

**Anregungen für die Forschung zur klinischen
Kompetenzentwicklung in der Pflege und im
Hebammenberuf
- Ergebnisse einer Delphi-Studie**

Dorothea Tegethoff & Manuela Bergjan

Working Paper No. 15-01

Berlin, September 2015

**Unit Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik
Charité – Universitätsmedizin Berlin**

Zitierhinweis:

Tegethoff D, Bergjan, M (2015):
Anregungen für die Forschung zur klinischen Kompetenzentwicklung
in der Pflege und im Hebammenberuf
- Ergebnisse einer Delphi-Befragung
Working Paper No. 15-01 der Unit
Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik.
Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin

Impressum:

Working Paper No. 15-01 der
Unit Gesundheitswissenschaften
und ihre Didaktik

Berlin, September 2015

ISSN 2193-0902

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Gesundheits-
und Pflegewissenschaft
CVK – Augustenburger Platz 1
13353 Berlin / Deutschland
Tel. +49 (0)30 450 529 092
Fax +49 (0)30 450 529 900
<http://igpw.charite.de>

Das Working Paper wurde von Frau JProf. Dr. Nadin Dütthorn,
PTH Vallendar, begutachtet und nach erfolgter Überarbeitung
zur Publikation empfohlen.

GEFÖRDERT VON | SUPPORTED BY

Der Druck erfolgte mit freundlicher Unterstützung der **STIFTUNG CHARITÉ**

Inhalt

Zusammenfassung 2

Abstract..... 3

Tabellenverzeichnis 4

Abbildungsverzeichnis 4

1 Einleitung..... 5

1.1 Klinische Kompetenzentwicklung – ein Problemaufriss 5

1.2 Hintergrund, Fragestellung und Ziel der Untersuchung 10

2 Methodisches Vorgehen..... 11

2.1 Auswahl möglicher Befragter (Sampling) 12

2.2 Übersicht zum mehrstufigen Studiendesign 13

2.3 Erste Befragungsrunde (Sammlung) 14

2.4 Zweite Befragungsrunde (Gewichtung) 17

2.5 Dritte Befragungsrunde (Verdichtung) 18

2.6 Methodenkritische Einordnung..... 19

3 Ergebnisse..... 21

3.1 Ergebnisse der ersten Befragungsrunde 21

 3.1.1 A Theorien und Konzepte 22

 3.1.2 B Lern- und Lehraktivitäten: Simulationen, Fertigkeitentrainings, praktischer Unterricht 24

 3.1.3 B Lern- und Lehraktivitäten: klinisches Umfeld 26

 3.1.4 C AkteurInnen im Lernprozess 27

 3.1.5 D Kontexte/Lernumgebungen 29

 3.1.6 E Assessment/Feedback 31

 3.1.7 F Interprofessionelles Lernen 32

3.2 Ergebnisse der zweiten und dritten Befragungsrunde 34

3.4 Allgemeine Tendenzen in den Befragungsrunden 2 und 3 43

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse 46

4 Diskussion und Ausblick 47

5. Literatur..... 55

6. Anhang 61

6.1 Fragebogen Erste Befragungsrunde 61

6.2 Fragebogen Zweite Befragungsrunde 67

6.3 Fragebogen Dritte Befragungsrunde 79

Zusammenfassung

Die klinische Kompetenzentwicklung rückt, beschleunigt durch die Akademisierung der Gesundheitsprofessionen und bevorstehende Ausbildungsreformen in Pflege und Hebammenwesen zunehmend in den Fokus des Interesses. Im europäischen Ausland gibt bereits intensive Bemühungen um eine Systematisierung und wissenschaftliche Fundierung der klinischen Kompetenzentwicklung der Gesundheitsprofessionen. In Deutschland sind diesbezüglich weitgehende Forschungslücken anzunehmen.

Ziel dieser Studie war es, anstehende Forschungsaufgaben zu beschreiben und eine Priorisierung anzustoßen, letztlich um Impulse für eine Aufnahme der Forschungsdesiderate in entsprechende Strategiepaper zu liefern.

In einer Delphi-Befragung mit einer qualitativen und zwei quantitativen Befragungsrunden wurden ExpertInnen für klinische Kompetenzentwicklung (Personen, die sich als WissenschaftlerInnen, Lehrende oder praktisch Anleitende mit klinischer Kompetenzentwicklung beschäftigen) zum Forschungsbedarf befragt. In der ersten Befragungsrunde wurden Vorschläge für mögliche Forschungsthemen oder –fragen gesammelt. Mittels inhaltsanalytischer Auswertung wurden aus den Vorschlägen 50 Befragungssitems entwickelt, die den Teilnehmenden in der zweiten und dritten Befragungsrunde in einer Online-Befragung zur Bewertung ihrer Bedeutung vorgelegt wurden.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Teilnehmenden es als besonders wichtig bewerten, begriffliche Klärungen vorzunehmen. Auch die Bestimmung der relevanten Kompetenzen wurde als grundlegendes Forschungsdesiderat eingeordnet. Weitere bedeutsame Themen für die Forschung waren für die Teilnehmenden die Aufgaben der praktisch anleitenden Akteure und deren Qualifizierung. In gleichem Maße wurde die Entwicklung personaler Kompetenz der Lernenden und die Untersuchung von Lernformen mit hoher Selbstverantwortung der Lernenden als wichtige Themen für die Forschung benannt. Widersprüchliche Ergebnisse gab es zum Thema interprofessionelles Lernen und zur Rolle der PatientInnen und ihrer Angehörigen. Koordinierte Anstrengungen sind vonnöten, um den Bedarf an Forschung hinsichtlich der klinischen Kompetenzentwicklung zukünftig zu decken.

Abstract

The issue of developing clinical competences is increasingly gaining momentum, against the background of an ongoing professionalization of nurses and midwives and imminent reforms in their education. Throughout Europe, efforts have been made to systemize and scientifically substantiate the field of clinical competences. In Germany, large research gaps in this respect can be assumed.

The present study aims to describe and prioritize research topics in the field of clinical competences, in order to eventually promote their inclusion in specific strategic papers.

To this end, a three-staged Delphi survey was conducted. Experts in the field of clinical competences (scientists, nursing and midwifery teachers and preceptors) were consulted about their perceived research needs. The first stage of the survey was based on an open questionnaire, which asked the experts to suggest research topics and questions. A content analysis of the provided answers resulted in 50 items, which were presented to the experts in the second and third rounds of the survey. At this stage, the participants were asked to rate the importance of each item.

Participants considered conceptual clarifications to be particularly important. The need to identify relevant competences was also viewed as fundamental. Further significant issues in participants' opinion were the functions and qualification of preceptors. Personal competences and learning methods that enhance students' responsibility for the learning process were also nominated as important research topics. The results regarding interprofessional learning, as well as patients' and relatives' roles in the learning process were inconsistent.

The study results indicate that concerted efforts are required in order to close the identified research gaps regarding the development of clinical competences.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorschläge zur Kategorie „Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen“	15
Tabelle 2: Vorschläge, Paraphrasen und Generalisierungen unter der Überschrift „Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen“	16
Tabelle 3: Rücklauf in den drei Befragungsrunden.....	19
Tabelle 4: Kategorien und Subkategorien sowie Anzahl der zugehörigen Items ...	33
Tabelle 5: Einzelitems der Kategorie A	35
Tabelle 6: Subkategorien und Einzelitems der Kategorie B.....	36
Tabelle 7: Subkategorien (1) und Einzelitems der Kategorie C	38
Tabelle 8: Subkategorien (2) und Einzelitems der Kategorie C	38
Tabelle 9: Subkategorien (3) und Einzelitems der Kategorie C	40
Tabelle 10: Subkategorien und Einzelitems der Kategorie D	41
Tabelle 11: Subkategorien und Einzelitems der Kategorie E.....	42
Tabelle 12: Einzelitems der Kategorie F.....	43
Tabelle 13: Hauptkategorien Runde 2 und 3.....	44
Tabelle 14: Unterschiede zwischen Wissenschaftlern - Praxisanleitenden	45
Tabelle 15: Unterschiede zwischen Wissenschaftlern - Lehrenden	45
Tabelle 16: Unterschiede zwischen Pflegenden - Hebammen	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf der Befragungsrunden	13
------------------------------------------------	----

1 Einleitung

1.1 Klinische Kompetenzentwicklung – ein Problemaufriss

Die Untersuchung, die diesem Working Paper zugrunde liegt, beschäftigt sich mit der Frage, welche Forschungsanliegen für die Wissenschafts- und Praxisgemeinschaft in der Pflege und im Hebammenwesen rund um die klinische Kompetenzentwicklung relevant sind. Was „klinische Kompetenzentwicklung“ ist, bedarf der Klärung. In den folgenden Abschnitten soll daher in einem Problemaufriss in aller Kürze gezeigt werden, was in diesem Working Paper mit den Begriffen „klinisch“, „Kompetenz“ und „Entwicklung“ angesprochen wird.

