu anderen brauchen*. <https://www.scinexx.de/dossierartikel/der-mensch-ein-soziales-wesen/> [05.06.2023].
- Andresen, S., Lips, A., Rusack, T., Schröer, W., Thomas, S. & Wilmes, J. (2022). *Verpasst? Vershoben? Verunsichert? Junge Menschen gestalten ihre Jugend in der Pandemie*. Universitätsverlag Hildesheim.
- Asante, K. O. (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*, 15(5), 340 – 345. <https://doi.org/10.4314/ajpsy.v15i5.42>
- Aslan, I., Ochnik, D. & Çınar, O. (2020). Exploring Perceived Stress among Students in Turkey during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8961. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238961>
- Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d’Hombres, B., Pásztor, Z. & Tintori, G. (2021). *Loneliness in the EU: Insights from Surveys and Online Media Data*. UTB.
- Babore, A., Lombardi, L., Viceconti, M. L., Pignataro, S., Marino, V., Crudele, M., Candelori, C., Bramanti, S. M. & Trumello, C. (2020). Psychological effects of the COVID-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293, 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Banks, M. R., Willoughby, L. M. & Banks, W. A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(3), 173 – 177. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.11.007>
- Bareket-Bojmel, L., Shahar, G., Abu-Kaf, S. & Margalit, M. (2021). Perceived social support, loneliness, and hope during the COVID-19 Pandemic: Testing a mediating model in the UK, USA, and Israel. *The British Journal of Clinical Psychology*, 60(2), 133 – 148. <https://doi.org/10.1111/bjc.12285>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497 – 529.

- Banerjee, S., Burkholder, G., Sana, B. & Szirony, G. M. (2020). *Social Isolation as a predictor for mortality: Implications for COVID-19 prognosis*. <https://doi.org/10.1101/2020.04.15.20066548>
- Berger, K., Riedel-Heller, S., Pabst, A., Rietschel, M. & Richter, D. (2021). Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64, 1157 – 1164. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03393-y>
- Bergman-Evans, B. (2004). Beyond the basics: effects of the Eden Alternative Model on quality of life issues. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(6), 27 – 34. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20040601-07>
- BMG – Bundesgesundheitsministerium (2022). *Sachverständigenausschuss nach § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (2022). Evaluation der Rechtsgrundlagen und Maßnahmen der Pandemiepolitik. Bericht des Sachverständigenausschusses nach § 5 ABS. 9 IFSG*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/S/Sachverstaendigenausschuss/BER_lfSG-BMG.pdf [05.06.2023].
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023). *Strategie gegen Einsamkeit*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/strategie-gegen-einsamkeit> [09.06.2023]
- Brakemeier, E. L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U. & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1 – 31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>
- Bu, F., Steptoe, A. & Fancourt, D. (2020). Loneliness during a strict lockdown: Trajectories and predictors during the COVID-19 pandemic in 38,217 United Kingdom adults. *Social Science & Medicine*, 265, 113521. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113521>
- Buecker, S., Horstmann, K. T., Krasko, J., Kritzler, S., Terwiel, S., Kaiser, T. & Luhmann, M. (2020). Changes in daily loneliness for German residents during the first four weeks of the COVID-19 pandemic. *Social science & medicine*, 265, 113541. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113541>
- Bundestag. (2021). *Studien zur Verbreitung von Einsamkeit in Deutschland und Europa*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/844760/deddc8f1dc3a3ad-04d919ac6603843d/WD-9-010-21-pdf-data.pdf> [05.06.2023].

- Bücker, S. (2022). *Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit*. KNE Expertise Nr. 10/2022. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., Kompetenznetz Einsamkeit.
- Cattan, M., Kime N. & Bagnall A.-M. (2011). The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people – an evaluation. *Health & Social Care in the Community*, 19(2), 198 – 206. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00967.x>
- Child, S. T. & Lawton, L. (2019). Loneliness and social isolation among young and late middle-age adults: Associations with personal networks and social participation. *Aging & mental health*, 23(2), 196 – 204. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399345>
- Cohen, S. & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of applied social psychology*, 13(2), 99 – 125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Collins, W. A. & Steinberg, L. (2006). Adolescent Development in Interpersonal Context. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Hrsg.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 1003 – 1067). Wiley & Sons.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Crabb Breen, E. & Cole S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095 – 1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M. & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TIL-DA). *Journal of Affective Disorders*, 246, 82 – 88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>
- Elmer, T., Mepham, K. & Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *PLoS One*, 15(7), e0236337. <https://psyarxiv.com/ua6tq/> [05.06.2023].
- Entringer, T. M. & Kröger, H. (2020). *Einsam, aber resilient: Die Menschen haben den Lockdown besser verkraftet als vermutet*. DIW aktuell, No. 46, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). <http://hdl.handle.net/10419/222876> [05.06.2023].

- Entringer, T. M. & Kröger, H. (2021a). *Weiterhin einsam und weniger zufrieden: Die Covid-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lockdown stärker auf das Wohlbefinden aus*. DIW aktuell, No. 67, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/235920/1/1762712180.pdf> [05.06.2023].
- Entringer, T. M. & Kröger, H. (2021b). *Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland*. SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1136, Deutsches Institut für Wirtschaftsförderung (DIW). <http://hdl.handle.net/10419/235757> [05.06.2023].
- Entringer, T. M., Kröger, H., Schupp, J., Kühne, S., Liebig, S., Goebel, J., Grabka, M., Graeber, D., Kroh, M., Schröder, C., Seebauer, J. & Zinn, S. (2020). *Psychische Krise durch COVID-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil*. SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1087, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/222647/1/1700330829.pdf> [05.06.2023].
- Fachstelle für Jugendmedienkultur NRW (n. d.). *Sea of Solitude*. <https://www.spielratgeber-nrw.de/Sea-of-Solitude.6001.de.1.html> [05.06.2023].
- Fluharty, M., Bu, F., Steptoe, A. & Fancourt, D. (2021). Coping strategies and mental health trajectories during the first 21 weeks of COVID-19 lockdown in the United Kingdom. *Social Science & Medicine* (1982), 279, 113958. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113958>
- Fritz, J. & Witting, T. (2009). Suche, Sog, Sucht: Was Online-Gaming problematisch machen kann. In D. Batthyány & A. Pritz (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen* (S. 309 – 323). Springer.
- Gamonal-Limcaoco, S., Montero-Mateos, E., Lozano-López, M. T., Maciá-Casas, A., Matías-Fernández, J. & Roncero, C. (2021). Perceived stress in different countries at the beginning of the coronavirus pandemic. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 57(4), 309 – 322. <https://doi.org/10.1177/00912174211033710>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G. & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the community*, 26(2), 147 – 157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E. & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PLoS One*, 15(9), e0239698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239698>

- Grimm, I. (2020). *Die Liebe der anderen – Warum Menschen Menschen brauchen*. <https://www.rnd.de/kultur/der-mensch-als-soziales-wesen-darum-brauchen-wir-kontakt-gemeinschaft-und-zuneigung-auch-in-corona-zeiten-GQEM3PCT-J5Al5JMYQCZ3LFRSR4.html> [05.06.2023].
- Gyasi, R. M., Phillips, D. R., Asante, F. & Boateng, S. (2021). Physical activity and predictors of loneliness in community-dwelling older adults: The role of social connectedness. *Geriatric nursing*, 42(2), 592 – 598. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.11.004>
- Hall, B. J., Hobfoll, S. E., Canetti, D., Johnson, R. J., Palmieri, P. A. & Galea, S. (2010). Exploring the association between posttraumatic growth and PTSD: a national study of Jews and Arabs following the 2006 Israeli-Hezbollah war. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(3), 180 – 186. <https://doi.org/10.1097/NMD.obo13e3181d1411b>
- Harrison, V., Moulds, M. L. & Jones, K. (2022). Perceived social support and prenatal wellbeing; The mediating effects of loneliness and repetitive negative thinking on anxiety and depression during the COVID-19 pandemic. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 35(3), 232 – 241. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.12.014>
- Hawkey, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218 – 227. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9210-8>
- Hemingway, A. & Jack, E. (2013) Reducing social isolation and promoting well being in older people. *Quality in Ageing & Older Adults*, 14(1), 25 – 35. <https://doi.org/10.1108/14717791311311085>
- Heo, J., Chun, S., Lee, S., Lee, K. H. & Kim, J. (2015). Internet use and well-being in older adults. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 18(5), 268 – 272. <https://doi.org/10.1089/cyber.2014.0549>
- Hoang, P., King, J. A., Moore, S., Moore, K., Reich, K., Sidhu, H., Vern Tan, C., Whaley, C. & McMillan, J. (2022). Interventions Associated With Reduced Loneliness and Social Isolation in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 5(10), e2236676 – e2236676.

- Holmes, E. A., O'Conner, R. C., Perry, H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman C. M., Yardley, L., Cowan, K., Cope, C., Hotopf, M. & Bullmore, E. (2020). Multi-disciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 7, 547 – 560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F. & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *American Psychologist*, 72(6), 517 – 530. <https://doi.org/10.1037/amp0000103>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227 – 237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). *Determinanten der Gesundheit*. [https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-der-gesundheit/\[05.06.2023\]](https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-der-gesundheit/[05.06.2023]).
- Huxhold, O. & Tesch-Römer, C. (2021). *Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich*. (dza-aktuell: Deutscher Alterssurvey, 04/2021). Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-71693-0> [05.06.2023].
- Jakobsen, I. S., Madsen, L. M. R., Mau, M., Hjemdal, O. & Friberg, O. (2020). The relationship between resilience and loneliness elucidated by a Danish version of the resilience scale for adults. *BMC psychology*, 8(1), 131. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00493-3>
- Jin, Y., Sun, T., Zheng, P. & An, J. (2021a). Mass quarantine and mental health during COVID-19: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1335 – 1346. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.067>
- Jin, W., Liu, Y., Yuan, S., Bai, R., Li, X. & Bai, Z. (2021b) The Effectiveness of Technology-Based Interventions for Reducing Loneliness in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Frontiers in Psychology*, 12, 711030. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.711030>

- Jong Gierveld, J. de & Tilburg, T. van (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28, 582 – 598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry – JAMA Network*, 62, 593 – 602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C. & Dailey, N. S. (2020a). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C. & Dailey, N. S. (2020b). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry research*, 290, 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
- Kime N., Cattan M. & Bagnall A.-M. (2012). The delivery and management of telephone befriending services – whose needs are being met? *Quality in Ageing & Older Adults*, 13(3), 231 – 240. <https://doi.org/10.1108/14717791211264278>
- Klumbies, H. (2016). *Der Mensch ist in erster Linie ein soziales Wesen*. <https://www.psychologie-guide.de/der-mensch-ist-in-erster-linie-ein-soziales-wesen.html> [05.06.2023].
- Krause-Parello C. A. (2012). Pet ownership and older women: the relationships among loneliness, pet attachment support, human social support, and depressed mood. *Geriatric Nursing*, 33(3), 194 – 203. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.12.005>
- Labrague, L. J. (2021). Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. *Journal of Nursing Management*, 29(7), 1893 – 1905. <https://doi.org/10.1111/jonm.13336>
- Labrague, L. J., Los Santos, J. A. A. de & Falguera, C. C. (2021). Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(4), 1578 – 1584. <https://doi.org/10.1111/ppc.12721>

- Laham, S., Bertuzzi, L., Deguen, S., Hecker, I., Melchior, M., Patanè, M., Pinucci, I., Sijbrandij, M. & Waerden, J. van der (2021). Impact of Longitudinal Social Support and Loneliness Trajectories on Mental Health during the COVID-19 Pandemic in France. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 1 – 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312677>
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017). *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen*. Robert Koch-Institut.
- Lau, J. T. F., Yang, X., Pang, E., Tsui, H. Y., Wong, E. & Wing, Y. K. (2005). SARS-related perceptions in Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, 11(3), 417 – 424. <https://doi.org/10.3201/eid1103.040675>
- Lee, C. M., Cadigan, J. M. & Rhew, I. C. (2020). Increases in Loneliness Among Young Adults During the COVID-19 Pandemic and Association With Increases in Mental Health Problems. *Journal of Adolescent Health*, 67(5), 714 – 717. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.08.009>
- Li, L. Z. & Wang, S. (2020). Prevalence and predictors of general psychiatric disorders and loneliness during COVID-19 in the United Kingdom. *Psychiatry Research*, 291, 113267. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113267>
- Lim, M. H., Gleeson, J. F. M., Rodebaugh, T. L., Eres, R., Long, K. M., Casey, K., Abbott, J. M., Thomas, N. & Penn, D. L. (2020). A pilot digital intervention targeting loneliness in young people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 877 – 889. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01681-2>
- Lippke, S., Keller, F., Derksen, C., Kötting, L., Ratz, T. & Fleig, L. (2022). Einsam(er) seit der Coronapandemie: Wer ist besonders betroffen? – psychologische Befunde aus Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17(1), 84 – 95. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00837-w>
- Lips, A., Heyer, L. & Thomas, S. (2022). Jugendliches Raumerleben während der Corona-Pandemie. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 17(1), 72 – 88. <https://doi.org/10.3224/diskurs.v17i1.05>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A. & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>
- Luhmann, M. & Hawkey, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, 52(6), 943 – 959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>

- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C. & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218 – 1239. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C. & Chan, V. L. (2009). Longterm psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318 – 326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- Marshall, L. L., Allison, A., Nykamp, D. & Lanke, S. (2008). Perceived stress and quality of life among doctor of pharmacy students. *American journal of pharmaceutical education*, 72(6), 137. <https://doi.org/10.5688/aj7206137>
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review: an official journal of the Society for Personality and Social Psychology*. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219 – 266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Meisters, R., Westra, D., Putrik, P., Bosma, H., Ruwaard, D. & Jansen, M. (2021). Does Loneliness Have a Cost? A Population-Wide Study of the Association Between Loneliness and Healthcare Expenditure. *International Journal of Public Health*, 66(1), 1 – 10. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.581286>
- Mills, S. D., Fox, R. S., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Champagne, B. R. & Sadler, G. R. (2014). The psychometric properties of the generalized anxiety disorder-7 scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 463 – 468. <https://doi.org/10.1037/a0036523>
- Nelson, B. W., Pettitt, A., Flannery, J. E. & Allen, N. B. (2020). Rapid assessment of psychological and epidemiological correlates of COVID-19 concern, financial strain, and health-related behavior change in a large online sample. *PLOS ONE*, 15(11), e0241990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241990>
- Nielsen, N. R., Kristensen, T. S., Schnohr, P. & Grønbaek, M. (2008). Perceived stress and cause-specific mortality among men and women: results from a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 168(5), 481 – 491. <https://doi.org/10.1093/aje/kwn157>

- Nicholson, N. R. & Shellman, J. (2013). Decreasing social isolation in older adults: effects of an empowerment intervention offered through the CARE-LINK program. *Research in Gerontological Nursing*, 6(2), 89 – 97. <https://doi.org/10.3928/19404921-20130110-01>
- Ogińska-Bulik, N. & Michalska, P. (2021). Psychological resilience and secondary traumatic stress in nurses working with terminally ill patients-The mediating role of job burnout. *Psychological Services*, 18(3), 398 – 405. <https://doi.org/10.1037/ser0000421>
- Ortiz-Ospina, E. & Roser, M. (2020). *Loneliness and Social Connections. Our World in Data*. [https://ourworldindata.org/social-connections-and-loneliness#citation\[05.06.2023\]](https://ourworldindata.org/social-connections-and-loneliness#citation[05.06.2023]).
- Panarese, P. & Azzarita, V. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on lifestyle: how young people have adapted their leisure and routine during Lockdown in Italy. *Young*, 29(4), 35 – 54. <https://doi.org/10.1177/11033088211031389>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901 – 907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Parlapani, E., Nikopoulou, V. A., Tsiropoulou, V., Karamouzi, P., Giaskoulidou, A., Dimitriadou, A., Kafetzopoulou, C., Holeva, V. & Diakogiannis, I. (2021). Young adults' coping strategies against loneliness during the COVID-19-related quarantine in Greece. *Health Promotion International*, 37(1), 1 – 13. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab053>
- Pedrozo-Pupo, J. C., Pedrozo-Cortés, M. J. & Campo-Arias, A. (2020). Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cadernos de Saude Publica*, 36(5), e00090520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090520>
- Peplau, L. A. & Perlmann, D. (1982). *Loneliness. A sourcebook of current theory, research, and therapy*. Wiley.
- Pineda, C. N., Naz, M. P., Ortiz, A., Ouano, E. L., Padua, N. P., Paronable, J. J., Pelayo, J. M., Regalado, M. C. & Torres, G. C. S. (2022). Resilience, Social Support, Loneliness and Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Structural Equation Model. *Nurse education in practice*, 64, 103419. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103419>

- Polder, J. J., Barendregt, J., Oers, H. van & Health, G. (2019). *The burden of disease in the Netherlands: Measuring the impact of diseases, injuries and risk factors*. RIVM.
- Prior, A., Fenger-Grøn, M., Larsen, K. K., Larsen, F. B., Robinson, K. M., Nielsen, M. G., Christensen, K. S., Mercer, S. W. & Vestergaard, M. (2016). The Association Between Perceived Stress and Mortality Among People With Multimorbidity: A Prospective Population-Based Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 184(3), 199 – 210. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv324>
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J. & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: Results from a Swiss national survey. *PLoS One*, 12(7), e0181442. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181442>
- RKI – Robert Koch Institut (2023). *COVID-19-Fälle nach Meldewoche und Geschlecht sowie Anteile mit für COVID-19 relevanten Symptomen, Anteile Hospitalisierter/ Verstorbenen und Altersmittelwert/-median*. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html [05.06.2023].
- Salleh, M. R. (2008). Life event, stress and illness. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 15(4), 9 – 18.
- Saltzman, L. Y., Solomyak, L. & Pat-Horenczyk, R. (2017). Addressing the Needs of Children and Youth in the Context of War and Terrorism: the Technological Frontier. *Current Psychiatry Reports*, 19(6), 30. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0786-6>
- Statista (2023). *Umfrage zur Einsamkeit unter Jugendlichen in Deutschland in 2022*. Statista Research Department, 02.03.2023. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1368623/umfrage/einsamkeit-von-jugendlichen-in-deutschland/> [05.06.2023].
- Shah, S. G. S., Nogueras, D., Woerden, H. C. van & Kiparoglou, V. (2020). The COVID-19 Pandemic: A Pandemic of Lockdown Loneliness and the Role of Digital Technology. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e22287. <https://doi.org/10.2196/22287>
- Thomas, S. (2022). Einsamkeitserfahrungen junger Menschen – nicht nur in Zeiten der Pandemie. *Soziale Passagen*, 14, 1 – 16. <https://doi.org/10.1007/s12592-022-00415-7>

- Toepoel, V. (2013). Ageing, leisure, and social connectedness: how could leisure help reduce social isolation of older people? *Social Indicators Research*, 113(1), 355 – 372. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0097-6>
- Wang, Y., Kala, M. P. & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the corona-virus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and metaanalysis. *PLoS One*, 15(12), e0244630. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244630>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Wei, R. S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. The MIT Press.
- WHO – World Health Organization (2021). *Social isolation and loneliness among older people*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749> [05.06.2023].
- WHO – World Health Organization (2022). *Ambient (outdoor) air pollution*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health) [05.06.2023].
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J. & Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91 – 98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Wu, Zhang, Z.-H., Zhao, F., Wang, W.-J., Li, Y.-F., Bi, L., Qian, Z.-Z., Lu, S.-S., Feng, F., Hu, C.-Y., Gong, F.-F. & Sun, Y.-H. (2016). Prevalence of Internet addiction and its association with social support and other related factors among adolescents in China. *Journal of Adolescence*, 52(1), 103 – 111. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.07.012>
- Xu, J. & Ou, L. (2014). Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. *Public Health*, 128(5), 430 – 437. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.03.002>

4.2 Krisen-Trauma-Chance?- Wie Phönix aus der Asche steigen Posttraumatisches Wachstum in herausfordernden Zeiten Sonja Holzner-Michna

*„Character cannot be developed in ease and quiet.
Only through experience of trial and suffering can the soul be strengthened,
vision cleared, ambition inspired, and success achieved.“*
Helen Keller (in Tedeshi & Calhoun, 1995, S. 43)

Einleitung

Das Bild des mystischen rot und gelb gefiederten Vogels Phönix, welcher immer wieder an seinem Lebensende verbrennt, um erneuert aus seiner eigenen Asche aufzusteigen, repräsentiert nach Überlieferungen bereits seit der Spätantike symbolhaft Unsterblichkeit und Regeneration nach feindlichen Verwundungen (Türk, 1909). Als ein Sinnbild für Auferstehung existiert Phönix auch im Christentum (Türk 1909). Ein anmutendes Bild aus alten Zeiten? Oder aber ein generatives Zeugnis eines Bewältigungswissens früherer Völker, das eine analoge Spiegelung für Weiterentwicklung, Wachstum, Reifung und Chance nach real erlebter Zerstörung und Untergang darstellen sollte (Holzner-Michna, in Vorbereitung). Dergleichen Motive oder Rituale gibt es auch weitere, wie die traditionell japanische Goldreparatur Kintsugi. Hier steht die Vergoldung zerbrochener und neu verklebter Keramik allegorisch für Stärke, Potenzial und Schönheit nach erlebten Krisen, für Erneuerung, Bewältigung und über den Bruch hinausreichendes Wachstum (Navarro, 2017).

Kann dieses in Symbolen verkörperte Erfahrungswissen auf die Herausforderungen der heutigen Zeit übertragen werden? Ist es überhaupt denkbar nach einer marginal überwundenen weltweiten Pandemie, immer näher rückenden und nicht enden wollenden kriegerischen Konflikten mit unsäglichem menschlichem Leid und Fluchtgeschehen oder eines durch Naturkatastrophen mehr als nur mahnenden globalen Klimawandels die Frage nach Chancen für den individuellen Menschen zu stellen? Täglich erleben Menschen existentielle Krisen und Traumata durch Unfälle, Krankheit, Tod und materielle Verluste. Täglich findet Gewalt statt, ob häusliche oder sexualisierte, an Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen. Darf hier über das Ziel einer Heilung hinaus die Frage nach Wachstum gestellt werden? Oder sind der einzelne Mensch und die Gesellschaft nicht längst emotional überfordert angesichts ständig neuer Katastrophen und leidvoller Berichterstattungen? Was fatalerweise zum eigenen Wohl die psychischen Schutzmechanismen der Abspaltung, Ignoranz oder Verleugnung befördert (Holzner-Michna, in Vorbereitung)?

Unbenommen kann dennoch von Chance und Wachstum gesprochen werden, wenn der Begriff Krise nach dem griechischen Ursprung als Wendung oder Entscheidung (Wirtz, 2020) verstanden wird. Einer Wendung, die durch die Auseinandersetzung

mit dem Erlebten durch die betroffene Person selbst oder durch therapeutische Interventionen unterstützt als „gelungene Bewältigung oder Anpassung im Sinne einer ‘Reparatur’ erschütterter Annahmen“ (Glaesmer et al., 2020, S. 268) eingeordnet werden kann: dem sog. Posttraumatischen Wachstum (Tedeschi & Calhoun, 1995).

Wenn Menschen existentielle Krisen, extreme psychische Belastungen oder Traumata erleben, werden die dem Menschsein inhärenten fundamentalen Grundüberzeugungen erschüttert (Janoff-Bulman, 1992). Die bis dato angenommene Sicherheit, Verlässlichkeit und Kontrollierbarkeit des Lebens, in technische Abläufe, in klimatische Bedingungen oder aber in das Vertrauen anderer Menschen sind kaum mehr haltbar und aufs Äußerste herausgefordert (Holzner-Michna, in Vorbereitung). Unter bestimmten Bedingungen kann derartiges Belastungserleben zudem die Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen bewirken. Diese Störungsbilder gerieten insbesondere um die Jahrhundertwende des 20. Jahrhunderts in den näheren Fokus von Medizin und Psychiatrie als Antworten auf Verhalten und Erleben von Unfallopfern und Kriegsheimkehrenden aus dem ersten Weltkrieg (Flatten, 2011). Zum heutigen Verständnis von Trauma und deren Behandlung trugen insbesondere die Erkenntnisse des französischen Psychiaters Pierre Janet (1859 – 1947) bei, die er durch die empirische Beforschung des Phänomens der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit sammelte (Flatten, 2011). Der holocaustüberlebende österreichische Psychiater Viktor Frankl (1905 – 1997) hatte zwar bereits in der Nachkriegszeit des zweiten Weltkriegs auf Faktoren wie Resilienz hingewiesen sowie auf die menschliche Fähigkeit „Sinn in und trotz Leid[s]“ erleben zu können (Frankl, 2017, S. 15). Es dauerte dennoch bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts, bis sich die Traumaforschung dem paradoxen Phänomen positiver Wachstumschancen nach erlebten Belastungen intensiver zuwandte. Vorausgehend waren es Richard G. Tedeschi und Lawrence G. Calhoun, die das Konzept des Posttraumatischen Wachstums (im engl. Posttraumatic Growth, kurz PTG) implementierten und dem wissenschaftlichen Interesse Anschub verliehen (Tedeschi & Calhoun, 1995). Die Relevanz dieses Phänomens positiver Wachstumschancen erklären Zöllner et al. (2006) mit zunehmenden empirischen Belegen betroffener Menschen, die von positiven Veränderungen nach traumatischen Erfahrungen berichten. Es bedürfe der weiteren empirischen Beforschung zum Verständnis von Prozessen, Begleitfaktoren sowie Konsequenzen posttraumatischen Wachstums, was auch zu einem ganzheitlicheren Verständnis der Auswirkungen und über Bewältigungsmechanismen traumatischen Erlebens beitragen würde.

Erneuerung, Wachstum, Reifung, Chance. Diesen Implikationen von Posttraumatischem Wachstum nach belastenden Ereignissen möchte der vorliegende Artikel nachgehen, Definitionen und wesentliche Forschungsergebnisse klären sowie Voraussetzungen und Prozesse darstellen. Die Frage praktischer Unterstützung sowie eine Diskussion werden dem folgen.

Definition Psychischer Traumatisierung

Die heutigen Definitionen zu Wirkung und Verarbeitung von seelischen Traumata basieren maßgeblich auf der von Sigmund Freud, dem Begründer der Psychoanalyse, um die Wende zum 20. Jahrhundert beschriebenen Traumatheorie (Freud, 2020). Zudem waren dem vorausgehend Gesellschaft und Medizin mit frontheimkehrenden Soldaten des 1. Weltkrieges konfrontiert, die damals als Kriegszitterer bezeichnet und diagnostisch mit Begriffen wie shell-shock und railway-spine versehen wurden, bevor es mit der zunehmenden Entwicklung der Psychotraumatologie zur Anerkennung psychischer Traumafolgen kam (Flatten, 2011).

Fischer & Riedesser definieren ein psychisches Trauma als ein „*vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.*“ (Herv. i. Orig., 2003, S. 82). Durch das Diskrepanzerleben zwischen der wahrgenommenen Bedrohung und den individuellen und situativen Möglichkeiten der Person, diese Situation spontan bewältigen zu können, werden die normalen Erlebnisverarbeitungsprozesse außer Kraft gesetzt. Dies führt zu einer entscheidenden Veränderung des Raum-, Zeit- sowie Selbsterlebens, welche sich nach Fischer & Riedesser in Symptomen eines völligen Absorbiert- und Gefangenseins in der speziellen Situation äußern kann. Die Person erlebt zudem die für den Traumbegriff relevanten Phänomene der Depersonalisation sowie Derealisation (dem Gefühl des neben sich Stehens bzw. einem Unwirklichkeitserleben) (Fischer & Riedesser, 2003). Die in einer traumatischen Situation primär durch das Informationsverarbeitungssystem des Gehirns gesteuerten Reaktionen wie Kampf und Flucht führen speziell in den als ausweglos erlebten Situationen unter Annihilationsdrohung oftmals zur Konsequenz der sog. traumatischen Zange, welche durch die Unmöglichkeit zu kämpfen oder zu fliehen zu Zuständen der Erstarrung (Freeze), einer kompletten Unterwerfung oder (besonders bei frühkindlichen, dauerhaften und interpersonellen Traumatisierungen) zu einer Fragmentierung der Gesamtpersönlichkeit führen (Huber, 2009). Eine dissoziierte und amnestische Wahrnehmungsverarbeitung als „Vergessen[s] entscheidender Vorkommnisse“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 83), sowie eine Abspaltung, Dissoziation von Persönlichkeitsanteilen muss hier als Schutzfunktion der Psyche unter extremst aversiven und traumatischen Bedingungen verstanden werden (vgl. Huber, 2011; Nijenhuis, 2018; Steele et al., 2017).

Über das breite Spektrum traumatischer Ereignisse von akuter bis chronischer Traumatisierung hinweg zielt die definitorisch dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltbildes zudem auf das Vorhandensein wesentlicher Basisannahmen und Grundüberzeugungen ab, die Menschen im Laufe ihrer Sozialisierung über sich selbst und die Welt entwickeln. Janoff-Bulman (1992) beschreibt diese Basisannahmen oder Basic Assumptions als Erklärungsprinzipien gegenüber negativen Ereignissen mit

den drei Annahmen: The world is benevolent, The world is meaningful und The self is worthy. Die Basisannahme des Wohlwollens in die Welt bezieht sich auf die grundsätzliche Neigung von der Fürsorge, Freundlichkeit und Güte anderer Menschen auszugehen. Dabei wird gleichzeitig aber die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Unglücken, Krankheiten oder Naturkatastrophen unterschätzt. Die zweite Überzeugung meint, dass die Welt ein gerechter, vorherseh- und verstehbarer Ort sei. Gerechtheit auch insofern als dass das Bemühen Gutes zu tun auch mit Gutem honoriert werden wird und umgekehrt widrige Handlungen einer gerechten Sanktionierung zugeführt werden. Mit der dritten Annahme der self-worthiness meint Janoff-Bulman das grundsätzliche Bestreben, sich selbst in einem positiven Licht wahrzunehmen und bei Eintreten von negativen Ereignissen, die Frage eigener Verdienste oder aber Schuldhaftigkeiten aufzuwerfen (vgl. Janoff-Bulmann, 1992).

Traumatische Ereignisse unterschiedlichen Ausmaßes können nun in der Folge geringerer oder unzureichender Bewältigung zu klinisch relevanten psychischen Beschwerdebildern führen, wie bspw. der Akuten Belastungsreaktion (ABR), der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie insbesondere bei andauernden und extremen Traumatisierungen zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (K-PTBS) und Dissoziativen Identitätsstörung (DIS) (Dilling et al., 2005; Döpfner et al., 2013).

Bemerkenswert für das Konzept des Posttraumatischen Wachstum ist mit Zöllner et al. jedoch, dass der Trauma-Begriff weiter als der Kriterienkatalog gängiger Diagnosemanuale gefasst werden muss, weil das Adjektiv posttraumatisch unterstreicht, „dass die positiven Veränderungen Folge krisenhafter, traumatischer Ereignisse sind - nicht Teil einer natürlichen Entwicklung“ (2006, S. 37). So fokussieren Tedeschi et al. (2004) explizit auf eine breitere Definition, was ein traumatisches Ereignis ausmache. Sie setzen für ein traumatisches Erleben nicht notwendig eine eigene Betroffenheit oder Zeugenschaft von lebensbedrohlichen Situationen, das Erleben von Gewalt oder ein miterlebtes Todesereignis voraus. Vielmehr definieren sie Trauma als ein hochgradig stressbelastetes Ereignis, das zwingend eine Lebensveränderung herausfordert: „[...] trauma as a highly stressful and challenging *life-altering* event“ (Tedeschi et al., 2018, S. 4; Herv. i. Orig.).

Definition Posttraumatisches Wachstum

Das Konzept des Posttraumatischen Wachstums wurde bereits Mitte der 1990er Jahre durch die Psychologen und Forscher Tedeschi & Calhoun und zunächst unter dem Begriff der Posttraumatischen Reifung geprägt. Sie bezeichneten dieses als eine grundlegende Transformation einer Person im Sinne positiver psychologischer Veränderungen, welche aus der Konfrontation mit traumatischen oder extrem herausfordernden Lebensumständen resultieren (Tedeschi et al., 2018; Tedeschi & Calhoun, 1995).

„These changes occur in response to the challenge to what people assumed to be true about the lives they lived. Foundational to the concept of PTG is the constructivist perspective that people create individual versions of basic cognitive categories used to understand experience, and core beliefs about the self, their future, and their world.“ (Tedeschi et al., 2018, S. 3)

Als psychologisch seismisch (Taschedi et al., 2018, S. 4) veranschaulichen die Autoren ähnlich wie Janoff-Bulmann (1992) die Tatsache, dass gleich einem Erdbeben bei Krisen, Extremstress und traumatischen Ereignissen die Grundannahmen des Individuums eine ernsthafte und nachhaltige Erschütterung erfahren. Das Ereignis muss dabei signifikant genug sein, um die Annahmen über die eigene Zukunft und deren Bewältigbarkeit herauszufordern, was in der Regel extreme Ängste und psychische Beschwerden nach sich zieht. Das Ereignis selbst kann sich dabei definitorisch innerhalb der Spannbreite des Verlustes einer gesellschaftlich bedeutsamen Rolle, einer individuellen Fähigkeit oder aber einer chronischen Traumatisierung durch sexualisierte Gewalt oder Kriegserleben bewegen (Tedeschi et al., 2018).

Posttraumatisches Wachstum fokussiert demnach explizit auf die einer traumatischen Situation nachfolgende Zeit. Nicht die Reaktionsformen während oder unmittelbar nach einem belastenden Ereignis sind entscheidend, sondern die individuelle Reaktionsweise im Umgang mit den posttraumatischen Folgen (Holzner-Michna, in Vorbereitung). Hier entwickelten sich neue Wege des Denkens, Fühlens und Verhaltens, da das Ereignis eine Rückkehr zu früheren Basisannahmen nicht mehr erlaube (Tedeschi et al., 2018, S.44). Wachstum meint damit maßgeblich eine profunde und transformative Veränderung in Kognitionen und emotionalem Erleben (Taschedi et al., 2018). Die persönliche Weiterentwicklung und Reifung im Sinne normativer Veränderungen, wie beispielsweise infolge einer Geburt oder des Todes einer älteren Person sind nach Mangelsdorf (2020) allerdings davon zu unterscheiden. Tedeschi et al. (2018) weisen zudem explizit auf die Bedeutung der Unterscheidung von alltäglichen Stressoren oder Problemen hin. Denn gerade das extreme Ausmaß der Erschütterung der Basisannahmen und das für traumatische Situationen definitorische Übersteigen vormals vorhandener Bewältigungsmechanismen eröffnen den Weg für die Entwicklung der Dimensionen des Posttraumatischen Wachstums. Im Unterschied zu salutogenetischen Betrachtungen wie der Resilienz (Harms, 2017) oder dem Kohärenzsinn (Antonovsky, 1997) beschreiben diese Konzepte mehr die bereits vor einem Trauma vorhandenen stärkenden Persönlichkeitseigenschaften und Bewältigungsressourcen.

Das Wachstum liegt folglich darin, dass es im zeitlichen Verlauf nicht zu einer Rückkehr zur peritraumatischen psychischen Ausgangssituation kommt, sondern bezüglich emotionaler und kognitiver Annahmen zu einer fundamentalen und tiefen Erfahrung (Harms, 2017) und Transformation (Tedeschi & Calhoun, 1995). Maercker & Rosner (2006) sprechen von einem Zuwachs an innerer Reife und einer notwendigen

Neudefinierung des Lebenssinns. Joseph postuliert diesbezüglich, dass die vorausgehende posttraumatische Belastung nicht als eine Störung, sondern maßgeblich als eine Interaktion zwischen kognitiven Prozessen sowie den erschütterten Annahmen des bisherigen Lebens betrachtet werden müsse. In diesem Sinne nämlich sei Posttraumatisches Wachstum ein Anpassungsvorgang, welcher das Bemühen einer betroffenen Person aufzeigt, die „Annahmen über sich selbst und ihr Verhältnis zur Welt um- und neu aufzubauen (2015, S. 98).