Das klinische Handeln gehört für die meisten Gesundheitsprofessionen zum Kern des eigenen Selbstverständnisses. Gemeint ist damit aber nicht die Tätigkeit in einem Krankenhaus bzw. einer Klinik¹. Gemeint ist vielmehr die vom Versorgungsetting unabhängige unmittelbar personenbezogene und problemlösend angelegte Interaktion mit gesunden oder kranken Menschen, die wegen besonderer Lebenssituationen oder aufgrund drohender oder manifester gesundheitlicher Beeinträchtigungen kurzfristig oder auch langfristig auf professionelle Unterstützung und Begleitung angewiesen sind. Der Fachqualifikationsrahmen Pflege (Hülken-Giesler & Korporal 2013: 2f.) verwendet den Begriff „klinisch“ in diesem Sinne und spricht von „der unmittelbaren ambulanten oder stationären, langzeitlichen oder akuten Patienten-/Pflegebedürftigenversorgung“, die von Management und Bildungsaufgaben zu unterscheiden ist. Auch die beiden hier interessierenden Gesundheitsprofessionen – Pflegenden und Hebammen – sehen das klinische Handeln in diesem Sinne als ihren zentralen Aufgabenbereich an.

Die internationale Diskussion darüber, was genau Kompetenzen sind und welche konkret für die Pflege oder das Hebammenwesen als Profession relevant sind, dauert seit Jahren an – ohne klares Ergebnis. Beklagt wird ein erhebliches Forschungsdefizit in dieser Frage (exemplarisch: Cowan et al. 2005, Pijl-Zieber et al. 2014, Butler et al. 2008). Je nach Anwendungskontext wird Kompetenz unterschiedlich definiert (Erpenbeck & von Rosenstiel 2007). Eine populäre und u.a. vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) aufgegriffene und in zahlreichen Publikationen verwendete Definition ist die von Weinert (2001). Demnach sind Kompetenzen

„die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert 2001: 27f.).

¹ Wie sehr der Begriff „klinisch“ hierzulande mit der Institution Krankenhaus („Klinik“) in Verbindung gebracht wird zeigt sich z.B. an der üblichen Unterscheidung von klinischer und außerklinischer Geburtshilfe (vgl. exempl. Loytved & Wenzlaff 2007).

Ungeachtet ihrer durchaus kritischen Rezeption in den Bildungswissenschaften (exmpl. Arnold & Pätzold 2005; Burchardt 2006, Vonken 2010), die auch die Beliebtheit hinsichtlich der theoretischen Fundierung anmahnt (Dütthorn 2014), werden Kompetenzbegriffe wie diese in den letzten Jahrzehnten als wichtigen Steuerungsgröße für Bildungsprozesse verstanden (Erpenbeck & von Rosenstiel 2007, Bethscheider et al. 2010).

Die Spannbreite der im Kontext der Kompetenz von Pflegenden und Hebammen in Frage kommenden begrifflichen Konstrukte umfasst Fertigkeiten, Wissen, Qualifikationen und auch Werte, Normen und Regeln (Erpenbeck & von Rosenstiel 2007). Von grundsätzlicher Bedeutung für die Pflege und das Hebammenwesen ist, dass sich das Verständnis von Kompetenz in Deutschland wesentlich am Subjekt orientiert und zwar gleichermaßen an Lernenden und Lehrenden wie auch an den Patientinnen und Patienten (bzw. den Gebärenden²). Damit wird der vom Deutschen Bildungsrat in die Diskussion eingebrachten Position gefolgt, dass Kompetenz eine „*personengebundene, subjektorientierte*“ Kategorie ist (Dt. Bildungsrat 1974, 65). Dem gegenüber ist im angelsächsischen Raum ein, wenn auch keineswegs einheitliches, so doch insgesamt stärker funktional-normatives Verständnis von Kompetenz vorzufinden, das auf die Tätigkeiten fokussiert, die in der deutschen Diskussion eher unter Performanz gefasst werden (exempl. Cowan et al. 2005, Nursing and Midwifery Council 2010). Zu berücksichtigen ist dabei, dass dieses Verständnis von Kompetenz auch die jeweiligen Zuständigkeiten in der Person-Umwelt-Interaktion in den Blick rückt. Damit wird neben der Frage nach den (z.B. rechtlichen und materiellen) Handlungsmöglichkeiten auch die Frage der qualifikations- und anforderungsgerechten Aufteilung von klinischen Tätigkeiten sowie der *interprofessionellen Kompetenzen* ein relevantes Thema (exempl. Sottas et al. 2013, Frenk et al. 2012). Interessant für unsere Untersuchung ist die unterschiedliche Konnotation von Kompetenz auch im Hinblick auf die Frage der Messbarkeit. Kompetenz in einem dispositionalen Verständnis ist selbst nicht messbar, sondern zeigt sich in konkreten Handlungssituationen nur mittelbar. Wird aber, wie im britischen Diskurs üblich, Kompetenz mit Performanz de facto gleichgesetzt, so ist eine unmittelbare Beobachtung möglich, was für das Assessment bedeutsam ist (Dütthorn 2014). Unterschiedliche Auffassungen von Kompetenz resultieren nach Edelman und Tippelt (2002) in verschiedenen Formen der Erfassung. In unserer Untersuchung lehnen wir uns eher an das dispositionale Verständnis von Kompetenz als Voraussetzung für Performanz an, das im deutschsprachigen Raum prägend ist.³

² Um den Text nicht unnötig zu belasten wird auf die vollständige Aufzählung der Frauen, die Klientinnen von Hebammen sein können, verzichtet und nur jeweils eine Gruppe genannt (z.B. Schwangere, Gebärende, Wöchnerinnen mit ihren Neugeborenen).

Personengruppen, die Personen beiderlei Geschlechts umfassen, sind mit dem sogenannten „Binnen-I“ bezeichnet oder es werden neutrale Bezeichnungen gewählt.

³ Inwieweit das Verständnis der Teilnehmenden in der Untersuchung dem entspricht, ist nicht in allen Fällen zu klären.

Kompetenz-Entwicklung nimmt in dieser Delphi-Befragung einen zentralen Raum ein: es ist die Frage, wie Lernende in Pflege und Geburtshilfe die Bereitschaft, Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln, sich in unmittelbaren Kontakt mit Patientinnen und Patienten oder Gebärenden sowie mit deren jeweiligem sozialen Umfeld „sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“ (KMK 2011).

Entwicklung im Sinne der Psychologie ist bestimmt durch Prozesse der Reifung und des Lernens (Oerter & Montada 2002). Dabei nehmen wir aus pädagogischer Perspektive vor allem den Aspekt des Lernens in den Fokus. Lernen wird als die relativ überdauernde Veränderung des Verhaltens aufgrund von Erfahrungen umschrieben. Das Gelernte zeigt sich nicht immer unmittelbar im Verhalten, vielmehr sind es also die Verhaltenspotentiale, die durch Lernen verändert werden. Im Zusammenhang mit der Fragestellung der Entwicklung von Kompetenzen entspricht der Begriff der „Verhaltenspotentiale“ dem der „Dispositionen“, der in der Kompetenzdiskussion verwendet wird. Lernen ist also im Zusammenhang unserer Untersuchung als Veränderung der personalen Dispositionen durch Erfahrung zu verstehen. (Nolting & Paulus 2009:75ff.)