Dimensionen Posttraumatischen Wachstums

Welche Dimensionen aber nun sind es, in welchen Menschen nach traumatischen Erfahrungen wachsen können? Nach Maercker et al. (2021) findet die subjektiv erlebte Reifung einer traumaüberlebenden Person zum einen im Bereich einer positiveren Sicht auf sich selbst und auf die Welt an sich sowie einer Intensivierung der Wertschätzung gegenüber dem eigenen und dem Leben per se statt. Ebenso kann sich Wachstum im Bereich der persönlichen Beziehungen, des spirituellen Bewusstseins oder der Überzeugung gegenüber eigenen Stärken und Möglichkeiten vollziehen (Maercker et al., 2021).

Blanchard (2013; eigene Übersetzung aus dem Englischen, vgl. auch Holzner-Michna, in Vorbereitung) führt die in Studien beobachteten positiven Veränderungen differenziert folgendermaßen aus:

- sich weniger egoistisch, altruistischer und zunehmend empathischer zu fühlen
- Gefühle der Selbstaktualisierung
- verbesserte soziale Beziehungen zu führen sowie ein größeres Gefühl der Verbundenheit und des Mitgefühls zu erleben
- Wahrnehmung eines erfüllteren Lebens, ein größeres Gefühl des Wohlbefindens
- ein neuer Sinn für Zweck und Bedeutung sowie neue Werte, die aus dem Trauma entstanden sind
- Gefühle, wie neugeboren zu sein und endlich ein authentisches Selbst bzw. eine positivere Identität gefunden zu haben
- mehr Wohlbefinden in Zeiten der Einsamkeit, ohne abwehrenden Rückzug
- eine dramatische Reduktion des egoistischen Bewusstseins sowie ein erweitertes Empfinden von Einheit, nicht nur mit Menschen, sondern mit dem gesamten Kosmos
- größere geistige Klarheit und Sinnhaftigkeit der Welt, trotz vorhandenen Leidens
- die Fähigkeit mehr im Moment leben zu können als in depressiver Traurigkeit, die Vergangenheit wieder durchlebend oder in Sorge um die Zukunft
- das Gefühl, spirituell erwacht zu sein, eine religiöse Bekehrung oder eine Abwendung von der Akzeptanz früherer Dogmen, das Aufgeben alter Überzeugungen und Konzepte, die sich nun als zu einschränkend anfühlen
- eine verminderte Angst vor dem Tod.

Andere Autor:innen haben eben diese phänomenalen Prozesse des Posttraumatischen Wachstums mit Begriffen belegt wie: *Stress-related Growth* (Park et al. 1996), *Finding Benefits* (Affleck & Tennen, 1996), *Thriving* (O’Leary et al., 1995), *Positive Psychological Changes* (Yalom & Lieberman, 1991), *Transformational Coping* (Aldwin, 1994; zit. n. Zöllner et al., 2006, S. 37; Herv. i. Orig.).

Psychoemotionale Reaktionsformen nach traumatischen Erfahrungen

Bereits 1995 zeigten O’Leary & Ickovics sowie Joseph später 2015 drei explizite Anpassungsverläufe unter widrigen Bedingungen auf, die eine graduelle Unterscheidung der Reaktionen nach traumatischen Ereignissen zulassen: Beeinträchtigung, Erholung sowie eine Neuordnung bzw. Wachstum nach traumatischen Ereignissen. Sie stellten damit dar, dass Posttraumatisches Wachstum über das frühere Funktionsniveau hinausreicht. Nach Mangelsdorf (2020b) lassen sich somit insgesamt vier Formen psychoemotionaler Reaktionen nach traumatischen Erfahrungen differenzieren (siehe Abb.1).

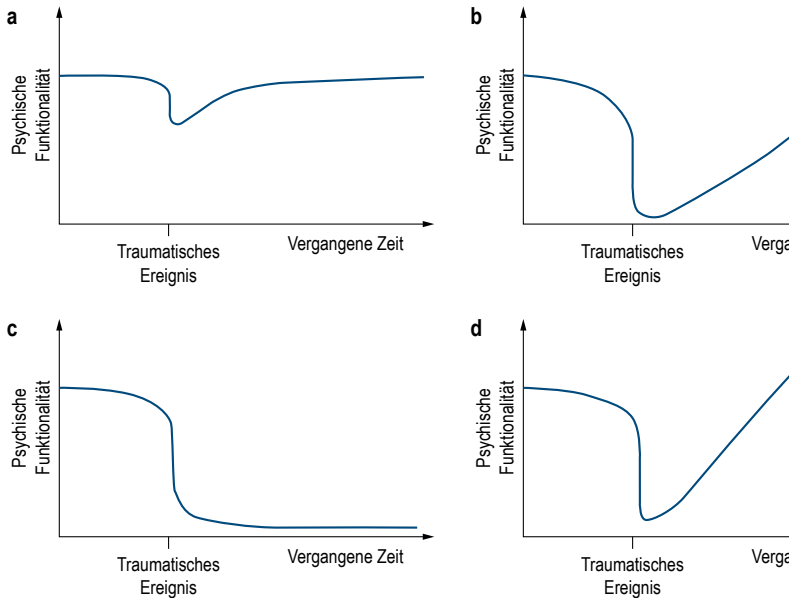


Abb. 1: Psychoemotionale Reaktionen nach traumatischen Erfahrungen. a Resilienz, b Erholung, c Posttraumatische Belastungsstörung, d Posttraumatisches Wachstum (Mangelsdorf, 2020b, S. 25)

Die psychoemotionale Reaktionsform der *Resilienz* zeichnet sich nach Mangelsdorf (2020b) dadurch aus, dass eine Person nach einem belastenden Ereignis zwar einen Abfall ihrer psychischen Funktionsfähigkeit erlebt, nach kurzer Zeit jedoch wieder

ohne Einbußen über das Ursprungsniveau verfügt. Bonnano & Mancini heben explizit hervor, dass Resilienz als „die Fähigkeit, das gewohnte Funktionsniveau aufrechtzuerhalten, keine seltene, sondern oft eine ganz normale Reaktion auf ein potentielles Trauma darstellt“ (2012, S. 77). *Erholung* tritt ein, wenn das erlebte Ereignis zwar zu einer maßgeblichen und bedeutsamen Erschütterung mit psychischen Funktionseinbußen geführt hat, die Person sich im Verlauf der Aufarbeitung jedoch erholt und die vormals vorhandene psychische Funktionalität wiedererreichen kann. Wesentlich ist, dass es dennoch in Abgrenzung zum Posttraumatischen Wachstum nicht zu einer Erweiterung psychischer Ressourcen kommt (Mangelsdorf, 2020b). Eine *Posttraumatische Belastungsreaktion* wiederum tritt dann auf, wenn es bezüglich des psychischen Funktionsniveaus in unmittelbarer oder zeitversetzter Form zu einem massiven und dauerhaften Abfall kommt. Diese Form stellt eine klinisch relevante und behandlungsbedürftige Störung dar (Mangelsdorf, 2020b). Hingegen weist die Reaktionsform des *Posttraumatischen Wachstums* zwar immenses Leiderleben und Funktionseinbußen auf, führt allerdings „nicht nur zu einer Adaptation zurück zum ursprünglichen Funktionsniveau, sondern zu einer Erweiterung der psychischen Ressourcen“ (Mangelsdorf, 2020b, S. 25). Bemerkenswerterweise schließen sich nachweislich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie ein in der Folge auftretendes Posttraumatisches Wachstum keineswegs aus und können vielmehr nach einer gelungenen Aufarbeitung phänomenal aufeinander folgen (Mangelsdorf, 2020b).

Maercker et al. weisen darüber hinaus auf eine Mehrdimensionalität der Phänomene hin, wodurch nicht zwischen einer Krisenfokussierung und Wachstumsorientierung polarisiert werden sollte. Vielmehr handle es sich bei psychopathologischen Folgen sowie posttraumatischer Reifung um unabhängige und nicht linear aufeinander bezogene Dimensionen. Fehlende Resilienz oder nicht zutage tretendes posttraumatisches Wachstum dürften nicht als Defizit verstanden werden, da sie „dem Einfluss zahlreicher äußerer Bedingungen im gesamten Lebenslauf [unterliegen], die sich in der Regel unserer vollständigen Einschätzung entziehen“ (Maercker et al., 2021, S. 96).

Posttraumatische Belastung – Risiko- und Schutzfaktoren

Für diese benannten Einflüsse sind analog die für die Entstehung posttraumatischer Belastungsreaktionen formulierten Erkenntnisse zu Risiko- und Schutzfaktoren zunächst zu erläutern. So ist aus epidemiologischen Studien sowie Metaanalysen gesichert, dass die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung multifaktoriellen Einflüssen je nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens unterliegt. Maercker et al. (2021) formulieren als prätraumatische Risikofaktoren neben Alter (hohes Risiko in jungem Alter sowie erneut in höherem Alter), Art des Geschlechts (bspw. sind Frauen verstärkt pathogenen Traumata wie sexualisierter Gewalt, Männer mehr Gewalt oder Kriegstraumatisierungen ausgesetzt), wobei der Faktor Geschlecht durch

neuere Erkenntnisse bzgl. unterschiedlicher Wahrnehmungen von Kontrollverlust und Bedrohung, dem Maß peritraumatischer Dissoziation (einer Abspaltung von Wahrnehmungen, Gefühlen, Denken oder psychischen Funktionen während und unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis) oder mangelhafter sozialer Unterstützungsressourcen und maladaptiver Bewältigungsstrategien bspw. durch Alkohol bei beiden Geschlechtern diskutiert werden (Maercker et al., 2021).

Als weitere Risikofaktoren werden eine geringere Intelligenz, das Vorhandensein früherer Psychopathologien und Traumatisierungen sowie erhöhte Vulnerabilitäten durch negative soziokulturelle Einflüsse und benachteiligende Chancenstrukturen anerkannt (Maercker et al., 2021). Die wesentlichen Faktoren peritraumatischer Einflüsse sind der sog. Dosiseffekt in Bezug auf spezifische Charakteristika des traumatischen Ereignisses sowie die subjektiven Ereignismerkmale des Erlebens intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Schreckens oder des Erlebens von Todesangst und mentaler Selbstaufgabe (vgl. Traumakriterien des DSM-V; Döpfner et al., 2013). Maßgeblich hat auch das Erleben dissoziativer Symptome wie Depersonalisation und Derealisation einen Einfluss auf eine potentielle Entwicklung von Traumafolgestörungen. Als wesentlichster Prädiktor unter den Schutzfaktoren, insbesondere in der posttraumatischen Phase, wirkt jedoch das Vorhandensein von sozialer Unterstützung positiv auf die Abflachung traumabedingter Symptome. Neben dem Faktor der interpersonellen Unterstützung in der posttraumatischen Phase wurde zudem die Aufmerksamkeit in mehreren Studien auf Werteorientierungen als Schutz- oder Risikofaktoren gerichtet. Weisen Menschen eine hohe Ausprägung in den Wertegruppen *Bewahrung des Bestehenden* und *Selbstbestärkung* sowie bzgl. *Offenheit für Wandel* und *Selbstüberwindung* auf, so wirkte dies nachweislich als Schutzfaktor vor der Entwicklung von Traumasymptomen (Maercker et al., 2021, S. 91 ff., Herv. i. Orig.).

Posttraumatisches Wachstum – Positive Prädiktoren

Folgerichtig stellt sich die Frage, welche Prädiktoren und Persönlichkeitsmerkmale über eine erfolgreiche Traumabewältigung hinaus zudem auf positives Wachstum hindeuten (Holzner-Michna, in Vorbereitung). Tedeschi & Calhoun fanden diesbezüglich bereits 1995 Faktoren wie Ausdauer, Entschlossenheit, Vertrauen, die Fähigkeit eine emotionale Verbindung zu anderen herstellen zu können sowie eine notwendige Akzeptanz nicht veränderbarer Umstände. Mit Verweisen auf Rotter (1966), Bandura (1982) und andere, fassen die Autoren weitere Prädiktoren für Posttraumatisches Wachstum zusammen (Tedeschi & Calhoun, 1995). Rotters Konzept (1966) der internalen und externalen Kontrollüberzeugungen, wonach Menschen die Beeinflussbarkeit von Ereignissen entweder primär sich selbst oder aber der Außenwelt zuschreiben, bestätigte sich in der generalisierten Erwartung, gegenüber existentiellen Problemen Kontrollierbarkeit erleben zu können oder sie external zuzuschreiben. Dies geht einher mit Bandura´s Konzept (1982) der Selbstwirksamkeit,

wonach optimistische Personen eher dazu tendieren aktive und problemlösungsorientierte Coping-Mechanismen anzuwenden. Darüber hinaus interessierte Tedeschi & Calhoun die Frage nach Persönlichkeitsfaktoren, wie sie von Costa & McCrae (1985) beforcht wurden. Insbesondere stabile, bereits vor einem Trauma existierende Persönlichkeitsfaktoren (sog. Traits) wie der Faktor Offenheit für neue Erfahrungen sowie der Faktor Extraversion beeinflussten nachhaltig die Wahrnehmung und Interpretation eigener Affekte sowie persönlicher Beziehungen (Tedeschi & Calhoun, 2015). Auch das Konzept des Sense of Coherence nach Antonovsky (1997) war von Anbeginn an im Fokus der Autoren. Im Gegenzug zu einer pathogenetischen Perspektive auf Belastungserleben bekräftigen die Dimensionen der Handhabbarkeit (Manageability) und Nachvollziehbarkeit von Ereignissen (Comprehensibility) sowie eine grundlegende Sinnhaftigkeit des Lebens (Meaningfulness) die Wahrnehmung, dass Belastungen omnipräsent sind und aus diesen bei angemessener Beantwortung ein positiver Nutzen gezogen werden kann (Antonovsky, 1997; Tedeschi & Calhoun, 1995). Unter dem Aspekt positiver Prädiktoren spricht Joseph (2015) des Weiteren von einer prinzipiellen Neigung entweder mit einer annäherungsorientierten Haltung oder aber einer vermeidungsorientierten Bewältigungsstrategie zu reagieren. Die Vermeidung der Auseinandersetzung mit Erinnerungsauslösern oder den Folgen des Geschehenen verhindert eine Aufarbeitung. Eine annäherungsorientierte Herangehensweise jedoch schließt sowohl die gefühlsmäßige als auch handlungsorientierte Verarbeitung mit ein, was mit einem größeren Posttraumatischen Wachstum einhergeht.

Mangelsdorf & Eid nahmen 2015 eine internationale Vergleichsstudie vor, die zu drei zentralen Prädiktoren führte. Posttraumatisches Wachstum war deutlich assoziiert mit 1. der Anwesenheit von positiven Emotionen, 2. der sozialen Unterstützung durch andere Personen sowie 3. der Fähigkeit aus dem Erlebten Sinn schöpfen zu können. „Menschen, denen es gelang, trotz der kritischen Erfahrungen Momente positiver Emotionalität herzustellen, die unterstützende soziale Beziehungen hatten und die für sich im Nachhinein dem Erlebten einen Sinn beimessen konnten, zeigten häufiger posttraumatisches Wachstum“ (Mangelsdorf 2020b, S. 27).

Der Prozess des Posttraumatischen Wachstums

Welcher innerpsychische Prozess initiiert nun aber Posttraumatisches Wachstum? Nach Zöllner et al. erfordert ein persönlicher Wachstumsprozess im Sinne des Konzepts das Erleben eines so schwerwiegenden Ereignisses,

„dass bisherige Grundannahmen einer Person erschüttert und vorhandene Bewältigungskompetenzen überstiegen werden. Das dadurch hervorgerufene psychische und emotionale Leid setzt einen kognitivemotionalen Verarbeitungsprozess in Gang, der anfänglich durch häufiges, automatisches Ruminieren über das Erlebte und dessen Folgen gekennzeichnet ist.“ (2006, S. 39)

Nach anfänglichen Bewältigungserfolgen in Form von reduziertem emotionalen Distress und einer Verabschiedung von unerreichbaren Zielen wandelt sich die automatische Rumination um in ein absichtliches Reflektieren über das Trauma sowie dessen Bedeutung und die Bedeutung der Folgen des Traumas (Zöllner et al., 2006). Anders als bei unproduktivem und intrusivem Grübeln oder einer kognitiven Vermeidung in der Auseinandersetzung mit dem Erlebten und dessen Folgen beschreiben die Autor:innen Rumination als einen wesentlichen sowie konstruktiven Prozess im Sinne einer kognitiven Verarbeitung. Dies umfasst Denktivitäten wie die Analyse der Situation, kognitive Reinterpretationen sowie die Generierung von Sinn (Zöllner et al., 2006). Untermuert durch empirische Studien wird „als zentrales Element im Growth-Prozess [...] das Ausmaß angesehen, in welchem sich die betroffene Person kognitiv mit der ausgelösten Krise auseinandersetzt.“ (Zöllner et al., 2006, S. 40). Oben beschriebene Prädiktoren wirken für die Auslösung des Wachstumsprozesses unterstützend (Zöllner et al., 2006).

Tedeschi & Calhoun erweiterten seit Formulierung des Konzepts mehrere Versionen des im folgenden vorgestellten Theoriemodells zu den Komponenten des Posttraumatischen Wachstums (Abb. 2).

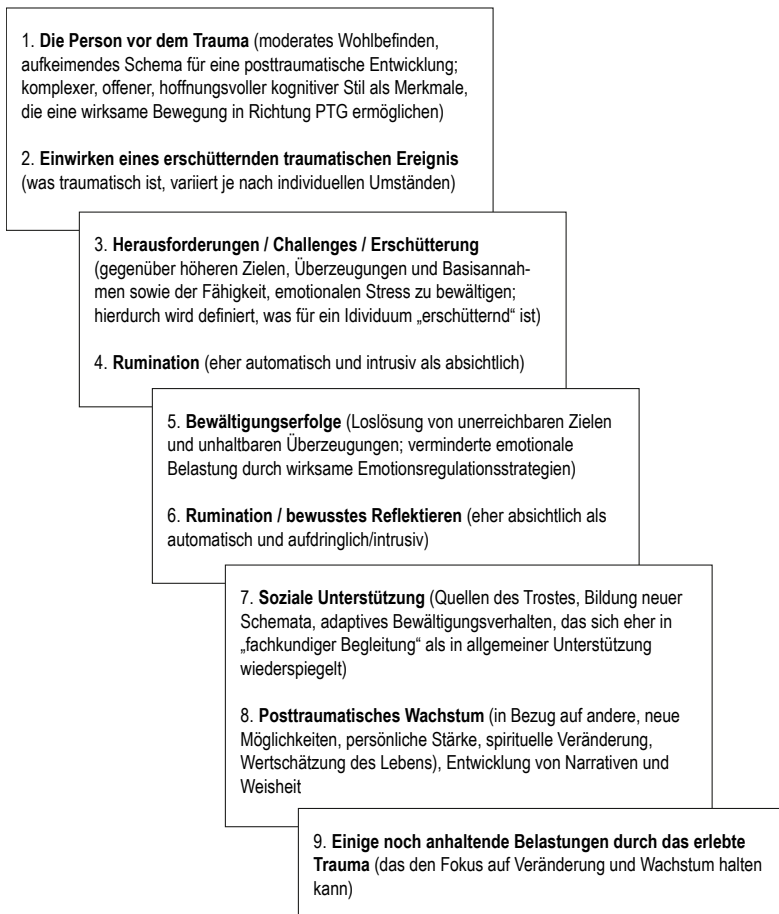


Abb. 2: Komponenten des Theoriemodells zu Posttraumatischem Wachstum (eigene Darstellung und Übersetzung, vgl. Holzner-Michna, in Vorbereitung in Anlehnung an Tedeschi & Calhoun, 2018, S. 42;)

Abhängig vom Zeitpunkt und Entwicklungsstand einer Person muss die Entstehung von Posttraumatischem Wachstum sowohl als fortlaufender Prozess als auch als Resultat betrachtet werden (Tedeschi & Calhoun, 2018). Die prätraumatischen Merkmale einer Person affektieren das individuelle Erleben des traumatischen Ereignisses und beeinflussen folglich, welche der vorbestehenden Basisannahmen tangiert und erschüttert werden. Janoff-Bulman (1992) spricht im Besonderen von einer Desillusionierung bisheriger Basisüberzeugungen. Das zunächst posttraumatisch unfreiwillige und intrusive Ruminieren verändert sich zunehmend in eine gezielte kognitive Auseinandersetzung. Diese wiederum ermöglicht die Bildung von

inneren Narrativen des Geschehenen sowie des psychischen Erlebens. Zusammen mit persönlicher, sozialer oder fachlicher Unterstützung eröffnet sich der Weg zum Erleben individueller Stärke, der Entwicklung neuer Wertausprägungen oder Weisheitskompetenzen (Tedeschi & Calhoun, 2018; Baumann & Linden, 2020).

Es besteht also eine Koexistenz zwischen Distress bzw. Trauma sowie Posttraumatischem Wachstum, dessen Level abhängig ist vom Vorherrschen des jeweils anderen. Posttraumatisches Wachstum kann folglich beschrieben werden als ein interagierender Prozess zwischen einer bewussten kognitiven Auseinandersetzung mit der erlebten traumatischen Situation und deren Folgen, der Ausbildung eines integrierenden und sinnstiftenden Narrativs sowie dem möglichen Verbleib einiger noch weiterbestehender Belastungen (Tedeschi & Calhoun, 2018).

Qualitative und quantitative Forschung zu Posttraumatischem Wachstum

Tedeschi et al. (2018) haben intensive Forschungen zu Posttraumatischem Wachstum von qualitativen über quantitative Designs, Interkulturellen- und Entwicklungsforschungen sowie interdisziplinären Studien zu neurobiologischen Mechanismen vorgenommen.

Das ursprüngliche und wohl bekannteste Questionnaire für quantitative Forschung stellt das PTGI – Posttraumatic Growth Inventory dar (Tedeschi & Calhoun, 1996). Dieses entwickelte sich zunächst aus qualitativ durchgeführten semistrukturierten Interviews sowie Open-Ended-Responses, die inkludiert in Testbatterien zu spezifischen Aussagen über Posttraumatisches Wachstum führten. Die Erkenntnisse und Antworten aus der qualitativen Befragung zeichneten eine Repräsentation für bestimmte Anpassungsfunktionen in der Folge einer traumatischen Erfahrung ab, welche kategorial in das PTG-Inventory aufgenommen wurden (Tedeschi et al., 2018). Da insbesondere in der qualitativen Forschung die Bedeutung auf von Proband:innen gebildeten Narrativen liegt, wurde die Grounded Theory wegen deren Vermeidung von Vorannahmen als Forschungszugang mit einbezogen.

Das Posttraumatic Growth Inventory – PTGI selbst liegt sowohl in einer Kurzfassung mit 10 Items (PTGI-SF) sowie einer erweiterten Fassung mit 25 Items (PTGI-X, C-PTGI, PTGDI-50) vor, welche zudem die Perspektive des spirituell-existentialen Wachstums deutlicher abfragt und so für eine größere Bandbreite interkultureller Forschung zugänglich macht. Mehrere Autor:innen um Tedeschi & Calhoun entwickelten einen Fragebogen für Kinder, das PTGI-C, die 1999 den Hurrikan Floyd in North Carolina, USA überlebt hatten. Wesentlich werden im PTG-Inventory fünf Faktoren bezüglich der Beziehungen zu anderen, Schöpfen neuer Möglichkeiten, persönliche Stärke, spirituelle Veränderung sowie Wertschätzung gegenüber dem Leben untersucht (Tedeschi et al., 2018). Der PTGI liegt in zahlreichen Sprachen und auch als deutsche Version vor.

Ein weiterer bedeutender Fragebogen ist das Psychological Well-Being-Posttraumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ) veröffentlicht von Ryff (1989), das die sechs Subskalen Autonomie, Bewältigung von Umgebungsfaktoren, persönliches Wachstum, positive Beziehungen, Sinn im Leben sowie Selbstakzeptanz abfragt (Tedeschi et al., 2018; Joseph, 2015; Joseph et al. 2012).

Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere thematisch verwandte Messinstrumente, die hier nur exemplarisch benannt werden sollen: die Stress Related Growth Scale (SRS), die Benefit Finding Scales (BFS) sowie Benefit Scale for Children (BFSC), das Changes in Outlook Questionnaire (CiOQ), die Thriving Scale (TS) oder das Silver Lining Questionnaire (SLQ), das Core Beliefs Inventory (CBI) oder Event Related Rumination Inventory (ERRI) (Mangelsdorf, 2020b; Tedeschi et al., 2018).