Heinrich Roth (1968) grenzt in seiner pädagogischen Anthropologie die *entwicklungspädagogische* Fragestellung von der der Entwicklungspsychologie ab, indem er ausdrücklich Lehren und Lernen in den Mittelpunkt stellt, also weniger die Bedingungen, die die Entwicklung *determinieren*, als viel mehr die, die Entwicklung *ermöglichen*. Die Pädagogik fragt also in seinem Sinne vor allem nach den steuerbaren Bedingungen, die Entwicklung in Richtung Mündigkeit beeinflussen können. Lernprozesse werden daraufhin betrachtet, wie frei oder befreiend sie auf die Entwicklung einwirken. Die Bedingungen des Lernens werden unter der Fragestellung untersucht, ob sie Dispositionen der Lernenden fixieren oder sie flexibel und für Veränderung - also Entwicklung - zugänglich halten.

Göhlich, Wulf und Zirfas (2007) erweitern den Blick auf das Wechselspiel zwischen den Lernenden und den auf sie einwirkenden Bedingungen:

„Das der Pädagogik eigene Verständnis von Lernen blickt nicht nur auf den Lernenden, sondern auch auf die Welt, die gelernt wird. Lernen zu verstehen heißt aus pädagogischer Sicht immer, ein Verhältnis zwischen Lernendem und Welt als Möglichkeit der Weiterentwicklung dieses Verhältnisses zu begreifen“ (Göhlich et al. 2007: 7)

Dieses Verständnis wechselseitig wirkender Weiterentwicklung von Lernenden und Lernumgebung entspricht dem Konzept des Lernens in der „community of practice“ (Lave & Wenger 1991). In einer „community of practice“ wird Wissen gemeinsam konstruiert, Lernende haben an diesem gemeinsamen Wissen Anteil und können sich selbst aktiv einbringen. Das übergreifende Ziel ist die Verbesserung der Versorgungspraxis. (Hall 2006, Evans et al. 2006)

Lernen *durch* und *für* das klinische Handeln findet sowohl bei Pflegenden als auch bei Hebammen in der praktischen Ausbildung, daneben aber auch in Skillslabs oder im Unterricht statt. Die *Akteure im klinischen Lernprozess* können dabei eingehender betrachtet werden. Gemeint sind zum einen Personen, wie PraxisanleiterInnen, PraxisbegleiterInnen, klinische Tätige oder MentorInnen, die im Kontext der klinischen Kompetenzentwicklung einen professionellen Auftrag erfüllen. Aber auch die Rollen und Funktionen anderer Akteure, z. B. von PatientInnen oder Mitlernenden sind für das Lernen bedeutsam. Desweiteren sind unterschiedliche *Lernumgebungen* und ihre Einflüsse auf die klinische Kompetenzentwicklung relevant. Einerseits kann es dabei um organisatorisch-institutionelle Kontexte gehen (Hochschulen, Schulen, stationäre und ambulante Praxiseinrichtungen), andererseits um personal-soziale Bedingungen klinischer Lehr- und Lernprozesse (i.S. der „communities of practice“). Die Aufmerksamkeit ist zudem auf *Lehr- und Lernstrategien* und somit methodische Konzepte und Instrumente richten, die Vermittlungs- und Aneignungsprozesse in simulierten Situationen oder der realen pflegerischen und geburtshilflichen Praxis ermöglichen (Bergjan & Tegethoff 2013).

Die klinische Kompetenzentwicklung von Pflegenden und Hebammen hat lange Zeit wenig Aufmerksamkeit erfahren. Sie wurde mehr oder weniger als „natürliches“ Ergebnis intuitiv gestalteter Anlern- und Erprobungsprozesse sowie erfahrungsgestützter Berufspraxis angesehen. Die bildungswissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Ausbildung der Gesundheitsprofessionen konzentrierte sich in der Vergangenheit stärker auf die didaktische Fundierung und curriculare Gestaltung der theoretischen Vermittlungsprozesse. Inzwischen hat (auch international) ein Bewusstseinswandel eingesetzt und die Frage auf die Agenda gesetzt, wie klinische Kompetenzen in der Ausbildung systematisch erworben und vermittelt werden können und wie sie sich kontinuierlich weiterentwickeln und auch bewerten lassen (exempl. Embo et al. 2014, Fotheringham 2010).

Mit dem Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege von 2004 wurde in Deutschland das Ziel des Erwerbs beruflicher Handlungskompetenz im Rückgriff auf berufspädagogische Diskurse in den Mittelpunkt der fachschulischen Ausbildung gerückt. Seitdem werden die bisherigen Verfahren und Effekte der praktischen Berufsausbildung vermehrt einer kritischen Revision unterzogen und in der Praxis diverse Entwicklungsprozesse angestoßen. Eine Vielzahl einzelner Publikationen sowie Beispiele für die Bildung von Netzwerken finden sich in der einschlägigen Literatur.⁴

⁴ exempl. zum Thema „skills training“ und Simulationen: Staudinger (2015) reflektiert die Bedeutung von Skills-labtraining für die persönliche Entwicklung der Lernenden, Bachmann (2015) stellt an einem Beispiel die Bedeutung der simulierten Kommunikationssituationen mit SchauspielpatientInnen dar, Beck et al. (2013) diskutieren die Möglichkeiten der Simulation für geburtshilfliche Notfälle wie die Schulterdystokie im Hebammenstudium, Pesl, Bolleter & Schill (2010) stellen die Umsetzung von Simulationen in der Pflegeausbildung anhand eines zweijährigen Projektes vor, Brunner Künzler (2004) stellt die Rolle der Lehrperson im Skillstraining dar, im Simulationsnetzwerk Ausbildung und Training in der Pflege e. V. wird der Austausch von Erfahrungen mit Simulations-

Die Diskussion erhielt durch die Verlagerung der Ausbildung von Pflegenden und Hebammen von der sekundären auf die tertiäre Ebene des deutschen Bildungssystems - die sogenannte Akademisierung - neue Impulse (WR 2012). Dabei sei zunächst in Erinnerung gerufen, dass die ersten, hierzulande in den 1990er-Jahren etablierten Studiengänge in der Pflege der „Elitenbildung“ dienen sollten (Robert Bosch Stiftung 1992) und somit auf Bildungs- und Managementaufgaben fernab der unmittelbaren klinischen Praxis ausgerichtet waren.⁵ Da die Studiengänge in aller Regel eine Berufsausbildung als Zugangsvoraussetzung vorsahen, wurden klinische Kompetenzen als gegeben vorausgesetzt. Deren Anbahnung und Entwicklung blieb der traditionellen Berufsausbildung überlassen. Mit der zwischenzeitlich forcierten Einrichtung grundständig qualifizierender Studiengänge an bundesdeutschen Hochschulen sollte sich dies ändern. Nunmehr wird darüber nachgedacht, wie die darin integrierten praktischen Studienphasen konzeptualisiert, wissenschaftlich begründet und in Kooperation mit der Praxis im Pflege- und Versorgungsalltag umgesetzt werden können, damit sie für die Arbeit „am Bett“ anforderungsgerecht qualifizieren.⁶ Erste Evaluationsergebnisse aus primärqualifizierenden Studiengängen in Nordrhein-Westfalen zeigen, dass klinische Kompetenzen auf Bachelorniveau zu einer Verbesserung der Versorgung führen (Darmann-Finck et al. 2014), ein Ergebnis, das ältere Studien aus dem Ausland bestätigt (Darmann-Finck 2012). Hier zeigt sich, dass systematische Begleitforschung zur sich entwickelnden Bildungslandschaft dringend erforderlich ist, um Potenziale von Innovation zu identifizieren und auszuschöpfen.

Damit stellt sich die Frage nach der Strukturierung der Forschungs Herausforderungen zur klinischen Kompetenzentwicklung. Diese sind in ihren Dimensionen hierzulande noch kaum umrissen, geschweige denn bearbeitet. In der Agenda Pflegeforschung für Deutschland (Behrens et al. 2012) wird zwar eine grundsätzlicher Forschungsbedarf zur Bildung in der Pflege aufgezeigt. Die eigentliche Lernsituation in der fachschulischen Ausbildung oder gar in den neuen Studiengängen wird aber nicht dezidiert angesprochen. Zudem werden Forschungsdesiderate vor allem auf der Makroebene formuliert, wohingegen Fragen der personengebundenen Kompetenzentwicklung – insbesondere in klinischen Kontexten – weitgehend unberücksichtigt bleiben. Auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der klinischen Kompetenzentwicklung von Hebammen ist hierzulande überschaubar geblieben (Zoege 2004, Pehlke-Milde 2009). Eine konsentrierte Forschungsagenda

szenarien gefördert (Loewenhardt et al. 2014).