Bezüglich der Validität der quantitativen Messung Posttraumatischen Wachstums wurde vielfach Skepsis geäußert, insbesondere wegen der Korrelation der Veränderungen zwischen prä- und posttraumatischen Ereignissen. Tedeschi et al. (2018) weisen jedoch darauf hin, dass die berichteten Veränderungen bzw. das Posttraumatische Wachstum einen deutlichen Marker mit dem Eintreten des traumatischen Ereignisses vorweisen und die nachfolgende Entwicklung somit als ein Ergebnis dessen betrachtet werden müsse.

Exemplarische Forschungsergebnisse und konzeptionelle Anwendungen zu Posttraumatischem Wachstum

Untersuchungsdesigns zu Posttraumatischem Wachstum an Populationen unter Einbezug diverser traumatischer Ereignisse, wie Verlusten durch Todesfälle und Suizid, nach Naturkatastrophen und kriegerischen Auseinandersetzungen oder in der Folge schwerer körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen wurden in den vergangenen Jahren einem vertieften Forschungsinteresse unterzogen (Holzner-Michna, in Vorbereitung).

Bestätigende Resultate beschreiben Tedeschi et al. (2018) bezüglich Religiosität bzw. Spiritualität und Posttraumatischem Wachstum. Hier konnte eine positive und konstante Assoziation gefunden werden zwischen religiös konnotierten Coping-Strategien und einem nachweislichen Wachstum nach Krisen und Traumata. Zudem wurde in interkulturellen Studien bestätigt, dass Inhalt und Level von Posttraumatischem Wachstum durchaus mit der Frage individualistische versus kollektivistische Kultur korrelieren. So fanden Taku et al. (2015) höhere Level an persönlicher Stärke, Selbstvertrauen und neuen Wegen im Leben in individualistisch geprägten Gesellschaften, wohingegen kollektivistische Kulturen vermehrt ein Wachstum innerhalb der Gemeinschaft erlebten.

Löffler et al. (2012) befragten in einer Studie zu Traumabewältigung und Sinnfindung Menschen mit diagnostizierten PTBS-Symptomen. Die interessierenden Va-

riablen bezogen sich auf die gesundheitsrelevante Lebensqualität, Lebenszufriedenheit sowie Depressivität und Sinnerleben. Sie konnten innerhalb dieser Population nachweisen, dass ein höheres Ausmaß des individuellen Sinnsystems einhergehend sowohl mit einem verbesserten psychischen Befinden als auch mit Aspekten von Posttraumatischem Wachstum.

Des Weiteren wiesen Tedeschi et al. (2018) bei einer Studie mit Tumorpatient:innen ein berichtetes gesteigertes Mitgefühl für andere nach. Zudem katalysierte die Erkrankung eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens. Die Autor:innen merkten allerdings an, dass es einen maßgeblichen Unterschied zwischen den Kohorten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen und Verletzungen sowie anderen Formen von Traumaerfahrungen gäbe. Sie erklären dies durch den unmittelbaren und substantiellen Impact auf die körperliche Integrität des Individuums.

Maercker & Rosner (2006) hingegen beschreiben in einem Überblick von Studien mit unterschiedlichen Stichproben (wie Personen mit Tumor- und Schmerzerkrankungen, Knochenmarkstransplantationen, Unfallopfern sowie Hinterbleibenden von plötzlichen Todesfällen oder Menschen aus den Personenkreisen Geflüchteter und Inhaftierter), dass es keine systematische Beziehung zwischen Indizes einer posttraumatischen Reifung sowie Indizes von psychischer Anpassung gäbe.

In einer aktuellen Studie von Collazo-Castiñeira et al. (2022) nahmen die Autor:innen eine Longitudinalstudie zu Posttraumatischem Wachstum während der Covid-19-Pandemie vor. Über den zeitlichen Verlauf konnten sie die Stabilität von Posttraumatischem Wachstum nachweisen und belegen, dass es sich hierbei nicht um eine illusorische oder vorübergehende Veränderung handelte. Sie identifizierten neben negativen Kontextvariablen (wie dem Verlust einer geliebten Person) auch entscheidende protektive Variablen (wie soziale Teilhabe oder körperliche Betätigung).

Neurophysiologische Forschungsergebnisse zu Posttraumatischem Wachstum

Trotz der deutlich gewordenen kontroversen Forschungsergebnisse aus qualitativen und quantitativen Forschungsdesigns gibt es zunehmend bestätigende Erkenntnisse zu hirnphysiologischen Mechanismen in Bezug auf Posttraumatisches Wachstum (bzgl. biopsychologischer und neurophysiologischer Mechanismen zu peri- und posttraumatischen Reaktionen wird verwiesen auf: Dell et al., 2014; Kandel et al., 2013; Nijenhuis, 2018; Roth et al., 2020).

Rabe et al. beispielsweise untersuchten Personen nach schweren Verkehrsunfällen auf neuronale Korrelate zu den jeweiligen Bereichen von Posttraumatischem Wachstum (ausgenommen der spirituellen Dimension). Entscheidend hierbei war, dass neben diagnostischen Interviews und elektroencephalographischen Untersuchungen die frontale Hirnsymmetrie in Verbindung gesetzt wurde zu emotions- und

motivationsbezogenen Konstrukten. Die Autor:innen fanden signifikante Korrelationen zwischen einer frontozentralen Asymmetrie und konnten die Hypothese bestätigen, dass Posttraumatisches Wachstum mit einer höheren linksfrontalen Hirnaktivität assoziiert ist (Rabe et al., 2006; Holzner-Michna, in Vorbereitung).

Einen anderen Zugang wählten Fujisawa et al. (2015) indem sie mittels funktioneller Magnetresonanztomographie im Ruhezustand den Zusammenhang zwischen Posttraumatischem Wachstum und der basalen funktionellen Netzwerkkonnektivität herstellten. Sie konnten positive Zusammenhänge nachweisen zwischen den Scores des Posttraumatic Growth Inventories PTGI sowie den neurophysiologischen Aktivitäten im rostralen präfrontalen Kortex sowie im oberen Parietallappen. Die Autor:innen befanden, dass Personen mit einem höheren Wachstumsscore nach negativen Erfahrungen eine stärkere Aktivierung vorwies, vor allem im Bereich des prospektiven bzw. Arbeitsgedächtnisses als die Gruppe jener mit niedrigeren Werten. Zudem stellten sie eine verstärkte Konnektivität innerhalb des supramarginalen Gyrus und dem oberen Parietallappen fest, eben jener Region, die maßgeblich für die Fähigkeit zur Mentalisierung zuständig ist. Fujisawa et al. erklären dies so, dass psychologisches Wachstum möglicherweise mit einer stärkeren funktionellen Verbindung zwischen den Arealen für Gedächtnisfunktionen sowie sozialen Funktionen einhergehe (Fujisawa et al., 2015).

Förderung von Posttraumatischem Wachstum

Davon ausgehend, dass Posttraumatisches Wachstum nicht primär infolge eines erlebten traumatischen Ereignisses auftritt, sondern explizit eine prozesshafte Folge der Bewältigung eben dieser Erfahrung ist, stellt sich nun die Frage, ob und wie Wachstum und Reifung posttraumatisch – insbesondere im therapeutischen Kontext - gefördert werden können. Zwar konstatiert Mangelsdorf (2020b) eine mangelnde Beforschung von Interventionen und Behandlungskonzepten zur Förderung von Posttraumatischem Wachstum. Dennoch sind es gerade Tedeschi et al. (2018) sowie Tedeschi & Moore (2016), die ein Programm vorstellen, welches sich an den Prinzipien und Dimensionen des Konzepts des Posttraumatischen Wachstums orientiert. Dieses PTG-basierte Programm beinhaltet neben körperlichen oder meditativen Aktivitäten jene Aspekte, die eine willentliche Ruminaton, Selbstreflexion und Regulierung von Emotionen befördern.

Genau dies bestätigte Roepke (2015) in einer Metaanalyse und deutet darauf hin, dass Menschen, die aktiv an Interventionsformaten teilnehmen, wie beispielsweise an Übungen zu Achtsamkeit, Psychoedukation oder Emotionsregulierung, eine positive Unterstützung im Sinne des Posttraumatischen Wachstums erleben (Roepke, 2015; Tedeschi et al., 2018).

Dies deckt sich mit den Grundlagen der Positiven Psychologie, wie sie von Mangelsdorf (2020a;2020b) vertreten werden. Dabei verweist die Autorin auf die bereits benannten

Komponenten der Anwesenheit von unterstützenden Beziehungen, dem Vorhandensein positiver Emotionen sowie der Sinnfindung im Erlebten (Mangelsdorf, 2020b). Jene Interventionen, die einen Perspektivwechsel sowie eine Aufmerksamkeitsverschiebung in Richtung positiver Lebensaspekte befördern, unterstützen auch die Entwicklung von Posttraumatischem Wachstum (Mangelsdorf 2020b). Auch Baumann & Linden (2020) sprechen von der Bedeutung des Perspektivwechsels sowie der Befähigung zur Regulierung von Emotionen, um die Entwicklung von Weisheitskompetenzen eines Menschen besonders während der Aufarbeitung von belastenden Ereignissen anzuregen. Eben jene Faktoren dürfen im therapeutischen Kontext zusammen mit dem vieldiskutierten Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung (Grawe, 1988) als wegweisend für die Entwicklung von Posttraumatischem Wachstum angesehen werden.

Denn nicht zuletzt hebt Joseph hervor, dass es einer wertschätzenden und einfühlsamen Arbeitsbeziehung bedürfe, welche zudem die Grundbedürfnisse eines Menschen nach Verbundenheit und Selbstbestimmung validiere und sich erst hierdurch „der Therapieschwerpunkt von der Linderung der PTBS hin zur Förderung des posttraumatischen Wachstums“ verschieben könne (Joseph, 2015, S. 142).

Diskussion und Schlussworte

Posttraumatisches Wachstum scheint nach diesen Ausführungen und unter Einbezug empirischer Belege (siehe u. a. Keller, 1965; Frankl, 2017 oder Wright, 2017) eine Option eines Outcomes nach traumatischen Erlebnissen zu sein. Gleichzeitig werfen die heterogene Befundlage und vage klinische Erfahrungen nach wie vor Zweifel auf. Maercker et al. schlagen daher ein Zweikomponentenmodell vor: das „Januskopf-Modell posttraumatischer Reifung“ (2021, S. 96; Herv. i. Orig.). Dieses ermögliche es, Aussagen zu subjektivem Wachstum nach einer Traumatisierung unter Berücksichtigung zeitlicher Aspekte zwei adaptiven Seiten zuzuweisen: „eine positive psychische Anpassung im Sinne des ursprünglichen Konzepts posttraumatischer Reifung“ sowie eine „illusorische Komponente, bei der sich eine posttraumatische Reifung als Wunschdenken zur Selbsttäuschung oder -beruhigung ausdrückt (‘Es muss doch für etwas gut gewesen sein´)“ (Maercker et al., 2021, S. 96-97). So könne letztere als palliative Bewältigungsstrategie unmittelbar nach einem einschneidenden Ereignis hilfreich sein, extreme emotionale Reaktionen zu ertragen, längerfristig dies jedoch die kognitive Vermeidung einer tatsächlichen Auseinandersetzung mit dem Erlebten bedeuten (Maercker et al., 2021, S. 97). Dies wirft die Frage auf, ob Posttraumatisches Wachstum in therapeutischen Prozessen zunehmend als Zielvariable erbracht werden sollte. Oder aber, ob nicht eine ohnehin fragile und herausfordernde Aufarbeitung von Traumatisierungen nicht Druck sowohl auf Patient:innen als auch Therapeut:innen bedingen würde? Womöglich sollte besonders in den westlichen individualisierenden Kulturen ein Fokus vielmehr auf die unmittelbare, zwischenmenschliche Begleitung Betroffener sowohl im familiären, freundschaftlichen als auch krisenintervenitorischen Umfeld gelegt werden. Wie oben dargestellt könnte

hierdurch Wachstum und Reifung angebahnt, vielleicht aber sogar sekundärpräventiv eine Vermeidung des Entstehens posttraumatischer Belastungsstörungen und eine Förderung von Erholung und Resilienz gelingen.

Das Konzept des Posttraumatischen Wachstums braucht weitere und multidimensionale Forschung zu Entstehung, Prozess und Förderung. Praktisch könnte dies bedeuten, die individuellen Grundannahmen und daraus resultierenden Handlungsperspektiven sowohl auf Seiten der Betroffenen als auch der Intervenierenden zu erweitern: Dies bedeutet, im Kontext gesellschaftlicher, weltpolitischer und ethischer sowie individuell-ontologischer Gegebenheiten jene reflektierte Basisannahme zu entwickeln, die mit einer höheren Unsicherheitstoleranz einhergeht.

So entsteht in Anlehnung an Joseph die Notwendigkeit, in bisherige Basisannahmen zu inkludieren, dass das Leben per se unsicher ist, dass jeder Mensch im Sinne von Autonomie Verantwortung für sich selbst, seine Handlungen und sein Leben trägt sowie dass Emotionen und Gedanken zu Selbsteinsicht und Reflexion und damit auch zu Wachstum einladen (Joseph, 2015).

In herausfordernden Zeiten, in welchen eine Pandemie und die daraus abgeleiteten politischen Maßnahmen, kriegerische Auseinandersetzungen, Flucht und zunehmende Naturkatastrophen nicht nur zu individuellen Verlusten und Traumatisierungen führen, sondern zudem kollektive Traumata und für nachfolgende Generationen das Risiko transgenerationaler Weitergabe von Traumafolgen hervorbringen (Huber & Plassmann, 2012), birgt das Konzept des Posttraumatischen Wachstums zudem die Chance, den Blick zu weiten auf die Frage hin, wie menschliche Gemeinschaften es über die Geschichte hinweg geschafft haben, Katastrophen und Kriege nicht nur zu überleben, sondern sich trotz allem als Gesellschaft, als Kultur im jeweiligen Kontext weiter zu entwickeln.

Auch bezüglich sexualisierter Gewalt, lebensbedrohlicher Erkrankungen, Verluste nahestehender Menschen als Beispiele singulärer, oft biographisch kumulierender Traumata im schier nicht enden wollenden Spektrum psychotraumatologischer Ereignisse mutet das Konzept Posttraumatischen Wachstums wie ein Hoffnungsschimmer an. Womöglich wird der Forschung hier die bedeutende Rolle zuteil, mit ihren Erkenntnissen eine neue, bewusst gesäte Annahme zu verbreiten, dass Posttraumatisches Wachstum möglich ist und diese nicht wahllosen oder akzidentellen Umständen anheim liegt, sondern es in individueller und gesellschaftlicher Verantwortung liegt, es in uns selbst und in anderen zu befördern.

Und vielleicht bietet das ritualisierte, imaginierte Bewahren einer vormals gebrochenen, dann kunstvoll zusammenfügten und vergoldeten Schale oder das Symbol des Vogels Phönix, der sich nach einer Zeit der Wandlung immer wieder von neuem aus der Asche erhebt, auch hierbei wegweisende und bestärkende Impulse für Perspektivwechsel und Wachstum.

Literaturverzeichnis

- Affleck, G. & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *J Pers*, 64, 900 – 922.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVT.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122 – 147.
- Blanchard, G.T. (2013). *Transcending Trauma*. Safer Society Press.
- Bonnano, G.A. & Mancini, A.D. (2012). Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 4(1), 74 – 83.
- Baumann, K. & Linden, M. (2020). *Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen* (9. Aufl.). Pabst Science Publishers.
- Collazo-Castiñeira, P., Rodríguez-Rey¹, R., Garrido-Hernansaiz, H. & Collado, S. (2022). Prediction of post-traumatic growth in the face of COVID-19 crisis based on resilience, post-traumatic stress and social participation: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology* 1 – 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.985879>
- Costa, P.T, Jr. & McCrae, R.R. (1985). *NEO Personality Inventory manual*. Psychological Assessment Resources.
- Dell, P.F. & O´Neill, J.A. (2014). *Dissociation and the dissociative Disorders*. Routledge.
- Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H. & Zaudig, M. (2013). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen* (5. Aufl.). Hans Huber.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). Ernst Reinhardt.
- Flatten, G. (2011). 150 Jahre Psychotraumatologie. *Trauma & Gewalt*, 3, 190 – 199.
- Frankl, V. (2017). *Wer ein Warum zu leben hat. Lebenssinn und Resilienz*. Beltz.

- Freud, S. (2020). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Nikol.
- Fujisawa, T.X., Jung, M., Kojima, M., Saito, D.N., Kosaka, H. & Tomoda, A. (2015). Neural basis of psychological growth following adverse experiences: A resting state functional MRI study. *Plos One*, 10(8), e0136427. <https://doi:10.1371/journal.pone.0136427>
- Glaesmer, H., Sierau, S. & Böttche, M. (2020). Die Konsequenzen traumatischer Erfahrungen. Eine Lebensspannenperspektive. *Trauma & Gewalt*, 4, 266 – 276.
- Grawe, K. (1988). Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. In F. Pfäfflin, H. Apelt, M. Krausz, & M. Mohr (Hrsg.). *Der Mensch in der Psychiatrie*, 24, 243 – 258. Springer.
- Harms, L. (2017). *Trauma und Resilienz*. Junfermann.
- Holzner-Michna, S. (in Vorbereitung). Posttraumatisches Wachstum – oder: die Geschichte des vergoldeten Gefäßes. Transaktionsanalytische Betrachtungen eines posttraumatischen Phänomens. In: C. Seidenfuß, U. Hagehülsmann & R., Balling (Hrsg.). *Stabilität auf schwankendem Boden. Reifer Umgang mit den Unsicherheiten unserer Zeit*. (Springer Nature).
- Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen* (4. Aufl.). Junfermann.
- Huber, M. (2011). *Viele sein. Ein Handbuch*. Junfermann.
- Huber, M. & Plassmann, R. (Hrsg.) (2012). *Transgenerationale Traumatisierung*. Junfermann.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma*. The Free Press.
- Joseph, S. (2015). *Was uns nicht umbringt*. Springer.
- Joseph, S., Hunt, N., Maltby, J., Regel, St., Stockton, H. & Wood., A. (2012). The Psychological Well-Being Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ): Reliability and Validity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 420–428. DOI: 10.1037/a002474. <https://psycnet.apa.org/record/2011-17454-001> [29.12.2022]
- Kandel, E.R., Schwartz, J.H., Jessell, T.M., Siegelbaum, S.A. & Hudspeth, A.J. (2013). *Principles of Neural Science* (5th edition). McGraw-Hill.

- Keller, H. (1965). *Die Geschichte meines Lebens*. Evangelische Verlagsanstalt.
- Löffler, S., Bogausch, A., Knappe, R., Joraschky, P. & Pöhlmann, K. (2012). Wachstum oder Wunde? Sinnfindung und Traumabewältigung bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 58(2), 192 – 204.
- Maercker, A. & Rosner, R. (Hrsg.). (2006). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Thieme.
- Maercker, A., Pielmaier, L. & Gahleitner S.B. (2021). Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: G.H. Seidler, H.J. Freyberger, H. Glaesmer, S.B. Gahleitner (Hrsg.). *Handbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). Klett-Cotta.
- Mangelsdorf, J. (2020a). *Positive Psychologie im Coaching*. Springer.
- Mangelsdorf, J. (2020b). Posttraumatisches Wachstum. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 19, 21 – 33. <https://doi.org/10.1007/s11620-020-00525-5>
- Mangelsdorf, J. & Eid, M. (2015). What makes a thriver? Unifying the concepts of posttraumatic and postecstatic growth. *Frontiers in Psychology*, 6, 1 – 17.
- Navarro, T. (2017). *Kintsugi. Die Kunst, emotionale Verletzungen zu heilen*. Kösel.
- Nijenhuis, E. (2018). *Die Trauma-Trinität: Ignoranz – Fragilität – Kontrolle*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- O´Leary, V.E. & Ickovics, J.R. (1995). Resilience and thriving in response to challenge: An opportunity for a paradigm shift in women´s health. *Women´s health: Research on Gender, Behavior and Policy*, 1, 121 – 142.
- Park, C.L., Cohen, L.H. & Murch R.L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *J Pers*, 64, 71 – 105.
- Peterson, C., Park, N., Pole, N., D´Andrea, W. & Seligman, M.E.P. (2008). Strengths of character and post-traumatic growth. *Journal of traumatic stress*, 21(2), 214 – 217. <https://doi.org/10.1002/jts.20332>
- Roepke, A.M. (2015). Psychosocial interventions and posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83, 129 – 142. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Roth, G., Heinz, A. & Walter, H. (2020). *Psychoneurowissenschaften*. Springer.

- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57, 1069 – 1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Steele, K., Boon, S. & Van der Hard, O. (2017). *Die Behandlung traumabasierter Dissoziation*. Probst.
- Taku, K., Tedeschi, R.G. & Cann, A. (2015). Relationships of posttraumatic growth and stress responses in be-reaved young adults. *Journal of Loss and Trauma*, 20, 56 – 71. <https://doi.org/10.1080/15325024.2013.824306>
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1995). *Trauma and Transformation. Growing in the Aftermath of Suffering*. Sage Publications.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455 – 471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305>
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1 – 18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R.G. & Moore, B.A. (2016). A model for developing community-based, grass roots laboratories for postdeployment adjustment. *The Military Psychologist*, 31(2), 6 – 10.
- Tedeschi, R.G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K. & Calhoun, L.G. (2018). *Posttraumatic Growth. Theory, Re-+search, and Applications*. Routledge.
- Türk, G. (1909). Phoinix 4. In W. H. Roscher (Hrsg.), *Ausführliches Lexikon der griechischen und römischen Mythologie. Band III*, 3450 – 3472. <https://archive.org/details/roscher1/Roscher21IK/page/n877/mode/2up>. [27.12.2022]
- Wirtz, M.A. (2020). *Dorsch. Lexikon der Psychologie* (19. Aufl.). Hogrefe.
- Wright, M. (2017). *Unbroken. My story of survival, form 7/7 bombings to Paralympics success*. Simon & Schuster.
- Yalom, I.D. & Lieberman, M.A. (1991). Bereavement and heightened existential awareness. *Psychiatry*, 4, 334 – 345.

Zöllner, T., Calhoun, L.G. & Tedeschi, R. G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In A. Maercker & R. Rosner, *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 36 – 45). Thieme.

Autorenverzeichnis

Omer Baktash (M.A.) beriet nach seinem Studium der Gesundheitswissenschaften im Kontext sozialer Kohäsion gemeinnützige Organisationen sowie kleine Unternehmen in wissenschaftlichen und strategischen Projekten. Darüber hinaus war er als Lehrbeauftragter für Forschungsmethoden, Statistik sowie betriebliches Gesundheitsmanagement an verschiedenen Bildungseinrichtungen tätig. Im Jahr 2020 erhielt Baktash das EXIST-Stipendium, gefördert durch das Bundesministerium für Wirtschaft und das Europäische Sozialfond. Seit 2022 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der HFH Hamburger Fern-Hochschule.

Dr. Wolfgang Becker ist seit 2016 Professor an der Hamburg Fern-Hochschule und leitete dort bis Ende 2021 den Masterstudiengang Management im Gesundheitswesen (M.A.). Seitdem ist er Forschungsbeauftragter der HFH. Herr Becker verfügt über umfassende und langjährige Lehrerfahrungen. Seine Forschungsschwerpunkte liegen aktuell in der Beschäftigung mit Fragen der didaktischen Weiterentwicklung von digitalen Lern- und Lehrformaten in der Hochschullehre und dem Wandel der Führungskompetenzen im Gesundheits- und Pflegebereich.

Dr. Benjamin Bohn ist Akademischer Mitarbeiter an der Pädagogischen Hochschule Schwäbisch Gmünd, gelernter Altenpfleger, hat die Qualifikation zur Wohn- und Pflegegruppenleitung sowie das Studium der Pflegepädagogik (B.A.) und der Pflegewissenschaft (M.A.) absolviert. Seit 2018 ist er Lehrbeauftragter an der HFH Hamburger Fern-Hochschule im Bereich Pflegemanagement und Berufspädagogik. Promoviert ist der Autor im Fach Pflegewissenschaft (Dr. phil.).