⁵ Vergleichbare Studiengänge ausschließlich für Hebammen hat es nicht gegeben. Die ersten spezifischen Studienmöglichkeiten für Hebammen boten ausbildungsergänzende oder –integrierende Studiengänge.

⁶ Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass auch in der traditionell akademisch qualifizierten Medizin in jüngerer Zeit eine intensivere Auseinandersetzung mit der Frage der Vermittlung klinischer Handlungskompetenzen für angehende Ärztinnen und Ärzte eingesetzt hat. Dies lässt sich nicht zuletzt an der Debatte um die Einführung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs in der Human- und Zahnmedizin ablesen (exempl. GMA, GFT und AWMF 2013).

im Bereich der Geburtshilfe/Hebammenwissenschaft bzw. ihrer Bildungserfordernisse gibt es bis dato nicht. In der Summe deuten die bisherigen Ausführungen an, dass Fragen der klinischen Kompetenzentwicklung in der Pflege- und Hebammenforschung oder auch der Bildungsforschung noch nicht den Stellenwert erfahren, der ihnen angesichts der Bedeutung für das professionelle Handeln zukommen sollte.

1.2 Hintergrund, Fragestellung und Ziel der Untersuchung

Angesichts dieser Ausgangslage, der unübersichtlichen Forschungssituation und der zahlreichen Leerstellen mit Blick auf das hier aufgegriffene Thema wurde im März 2013 vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Charité – Universitätsmedizin Berlin ein interdisziplinäres Symposium, gefördert durch die B. Braun Stiftung und die Stiftung Charité, ausgerichtet, das sich der Frage der klinischen Kompetenzentwicklung in den Gesundheitsprofessionen widmete (Tegethoff & Bergjan 2013). Ziel war es, den Problemhintergrund dieses Themas zu explorieren und aus Sicht der Beteiligten einige als dringlich erachtete Forschungsdesiderata zu identifizieren. Dabei wurde sowohl die Frage gestellt, wie Kompetenz grundsätzlich zu konturieren ist, und die daran anknüpfenden Überlegungen erörtert, welche Assessmentverfahren sinnvoll sein können. Im Zentrum standen Aspekte des klinischen Lernens, also die Frage nach den den Lernprozess begleitenden Personengruppen, den Lernumgebungen und Lehr- und Lernstrategien. Wenngleich aus pragmatischen Gründen lediglich die Pflege, das Hebammenwesen und – kontrastierend – auch die Medizin in diesen Diskurs einbezogen werden konnten, wurden rasch grundsätzliche Herausforderungen in der Qualifizierung der Gesundheitsprofessionen sichtbar. Es bestand unter den TeilnehmerInnen dieser Veranstaltung dahingehend Einvernehmen, dass diese Forschungsaufgaben künftig möglichst mit konsentierten wissenschaftlichen Aktivitäten beantwortet werden sollten.

Aufbauend auf Ergebnissen des Symposiums, die in Protokollen zusammengefasst und zur Strukturierung der vorliegenden Befragung heran gezogen wurden, stellten sich uns folgende weiterführenden Fragen, die in der hier vorliegenden Untersuchung verfolgt wurden:

- welche Forschungsthemen und -fragen von den Mitgliedern der Wissenschafts- und Praxisgemeinschaft zur klinischen Kompetenzentwicklung von Pflegenden und Hebammen identifiziert werden,
- welche davon als besonders dringlich und vorrangig bearbeitungsbedürftig eingestuft werden, welche möglicherweise aber auch als nachrangig und vorerst als von geringerer Bedeutung angesehen werden.

Mit der Beantwortung dieser Fragen war beabsichtigt, den Blick auf die Forschungsherausforderungen im Bereich der klinischen Kompetenzentwicklung in

der Pflege und im Hebammenwesen durch die Einbeziehung eines größeren Personenkreises zu erweitern und im kritischen Diskurs zu schärfen. Als weiteres Anliegen sollte eine Priorisierung der anstehenden Forschungsaufgaben angestoßen werden, um damit Impulse für eine möglichst pragmatische, abgestimmte und zugleich zielgerichtete Beantwortung der identifizierten Forschungsdesiderata zu setzen.

2 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine Delphi-Studie durchgeführt, die methodisch auf einer gesteuerten Gruppenkommunikation basiert. Delphi-Befragungen sind sehr wandlungsfähig und für vielfältige Fragestellungen einsetzbar (Häder 2002, Häder 2009, Michels et al. 2012). Sie dienen unter anderem dazu, in einer Gruppe (von ExpertInnen) durch Befragung einen Austausch zu initiieren und den Stand der Diskussion durch gezieltes Feedback der Gruppenmeinung voranzutreiben. Als Vorteil von Delphi-Erhebungen gilt, dass der Einfluss von „Meinungsführerinnen und Meinungsführern“ durch die anonyme Form der Kommunikation reduziert wird, so dass prinzipiell jede Position in gleichem Maße in die Diskussion eingehen kann - ein für unsere Studie wichtiger Gesichtspunkt (z.B. um Statusunterschiede zwischen praktisch und wissenschaftlich Tätigen ausgleichen zu können). Unter anderem eignen sich Delphi-Studien für die Zielbildung, Ideenfindung oder Konsensbildung, was sie für die hier interessierenden Fragestellung ebenfalls geeignet erscheinen ließ.

In dieser Studie ging es konkret darum, wissenschaftlich Tätige, Lehrkräfte und praktisch Anleitende in den verschiedenen Lernorten (Hochschule, Schule, Praxis) miteinander in einen (virtuellen) Gedankenaustausch einzubinden. Für die Aggregation von Ideen zur Erforschung der klinischen Kompetenzentwicklung und deren Bewertung schien uns eine Delphi-Befragung „zur Ermittlung und Qualifikation der Ansichten einer Expertengruppe über einen diffusen Sachverhalt“ (Häder 2009: 33) geeignet.

Dabei wird zunächst mit offenen, explorativen Fragen gearbeitet, um den zur Diskussion anstehenden Sachverhalt zu umreißen und für die Erstellung eines Fragebogens zu operationalisieren (1. Befragungsrunde). Mit diesem Instrument werden die Teilnehmenden dann um eine quantifizierende Bewertung der ermittelten Sachverhalte gebeten (2. und 3. Befragungsrunde). In dieser Delphi-Studie ging es nicht darum, einen Konsens unter den ExpertInnen zu erzielen. Von Interesse war die Erhebung der Meinungsvielfalt in der Gruppe wie auch die quantifizierende Priorisierung von Themen für die weitere Bearbeitung (ebd., Schulz & Renn 2009: 11).

2.1 Auswahl möglicher Befragter (Sampling)

An dem als Kick-off-Veranstaltung 2013 in Berlin durchgeführten Symposium „Klinische Kompetenzentwicklung“ waren Teilnehmende aus der Pflege, dem Hebammenwesen sowie der Medizin aus Deutschland und der Schweiz vertreten. Bei der hier durchgeführten Delphi-Studie wurde jedoch auf eine Einbindung der Medizin verzichtet. Zur Begründung: die strukturellen und konzeptionellen Unterschiede zwischen der Pflege- und Hebammenausbildung bzw. dem Studium der Pflege- und Hebammenwissenschaft einerseits und dem Studium der Humanmedizin andererseits sind erheblich – insbesondere wenn es um den Umfang und die Gestaltung klinischer Ausbildungsanteile geht. Es wäre demnach schwierig gewesen, für die Delphi-Befragung eine gemeinsame Verständigungsbasis herzustellen. Aus ähnlichen Gründen wurde auch auf die Einbindung weiterer Gesundheitsprofessionen (z.B. aus der Physiotherapie, Ergotherapie) verzichtet. Stattdessen wurde der Kreis der zur Teilnahme an der Delphi-Befragung eingeladenen Personen um die Zielgruppe der in der Lehre und praktischer Anleitung verantwortlich Tätigen aus Pflege und Hebammenwesen erweitert, während am Symposium vor allem wissenschaftliche arbeitende Personen teilgenommen hatten. Auf diese Weise wurde dem Umstand entsprochen, dass die Entwicklung in diesem Feld derzeit noch maßgeblich von der Praxis der Lehre her getragen wird und damit eine rein wissenschaftliche Betrachtung womöglich wesentliche Aspekte des Themas klinische Kompetenzentwicklung unberücksichtigt gelassen hätte. In die Befragung einbezogen werden sollten daher Personen aus der Pflege und dem Hebammenwesen, die für unsere Fragestellung als ExpertInnen angesehen werden können (Meuser & Nagel 2005):

- Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen, die zum Zeitpunkt der Erhebung an einer Hochschule in Forschung und Lehre mit Fragen der klinischen Kompetenzentwicklung befasst waren,
- Lehrende mit unterschiedlichen Qualifikationen, die am Lernort Berufsfachschule / Schule des Gesundheitswesens mit der Ausbildung, z. B. in Form praktischen Unterrichts, befasst waren,
- Lehrende mit oder ohne formalisierte Weiterbildung, die am Lernort Praxis für die praktische Anleitung und Begleitung verantwortlich waren.