Clara Hartmetz (M.Ed.) absolvierte die Ausbildung zur Tiermedizinischen Fachangestellten. Nach ihrer Berufstätigkeit in zwei Tierkliniken schloss sie die Weiterbildung zur Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen ab. Im Anschluss studierte sie Lehramt an Beruflichen Schulen mit der Fachrichtung Gesundheitswissenschaften und dem Nebenfach Sozialwissenschaften im Bachelor (B.Sc.) und im Master (M.Ed.). Währenddessen engagierte sie sich innerhalb eines Projektes der ZEIT-Stiftung als Mentorin für geflüchtete Jugendliche an Hamburger Berufsschulen und war daraufhin als Projektassistenz bei der ZEIT-Stiftung tätig.

Jessica Heine (M.Sc.) ist Psychologin (M.Sc.) und Gesundheitsmanagerin. In ihrer Tätigkeit als HR-Managerin & Arbeitspsychologin befasst sie sich mit den Herausforderungen der praktischen Personalarbeit wie Mitarbeiterbindung oder Arbeitszufriedenheit. Auch Betriebliches Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung sowie Arbeitssicherheit stehen hier im Fokus. Neben der langjährigen Leitung einer interdisziplinären Forschungsgruppe zur Evaluation von klinischen Fragebögen lehrt sie an unterschiedlichen Hochschulen im Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie.

Nina-Marie Holst (M.Sc.) absolvierte ihren Bachelor- und Masterabschluss in Psychologie mit Schwerpunkt Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg. Als wissenschaftliche Hilfskraft am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf war sie an einem Forschungsprojekt zur Identifizierung förderlicher und hemmender Faktoren für die Behandlungsaufnahme bei Patientinnen mit Anorexia nervosa beteiligt. Seit 2021 ist sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HFH Hamburger Fern- Hochschule im Fachbereich Gesundheit und Pflege tätig und betreut dort vorwiegend Module aus dem Bereich der Klinischen Psychologie.

Manuela Holthausen-Walleit (B.Sc.) ist Wirtschaftspsychologin B. Sc., gepr. Personalfachkauffrau IHK und seit mehr als 20 Jahren im Personalwesen tätig. Als Personalleitung in diversen Non-Profit-Unternehmen im Sozial- und Gesundheitswesen wurde sie mit dem demografischen Wandel, dem damit einhergehenden Fachkräftemangel und dem Verlust von Wissen im Unternehmen konfrontiert, weshalb sie das Thema Altersdiversität und Wissenstransfer im Rahmen ihrer Bachelorarbeit betrachtet hat.

Sonja Holzner-Michna (M.Sc.) ist M.Sc. in Psychotraumatologie & Stressmanagement (Univ.), Lehrsupervisorin und Lehrberechtigte (unter Supervision) als Transaktionsanalytikerin im Anwendungsfeld Psychotherapie (CTA, PTSTA-P), Psychoonkologin (DKG), Medizinethik (CAS), European Certificate for Psychotherapy (ECP). Sie arbeitet in eigener Praxis (nach dem Heilpraktikergesetz) und Institut in München, im Ehrenamt in der Psychosozialen Notfallversorgung und Einsatzkräftenachsorge sowie in Gremien der Deutschen Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DGTA).

Prof. Dr. Lars J. Jansen hat die Professur und Studiengangsleitung für Wirtschaftspsychologie an der HFH Hamburger Fern-Hochschule inne. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich des Personalmarketings, der Eignungsdiagnostik sowie der Stressresistenzforschung vor dem Hintergrund der Personalauswahl und -entwicklung. Der Autor verfügt über mehrjährige Berufs- und Führungserfahrung im Personalbereich in unterschiedlichen Branchen, wie dem psychologischen Dienst der Bundeswehr, der Otto (GmbH & Co KG) sowie der Hermes Fulfilment GmbH.

Corinna Kohröde-Warnken, Dipl. Pfl egewirtin (FH) ist gelernte Fachkraft für Intensivmedizin und Anästhesie und absolvierte das Studium Public Health und Pflegemanagement (Dipl., HFH Hamburger Fern-Hochschule). Sie war als Fortbildungsreferentin in einer Rehaklinik, Pflegedienstleitung und Prokuristen einer stationären Senioreneinrichtung sowie als Referentin des Vorstands eines Krankenhauses der Maximalversorgung tätig. Ihr Schwerpunkt waren Projekte und Personal. Seit 14 Jahren ist die Autorin Dozentin an der HFH und freie Journalistin und Autorin diverser Fach- und Sachbücher aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich.

Mareike Künzer (M.A.) ist gelernte OTA und absolvierte das Studium der Gesundheitspädagogik (B.A.) sowie Berufspädagogik (M.A.). Als Anerkennung ihrer Leistungen aus dem Masterstudium zeichnete sie der Bundesverband der Fernstudienanbieter im Jahr 2023 mit dem Studienpreis in der Kategorie "Praxis & Transfer" aus. Derzeit ist sie als Lehrkraft an der ATA/OTA/FMA-Schule der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen tätig und publizierte bereits mehrfach in der Fachzeitschrift Im OP.

Prof.in Dr.in Maren Metz hat die Professur und Studiengangsleitung für den Bachelor- und Masterstudiengang Psychologie am Fachbereich Gesundheit und Pflege der Hamburger Fern-Hochschule inne. Sie ist anerkannte Notfallpsychologin im BDP e.V. und war von 2004 bis 2014 im Kriseninterventionsteam (KIT) des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) Hamburg-Harburg und dort auch als Psychosoziale Fachkraft (PSNV-Koordinatorin) tätig. Sie verfügt über umfassende Erfahrungen in psychotherapeutischen Themen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei in der hypnotherapeutischen Arbeit.

Steffen Meyer (B.A.) arbeitet derzeit als Lehrkraft in den naturwissenschaftlichen Fächern in der Sekundarstufe 1 an einer Förderschule. Er studierte Politik-, Verwaltungs- und Sozialwissenschaften (BA) in Hagen und beendet derzeit das Studium für Berufspädagogik (M.A.). Er war bis 2021 als Projektleiter in einem Planungsbüro für Energiesysteme tätig und von 2005 bis 2016 Ausbilder im Kälteanlagenbauer-Handwerk.

Prof. Dr. phil. Marcus Mittenzwei studierte nach einer Ausbildung zum Altenpfleger Pflegepädagogik (B.A.) und Erwachsenenbildung (M.A.). Nach Tätigkeiten als Pflegepädagoge und Schulleitung promovierte Marcus Mittenzwei 2020 an der Leibniz Universität Hannover mit dem Thema: „Interkulturelle Kompetenz als Beitrag für die professionelle pflegepädagogische Kompetenz. Eine empirische Analyse zur pflegepädagogischen Kompetenzforschung.“ Marcus Mittenzwei ist Studiengangsleiter des Studiengangs Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe an der Hamburger Fern-Hochschule.

Kira Morano (M.Ed.) studierte nach einer Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten Lehramt an Beruflichen Schulen (B.Sc.) mit der Fachrichtung Gesundheitswissenschaften und dem zweiten Unterrichtsfach Sozialwissenschaften. Daran anschließend absolvierte die Autorin den konsekutiven Masterstudiengang Lehramt an Beruflichen Schulen (M.Ed.), ebenfalls mit der Fachrichtung Gesundheitswissenschaften und dem Unterrichtsfach Sozialwissenschaften. Seit 2022 ist Kira Morano als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Gesundheit und Pflege an der HFH Hamburger Fern-Hochschule tätig.

Stephan Müthel (M.Sc.) ist studierter Gesundheits- und Krankenpfleger (B.A.) mit mehreren Jahren Berufserfahrung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf v.a. in den Bereichen innere Medizin und akutpsychiatrischer Pflege; Gesundheitswissenschaftler (M.Sc.) mit Projekterfahrung in der Krankenhausplanung auf Kreisebene, bei epidemiologischen Fallzahlanalysen und im Market Access für Medizintechnik. Derzeit ist er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fachbereich Gesundheit und Pflege der HFH Hamburger Fern-Hochschule mit den Schwerpunkten Statistik, Gesundheitsökonomie und Pflegewissenschaft tätig.

Peggy Nitschke (B.A.) ist gelernte Pflegefachkraft, Hygienefachkraft und Praxisanleiterin sowie Berufspädagogin für Gesundheits- und Sozialberufe (B.A.) und absolviert derzeit das Studium für Pädagogik, Bildungsberatung und Leitung (M.A.). Sie ist beschäftigt beim Diakonischen- Institut für soziale Berufe (Berufsfachschule für Pflege) mit dem Unterrichtsschwerpunkt Ethik in der Pflege/ Pflegeausbildung und Pädiatrie.

Ulrike Olschewski Dipl. Pflegewirtin (FH) (M.Sc.) ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und hat Pflegewissenschaft/Pflegemanagement mit den Abschlüssen Dipl. Pflegewirtin (FH) und M.Sc. (Nursing and Administration) studiert. Seit 2017 arbeitet sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der HFH Hamburger Fern-Hochschule. Zuvor war sie in einem Forschungsinstitut und als Qualitätsmanagementbeauftragte für stationäre Pflegeeinrichtungen tätig.

Sarah Reinecke (M.Sc.) ist gelernte Physiotherapeutin, Bachelor of Physiotherapy/ NL, M.Sc. Sportphysiotherapie sowie Lehrerin für Gesundheitsberufe und Berufspädagogin für Gesundheits- und Sozialberufe (B.A.). Nach einigen Jahren als Schulleiterin einer Physiotherapieschule ist sie nun als Referatsleiterin Fortbildung und Wissenschaft beim Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. tätig.

Merle Schöne (M.A.) studierte Soziale Arbeit im Bachelor sowie im Master. Nach einigen Jahren in der Praxis als Sozialarbeiterin und abgeschlossenen Fortbildungen zur Case Managerin (DGCC) und Traumapädagogin und Traumazentrierten Fachberaterin (DeGPT) ist sie nun als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Gesundheit und Pflege an der HFH Hamburger Fern-Hochschule tätig. Derzeitig ist sie Promovendin an der Humboldt Universität zu Berlin im Fach Rehabilitationswissenschaften.

Maximilian Sommer (MPH) ist gelernter Physiotherapeut sowie Gesundheitswissenschaftler (B.Sc.) und besitzt einen Master of Public Health. Er hat mehrere Jahre in therapeutischen Praxen gearbeitet, bevor er Managementtätigkeiten in mittelständischen Unternehmen übernommen hat. Zurzeit arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der HFH Hamburger Fern-Hochschule, betreut vorwiegend Module mit Managementsschwerpunkt und ist Planer für den Studiengang Berufspädagogik für Gesundheitsfachberufe.

René Thiel (B.A.) arbeitete nach der Ausbildung zum Krankenpfleger als freigestellter Praxisanleiter innerhalb der praktischen Pflegeausbildung und absolvierte erfolgreich die Fachweiterbildung als Aktivierend-therapeutische Pflegefachkraft im Bereich der Geriatrie. Aktuell ist René Thiel als Berufspädagoge für Sozial- und Gesundheitsberufe (B.A.) an der DRK-Akademie Kiel tätig. René Thiel publizierte in der Fachzeitschrift für Geriatrie und Gerontologische Pflege des Georg Thieme Verlags.

Julia Turtl (B.Sc.) ist gelernte Bankkauffrau und studierte berufsbegleitend Wirtschaftspsychologie an der HFH Hamburger Fern-Hochschule mit dem Abschluss Bachelor of Science. Im Zuge der Bachelorarbeit legte Sie ihren Studienschwerpunkt auf den Bereich der Arbeitspsychologie. Seit Ende 2022 ist sie als Mitarbeiterin der Personalentwicklung bei der FingerHaus GmbH tätig und befasst sich insbesondere mit der lebensphasenorientierten Personalpolitik.

Yasmin Alice Worbs (M.Ed.) schloss eine Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten ab und studierte anschließend Lehramt an Beruflichen Schulen mit der Fachrichtung Gesundheitswissenschaften und dem Nebenfach Sozialwissenschaften im Bachelor (B.Sc.) und im Master (M.Ed.). Die Autorin engagierte sich innerhalb eines Projektes der ZEIT-Stiftung als Mentorin für geflüchtete Jugendliche an Hamburger Berufsschulen und ist seit Dezember 2022 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Gesundheit und Pflege an der HFH Hamburger Fern-Hochschule tätig.