Damit wurde der Forderung entsprochen, dass die eingeladenen Personen an einer Delphi-Befragung über eine möglichst breite Expertise verfügen und unterschiedliche Zugänge zur Fragestellung haben sollen. Außerdem wurde bei der Zusammenstellung versucht, eine breite Streuung hinsichtlich regionaler Verortung und institutioneller Anbindung der eingeladenen Personen zu realisieren.

Es erfolgte eine Auswahl der Personen, die zur Teilnahme an der Delphi-Befragung eingeladen wurden, aus den Adressdatenbanken des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Aus jeder der oben genannten Personengruppen wurden

16 Pflegenden und 4 Hebammen, insgesamt somit 60 Personen zur Beteiligung an der Delphi-Studie eingeladen (n=60). Gemessen an den bei Delphi-Befragungen empfohlenen Panelgrößen wurde damit ein pragmatischer Mittelweg zwischen eher kleinen, bei qualitativen Befragungen und deutlich größeren Teilnehmerzahlen bei quantitativen Befragungen gewählt (Häder 2009).

2.2 Übersicht zum mehrstufigen Studiendesign

Es wurde eine dreistufige Befragung durchgeführt, beginnend mit einer explorativen Erhebung (1. Befragungsrunde), deren Daten inhaltsanalytisch ausgewertet und für die Entwicklung eines Erhebungsinstruments verwendet wurden. Dieses Instrument wurde in den beiden folgenden quantitativen Erhebungsphasen eingesetzt (2. und 3. Befragungsrunde)⁷. **Abbildung 1** dokumentiert den Ablauf der drei Befragungsrunden, die im Folgenden auch inhaltlich skizziert werden sollen.

1. Befragungsrunde		
Sammlung		
Befragungszeitraum: September und Oktober 2013		
	Inhaltsanalytische Auswertung und Erstellung des Instrumentes für die nachfolgenden Runden	
2. Befragungsrunde		
Gewichtung		
	Befragungszeitraum Februar 2014	
		Deskriptiv-statistische Auswertung und Ergänzung des Befragungsinstrumentes mit den vorläufigen Ergebnissen
3. Befragungsrunde		
Verdichtung		
		Befragungszeitraum Mai 2014
		Abschließende Auswertung

Abbildung 1: Ablauf der Befragungsrunden

⁷ Die im Rahmen dieser Delphi-Studie verwendeten Erhebungsinstrumente wurden dem Datenschutzbeauftragten der Charité jeweils vor Beginn der drei Befragungsrunden zur Prüfung vorgelegt. Sie wurden von ihm als datenschutzrechtlich unbedenklich eingestuft. Aus Gründen des Datenschutzes konnte während der Befragung nicht nachvollzogen werden, wer sich aktiv beteiligte. In jeder Befragungsrunde wurden daher alle ursprünglich ausgewählten Personen angeschrieben.

2.3 Erste Befragungsrunde (Sammlung)

Die erste Befragungsrunde wurde mit einem weitgehend offen gehaltenen Erhebungsinstrument durchgeführt. Für die thematische Strukturierung des Befragungsinstruments wurde auf Protokolle von Gruppen- und Plenumsdiskussionen des zuvor bereits erwähnten Symposiums zurückgegriffen (Tegethoff & Bergjan 2013). Darin angesprochene Forschungsthemen und Forschungsfragen zur klinischen Kompetenzentwicklung wurden zu folgenden Themenkomplexen zusammengefasst: „Theorien und Konzepte“, „Lernstrategien“, „AkteurInnen im Lernprozess“, „Kontexte/Lernumgebungen“ und „Assessment/ Feedback“. In offenen Feldern sollten Ideen und Interessenschwerpunkte zu den vorgenannten Themen eingetragen werden. Darüber hinaus konnten auch Einzelthemen oder auch neue Themen / Kategorien ergänzt werden. Abgerundet wurde das Instrument mit Fragen zum Beruf, zum Tätigkeitsschwerpunkt und Einsatzfeld der Befragten (vgl. Anhang 6.1). Vor dem Versand wurde das Instrument einem institutsinternen Pretestverfahren unterzogen und leicht modifiziert.

Das Befragungsinstrument wurde Anfang September 2013 auf dem Postweg mit einem freigemachten Rückumschlag an die zuvor ausgewählten Personen versandt. Ende September wurde per E-mail nachgefasst und der Erhebungszeitraum einmalig verlängert. Berücksichtigt wurden schließlich alle Fragebögen, die bis zum 31. Oktober 2014 eingegangen sind. Am Ende der ersten Befragungsrunde lagen 26 ausgefüllte Bögen vor mit insgesamt über 200 Freitexteinträgen. Die Beteiligungsquote lag somit in dieser Befragungsrunde bei 43%.

Die qualitativen Daten wurden einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit strukturierenden Anteilen unterzogen (Mayring 2008). Dabei wurden die gesammelten Aussagen der Befragten anhand der vorgegebenen Themenkomplexe und der Reihenfolge des Eingangs gebündelt, anschließend paraphrasiert und tabellarisch aufbereitet. Als inhaltstragende Analyseeinheiten wurden alle als „Vorschläge“ bezeichneten Inhalte aus dem Fragebogen einbezogen. Da sich die „Vorschläge“ vielfach auf die im Instrument angegebenen Beispieleinträgen bezogen, die beim Symposium thematisiert worden waren, wurden diese ebenfalls in die Auswertung einbezogen.

Im nächsten Arbeitsschritt wurden die Paraphrasen soweit generalisiert, dass ein einheitliches Abstraktionsniveau entstand. Es folgte die Reduktion durch Zusammenfassung, Zuordnung und Re-Konstruktion des ursprünglich vorgegebenen Kategoriensystems. Dabei wurde zunächst die thematische Struktur aus dem Erhebungsinstrument beibehalten. Wo dies nicht möglich war oder nicht sinnvoll erschien, wurden die vorhandenen Kategorien angepasst oder neue Kategorien gebildet. Die Kategorienbildung erfolgte also sowohl deduktiv wie auch induktiv im kontinuierlichen Austausch zwischen den an der Auswertung beteiligten Personen. Schließlich wurde eine „Rücküberprüfung“ durchgeführt, die bestätigte, dass die ursprünglichen Paraphrasen im Kategoriensystem aufgehen (Mayring 2009). Tabelle 1 zeigt exemplarisch die „Vorschläge“, die zur Subkategorie „Lernstrate-

gien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen“ in den Fragebögen enthalten waren.

Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen

- Anmerkung zu: Identifikation von ‚Handlungsproblematiken‘ der Lernenden in der Praxis → siehe empirische Ergebnisse dazu (B1)
- Identifikation von individuellen Lernstrategien der Auszubildenden sowohl für die Theorie als auch für die Praxis (B2)
- Untersuchung der Bedeutung von ‚pflegerischen Lehrvisiten‘ für den Lernerfolg in der praktischen Ausbildung (B3)
- Identifikation der individuellen Lernstrategien der Auszubildenden, sowohl für die Theorie, als auch für die Praxis (B4)
- Wie erfolgt Lernen durch Reflexion von klinischen Situationen? (B6)
- Cognitive Apprenticeship als Lernkonzept geeignet? (B10)
- Interdisziplinäres Lernen (Pflege / Hebammen / Physios), auch: Lernen zwischen akademischen und nichtakademischen Azubis (B15)
- Ablauf / Wirkfaktoren des aktiven Konstruktionsprozesses bei den Lernenden. Wie erfolgt diese Konstruktion und wie sollte sie begleitet / moderiert werden. (B19)
- Klinischer Unterricht: Möglichkeiten und Grenzen (B19)
- Untersuchung von vorhandenen Lehrangeboten in der Praxis (z.B. Leittextfragen, Lehrangebotskatalog) (B21)
- Intervision (auch kollegiale Beratung genannt) für Fallbesprechungen (B23)

Tabelle 1: Vorschläge zur Kategorie „Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen“

Tabelle 2 zeigt die tabellarische Darstellung derselben „Vorschläge“, ihre jeweilige Paraphrase und die Generalisierung. Dabei ist erkennbar, dass die deduktiv angenommene Subkategorie „Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen“ die Vorschläge und Paraphrasen nicht unbedingt erfassen konnte. So wurden die Vorschläge 8-9 (hellgrau unterlegt) vollständig aus dieser in eine passendere Kategorie verschoben (Interdisziplinäres Lernen bzw. Akteure im Lernprozess). Ebenso wurde mit den Angaben 10-12 verfahren, die sich auf theoretische Fragen zum Lernen beziehen. Sie wurden in die Kategorie „Theorien und Konzepte“ eingeordnet. Zudem gab es Vorschläge, die sich ohne inhaltliche Verzerrung in keine der vorgegebenen Kategorien und Subkategorien einordnen ließen (3-7). Daher wurde die Kategorie „Lernstrategien“ anhand der Vorschläge und Generalisierungen zur Kategorie „Lern- und Lehraktivitäten“ weiterentwickelt (hier also Subkategorie „Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld“). Dieser Kategorie konnte eine ganze Reihe von Angaben aus den Freitextfeldern am Ende des Fragebogens zugeordnet werden. Die abschließend gefundenen Items sind im Ergebnisteil dargestellt.

	Item	Paraphrase	Generalisierung
1	Identifikation von individuellen Lernstrategien für Auszubildenden sowohl für die Theorie als auch für die Praxis (B2)	Identifikation von individuellen Lernstrategien	Individuelle Lernstrategien
2	Identifikation von individuellen Lernstrategien für Auszubildenden sowohl für die Theorie als auch für die Praxis (B4)	Identifikation von individuellen Lernstrategien	
3	Untersuchung der Bedeutung von „pflegerischen Lehrvisiten“ für den Lernerfolg in der praktischen Ausbildung (B3)	Bedeutung von Lehrvisiten	Lehrangebote im klinischen Setting
4	Klinischer Unterricht: Möglichkeiten und Grenzen (B19)	Bedeutung von klinischem Unterricht	
5	Wie erfolgt Lernen durch Reflexion von klinischen Situationen? (B6)	Reflexion klinischer Situationen	
6	Intervision (auch kollegiale Beratung genannt) für Fallbesprechungen (B23)	Intervision für Fallbesprechungen	
7	Untersuchung von vorhandenen Lehrangeboten in der Praxis (z. B. Leittextfragen, Lehrangebotkatalog) (B21)	Untersuchung vorhandener Lehrangebote	
8	Interdisziplinäres Lernen (Pfleger/Hebammen/Physios) (B15)	Interdisziplinäres Lernen	Interdisziplinäres Lernen
9	Lernen zwischen akademischen und nicht-akademischen Azubis (B15)	Lernen mit Peers aus anderen Bildungsgängen	Akteure Andere Bildungsgänge
10	Cognitive Apprenticeship als Lernkonzept geeignet? (B10)	Cognitive Apprenticeship als Lernkonzept	Übergreifende Lehr-/Lernstrategien
11	Ablauf/Wirkfaktoren des aktiven Konstruktionsprozesses bei den Lernenden. Wie erfolgt diese Konstruktion und wie sollte sie begleitet/moderiert werden? (B19)	Untersuchung des Konstruktionsprozesses bei den Lernenden	
12	Identifikation von „Handlungsproblematiken“ der Lernenden in der Praxis, z. B. für die Entwicklung von Lern- und Praxisaufgaben (FB)	Identifikation von „Handlungsproblematiken“	

Tabelle 2: Vorschläge, Paraphrasen und Generalisierungen unter der Überschrift „Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen“

2.4 Zweite Befragungsrunde (Gewichtung)

Die in der ersten Runde erarbeiteten Kategorien und Subkategorien bildeten die Grundlage für die Erstellung des Erhebungsinstruments für die zweite und dritte Befragungsrunde. Hierfür wurden die in der qualitativen Inhaltsanalyse herausgearbeiteten Subkategorien sprachlich aneinander angepasst und als „Forschungsgegenstände“ bezeichnet zu Items formuliert. Dabei wurde versucht, Formulierungen zu wählen, die möglichst nah am empirischen Material waren. Um die Vielfalt der in der ersten Befragungsrunde erhaltenen Antworten nicht verloren gehen zu lassen und die nun eher abstrakten Befragungsisems zu erläutern, wurden zu jedem der Forschungsgegenstände Paraphrasen besonders typischer Vorschläge in das neue Erhebungsinstrument übernommen.

Im Dezember 2013 lagen die aus den Ergebnissen der ersten Befragungsrunde entwickelten Items für den Fragebogen der zweiten Befragungsrunde vor (vgl. Anhang 6.2). Das Instrument wurde aufgrund seiner Länge – es wurden 50 Items berücksichtigt – für eine Online-Befragung⁸ technisch aufbereitet. Dabei wurden Befragungsisems mit einer Gewichtungsoption in Form einer Likert-Skala versehen (Porst 2013, Kirchhoff et al. 2010). Auf diese Weise sollten die Befragten, die einzelnen Items bzw. Forschungsgegenstände nach ihrer angenommenen Wichtigkeit von 1 (unwichtig) bis 5 (äußerst wichtig) einordnen können. Auf eine verbale Bezeichnung der Werte 2, 3, und 4 wurde verzichtet, so dass eine endpunktbenannte Intervallskala mit vier als gleich angenommen Abständen vorlag. Obwohl es sich streng genommen um Ordinalskalenniveau handelt, wird es damit möglich, die Ergebnisse der quantitativen Befragung zu den Forschungsgegenständen anhand von Mittelwerten und Standardabweichungen darzustellen (Porst 2013, 75ff.). Die Fragen zur Person wurden leicht modifiziert aus dem Fragebogen der ersten Befragungsrunde übernommen. Darüber hinaus wurde gefragt, ob die jeweilige Person an der ersten Befragungsrunde aktiv beteiligt war – eine Nachverfolgung durch die Forscher war aus Datenschutzgründen nicht möglich. Das Befragungsinstrument wurde einem Pre-Test unterzogen und vor der Freigabe leicht überarbeitet.

Für die zweite Befragungsrunde wurden die Eingeladenen aus der ersten Befragungsrunde erneut angeschrieben – diesmal jedoch auf elektronischem Weg. Da eine der zunächst einbezogenen Personen nicht mehr aufzufinden war, reduzierte sich die Zahl der Eingeladenen zur zweiten und dritten Befragungsrunde entsprechend (n=59). Das Online-Erhebungsinstrument war einen Monat lang zugänglich, nach der Hälfte und wenige Tage vor Ablauf des Zeitraums wurden die Eingeladenen jeweils per E-mail erinnert. Die Online-Befragung wurde gut angenommen. An der zweiten Runde der Delphi-Befragung beteiligten sich über 50% der Eingeladenen, das entspricht 31 ausgefüllten Online-Fragebögen, die alle vollständig und verwertbar waren. Die bei der Auswahl vorgenommene Quotierung nach Berufen und Zuständigkeiten bildete sich bei den tatsächlich Teilnehmenden annä-

⁸ Kostenpflichtige Version „Umfrage Online Personal“, www.umfrageonline.com

hernd ab (vgl. Tabelle 3).

Alle Daten, Mittelwerte und Streumaße der zweiten Runde wurden aus der Online-Befragungsplattform heruntergeladen, mit SPSS 19 erfasst und deskriptiv-statistisch aufbereitet. Für die einzelnen Befragungssitems wurden arithmetische Mittelwerte und Standardabweichungen als Kriterium der Streuung des Antwortverhaltens verwendet, die in der dritten Befragungsrunde als Feedback zur Verfügung gestellt wurden.

2.5 Dritte Befragungsrunde (Verdichtung)

In der dritten Befragungsrunde wurde die Fragestellung modifiziert, um eine Verdichtung der bis dahin erarbeiteten Ergebnisse zu ermöglichen: Gefragt wurde nunmehr, wie die Befragten die Wichtigkeit der jeweiligen Forschungsgegenstände *vor dem Hintergrund der zuvor erfassten Gruppenmeinung* bewerten. Die Items des Erhebungsinstrumentes blieben unverändert, allerdings wurden sie jeweils durch die Ergebnisse der zweiten Runde in Form von Mittelwert und Standardabweichung ergänzt. Wie in der Literatur empfohlen (Häder 2009) wurden die Zwischenergebnisse in Form einer auf einen Blick erfassbaren grafischen Darstellung in das Instrument eingefügt.

Angeschrieben und zur Teilnahme eingeladen wurde die bereits bei der zweiten Erhebungsphase einbezogene Personengruppe (n=59). Die Laufzeit der dritten Runde belief sich insgesamt auf einen Monat, wobei während der Laufzeit zwei Erinnerungs-E-mails versendet wurden. Erwartungsgemäß war die Beteiligung in der dritten Befragungsrunde rückläufig („Panelmortalität“). Insgesamt beteiligten sich noch 22 Personen. Die Verteilung zwischen den Berufsgruppen und den Personen mit unterschiedlichen Aufgaben verschob sich dabei nur geringfügig. Die ursprünglich vorgenommene Quotierung hat sich damit über die drei Befragungsrunden hinweg insgesamt bewährt. Tabelle 3 dokumentiert den Rücklauf in den drei Befragungsrunden sowohl aufgeteilt nach teilnehmenden Berufsgruppen wie auch nach den jeweiligen Perspektiven auf das Forschungsfeld.

		Runde I	Runde II	Runde III
Teilnehmende Berufsgruppen	Pflegende	19	22	15
	Hebammen	6	7	4
	Andere bzw. ohne Angabe	1	2	3
	Gesamt	26	31	22
		Runde I	Runde II	Runde III
Perspektiven auf das Forschungsfeld ⁹	Praxisanleiter/innen	5	4	4
	PAL & Lehrende ¹⁰	2	5	1
	Lehrende	7	9	7
	Lehrende & Wissenschaftlerinnen ¹¹	4	4	4
	Wissenschaftler/innen	3	4	3
	Andere bzw. ohne Angabe	5	5	3
	Gesamt	26	31	22

Tabelle 3: Rücklauf in den drei Befragungsrunden

Die Auswertung der dritten Befragungsrunde erfolgte analog der zweiten Befragungsrunde. Im Sinne einer übersichtlichen Deskription wurden ergänzend die Mittelwerte und die Standardabweichung der jeweiligen Haupt- und Subkategorien ermittelt. Auf die Angabe von Summenscores wurde verzichtet, da das Delphi-Verfahren nicht auf statistische Nachweise von Gruppenunterschieden ausgerichtet ist, sondern vorrangig auf Deskription.

Über die Erfassung einiger Personenmerkmale der Befragten ließen sich ebenfalls im Sinne der Deskription Gruppen bilden. Diese Möglichkeit wurde genutzt, um bei auffälligen Ergebnissen mit gleichbleibend hohen Standardabweichungen (> 1,1) mögliche Interpretationshinweise bzw. Diskussionsansätze für ein vorliegendes uneinheitliches Meinungsbild zu entdecken.

2.6 Methodenkritische Einordnung

Die gewählte Delphi-Methode hat in ihrer Anlage dem Forschungsanliegen und dem damit verbundenen Erkenntnisinteresse gut entsprochen und sich insgesamt als zielführend erwiesen. Die Befragung von Akteuren aus dem Feld - seien es nun

⁹ Mehrfachnennungen waren möglich.

¹⁰ Gruppierung: Personen, die auch Erfahrung mit Praxisanleitung haben

¹¹ Gruppierung: Personen, die auch wissenschaftliche Aufgaben wahrnehmen

wissenschaftlich Tätige, Lehrkräfte oder praktisch Anleitende - hat sich als produktiver Zugang erwiesen. In der ersten Befragungsrunde konnten sehr unterschiedliche Themen und Anregungen für die Forschung zu Fragen der klinischen Kompetenzentwicklung zusammengetragen werden. Zwar lagen die Angaben der Befragten auf unterschiedlichem Abstraktionsniveau, was für die inhaltsanalytische Bearbeitung des Gesamtmaterials eine Herausforderung darstellte. Allerdings lässt die große Spannweite der Aussagen vermuten, dass die Perspektiven und Anliegen der unterschiedlichen Akteursgruppen auch im Feld tatsächlich erheblich voneinander abweichen. Es erscheint daher sinnvoll, diese Perspektivenungleichheit bei den künftigen Forschungsanstrengungen systematisch zu berücksichtigen. Für die erste Befragungsrunde wurden aus den während des Symposiums geführten Diskussionsprotokollen Themenvorschläge herausgearbeitet und strukturierend eingesetzt. Dabei ist nicht auszuschließen, dass sich in diesem Prozess die wissenschaftlichen Perspektiven und das jeweilige Vorverständnis der Forschenden niedergeschlagen haben. Der Fragebogen für die erste Befragungsrunde war aber offen gehalten und die Befragten ausdrücklich aufgefordert, auch neue Kategorien zu bilden und sich in der abschließenden Freitextpassage offen zu äußern. Auch die Transformation der in der ersten Runde von den Befragten getroffenen Aussagen in die Items für die standardisierte Befragung wurde durch die Forscherinnen vorgenommen und ohne Zweifel durch deren Perspektivität beeinflusst. In der Summe erwiesen sich die vorgeschlagenen Kategorien jedoch als hilfreiche Orientierung für die Befragten und zugleich als Impuls für die Entwicklung weiterführender Ideen.

Auffallend war das *unterschiedliche Abstraktionsniveau* der von den Befragten getroffenen Aussagen. In den ausgefüllten Fragebögen fanden sich sowohl konkret formulierte Forschungsfragen wie auch übergreifende Forschungsthemen. Einige Ideen orientierten sich eher an praktischen Erfordernissen in der Ausbildung von Pflegenden und Hebammen, andere zielten eher in Richtung theoretischer Überlegungen. Veranschaulichen lässt sich die an Beispielen aus dem Themenfeld „Assessment“ in der klinischen Kompetenzentwicklung. In einem Fall wurde in diesem Zusammenhang sehr konkret vorgeschlagen, den für die praktische Durchführung von Assessment und Feedback benötigten Zeitaufwand zu ermitteln - beispielsweise um daraus Schlußfolgerungen für den mit dieser Aufgabe verbundenen Aufwand ziehen zu können (Fragebogen 7). Es wurde also eine pragmatische Bestandsaufnahme der tatsächlichen Praxis des Assessments klinischer Kompetenzen gefordert. In einem anderen Fall wurde dagegen sehr viel allgemeiner die „Untersuchung von geeigneten Bewertungsinstrumenten“ für die klinische Kompetenzentwicklung vorgeschlagen. Dies eröffnet vielfältige Anschlussmöglichkeiten - beispielsweise in Richtung der Instrumententwicklung, z.B. zur Untersuchung der „Güte“ von Assessmentinstrumenten (Fragebogen 3).

Die Grundfrage aller drei Befragungsrunden war die nach dem Forschungsbedarf in Fragen der klinischen Kompetenzentwicklung. Hinsichtlich der Zusammenset-

zung des Panels dieser Untersuchung ist zu berücksichtigen, dass die Frage nach der Wichtigkeit eines Forschungsgegenstandes möglicherweise von den beteiligten Personengruppen unterschiedlich interpretiert wird: ein Forschungsgegenstand kann grundsätzlich interessant sein, es kann sich angesichts der vorliegenden Studien um eine ausgesprochene Forschungslücke handeln, es kann sich um eine Thema handeln, das im jeweiligen Umfeld des/der Teilnehmenden eine aktuelle Brisanz hat. Hinweise auf diesen Interpretationsspielraum ergaben sich aus den Kommentaren in den Freitextfeldern der Fragebögen, in denen von WissenschaftlerInnen verschiedentlich auf bereits vorliegende Literatur zu einem bestimmten Thema hingewiesen wurde bzw. in denen von PraxisanleiterInnen spezielle Bedingungen des jeweiligen eigenen Arbeitsumfeldes erläutert wurden. Dies wird bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sein.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse einer Delphi-Studie aufgrund des selektiven Samplings und der spezifischen Vorgehensweise dieses Studiendesigns keinen repräsentativen Anspruch erheben können. Ungeachtet dessen bieten sie für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema zahlreiche interessante Anregungen und Diskussionsgrundlagen.

3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden zunächst die Ergebnisse der offenen Befragung zu Forschungsthemen und -gegenständen in Fragen der klinischen Kompetenzentwicklung von Pflegenden und Hebammen dargestellt, bevor im Anschluss die Befunde der beiden quantitativ orientierten Befragungen präsentiert werden. Die Art der Ergebnisdarstellung folgt den jeweils zugrundeliegenden Forschungsparadigmen, sprich: sie ist im ersten Fall deskriptiv (1. Befragungsrunde), im zweiten Teil dagegen quantifizierend (2./3. Befragungsrunde). Auf diese Weise soll nachzuvollziehbar werden, wie sich die Ermittlung und Qualifikation der Ansichten der in die Befragung einbezogenen Personen im Rahmen dieser Delphi-Studie schrittweise entwickelt hat, welche Einblicke gewonnen werden konnten und welche Perspektiven sich uns mit Blick auf das hier interessierende Thema dabei eröffnet haben.

Für den schnelleren Überblick der Ergebnisse kann auch statt Kapitel 3.1 der Anhang 6.2, (S. 67) herangezogen werden, der das Befragungsinstrument der 2. und 3. Runde zeigt, das als Ergebnis aus der 1. Runde hervorging. Daran schließt dann das Kapitel 3.2 (S. 34) an.

3.1 Ergebnisse der ersten Befragungsrunde

Ziel der ersten Befragungsrunde war es, im Sinne eines ergebnisoffenen „Brainstorming“ ein möglichst breites Spektrum an Forschungsthemen und Forschungsgegenständen zur klinischen Kompetenzentwicklung zu sammeln. Der Blick der

Befragten sollte dabei nicht bereits durch Fragen der Umsetzbarkeit, Praktikabilität oder Zweckgerichtetheit eingeengt werden. Auch ging es noch nicht darum, die vorgeschlagenen Themen oder Gegenstände in ihrer jeweiligen Bedeutung zu ordnen und damit eine Qualifizierung oder Priorisierung vorzunehmen. Allenfalls eine gewisse Vorstrukturierung durch die vom Forscherteam vorgeschlagenen Themen war von den Befragten zu berücksichtigen, was aber offensichtlich problemlos angenommen wurde. Die im Fragebogen vorgegebenen Themen wurden aufgegriffen und mit eigenen Vorschlägen variiert oder spezifiziert. Besonders intensiv bearbeitet wurden dabei die Themenschwerpunkte Lehr- und Lernstrategien sowie Kontexte und Lernumgebungen. Darüber hinaus haben die AkteurInnen im Lernprozess und hier insbesondere die in der Praxis Anleitenden Aufmerksamkeit auf sich gezogen.

In den folgenden Absätzen soll der Prozess der Aggregation der unterschiedlichen Angaben in den Fragebögen der 1. Runde zu den 50 Items des Fragebogens der 2. und 3. Runde transparent gemacht werden. Die Darstellung folgt den deduktiv-induktiv entwickelten Kategorien. Die im Text fett gedruckten Formulierungen gingen, da sie die Ergebnisse zusammenfassen, als Items in das Befragungsinstrument der 2. und 3. Befragungsrunde ein. Anhang 6.2 zeigt diese am Ende der Auswertung der 1. Befragungsrunde entwickelten Items, die jeweils durch Erläuterungen und Beispiele aus dem Material ergänzt wurden, in der Übersicht. (vgl. Anhang 6.2, S. 67)

3.1.1 Kategorie A Theorien und Konzepte

Die Befragten machten eine Reihe von Vorschlägen, die darauf schließen lassen, dass im Zusammenhang mit der klinischen Kompetenzentwicklung noch eine ganze Reihe von theoretischen und konzeptionellen Fragen unbeantwortet ist. Darauf deutet die ebenso vielfältige wie umfangreiche Bearbeitung der in diesem Bereich formulierten Fragen etwa nach dem theoretischen Rahmen für die Erforschung klinischer Kompetenzen oder der Notwendigkeit zur Identifikation relevanter klinischer Kompetenzen. Die Aussagen zu diesem Themenkomplex wurden schließlich zu sieben Items verdichtet, die im Folgenden kurz zusammenfassend skizziert sind: (vgl. Anhang S. 68)

Die **Begriffsbestimmungen im Sinne der Theoriebildung** voranzutreiben und beispielsweise den Kompetenzbegriff weiterzuentwickeln, war den Befragten offensichtlich ein wichtiges Anliegen. Grundsätzlich klärungsbedürftig schienen ihnen auch andere, im Kontext der hier aufgegriffenen Thematik häufig verwendete Begriffe wie etwa klinische Kompetenz, Pflegekompetenz, Performanz, hermeneutisches Fallverständnis, etc. In einem Fall wurde auf die Notwendigkeit hingewiesen, den „Qualitätsbegriff zu bestimmen“, dafür wurde eigens eine neue Themenkategorie vorgeschlagen: „Qualität praktischer Ausbildung“. Letztlich war aber auch in diesem Fall das Anliegen erkennbar, häufig verwendete Begriffe unmissverständlicher zu klären und in der Wissenschafts- und Praxisgemeinschaft einen Konsens über deren Verwendung herbeizuführen. Eine etwas andere Richtung

nahmen von den Befragten benannte Themen, die auf eine „Vertiefung und Weiterentwicklung von Konzepten und Modellen“ abzielten. Allerdings wurden auch hier vorwiegend Begriffe benannt, die im Kontext der Debatte über die klinische Kompetenzentwicklung als grundsätzlich klärungsbedürftig angesehen wurden darunter so unterschiedlich gelagerte Schlagworte wie „critical thinking“, „Intuition“ oder „emotionale Kompetenzen“. Was von all diesen Begriffen im Sinne der Herstellung einer gemeinsamen Verständigungsbasis lediglich terminologisch geklärt werden müsste, was dagegen konzeptionell durchdacht und begründet werden sollte bzw. welche konzeptionellen Assoziationen damit auf Seiten der Befragten verbunden wurden, war den Angaben nicht immer eindeutig zu entnehmen. Ungeachtet dessen war das Anliegen, terminologische und konzeptionelle Klarheit und Eindeutigkeit herzustellen, deutlich erkennbar.

Ebenso wichtig wie terminologische und konzeptionelle Klärungsprozesse schien den Befragten zu sein, sich eingehender mit der **Kompetenzentwicklung** als solcher zu beschäftigen, sprich deren prozeduralen Charakter zum Gegenstand von Forschung zu machen. Konkret aufgeworfen wurde hier die Frage nach der Aktualität des von Patricia Benner bereits in den 1980er-Jahren entwickelten Stufenmodells der Kompetenzentwicklung (From Novice to Expert; Benner 2000). Thematisiert wurde auch die Notwendigkeit zur Auseinandersetzung mit Kompetenzstufen zu unterschiedlichen Zeitpunkten von Ausbildung oder Studium. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei der Kompetenzentwicklung um ein ausgesprochen dynamisches Geschehen handelt, wurde die intensivere Auseinandersetzung mit dem Prozess der Kompetenzentwicklung sowie mit den darauf einwirkenden Faktoren als eine wichtige Forschungsaufgabe benannt.

Eine Reihe von Angaben beschäftigte sich mit der **Identifikation und Klärung von Kompetenzen, die für die Pflege und das Hebammenwesen als besonders relevant anzusehen sind**. Die Themen bezogen sich hier einerseits auf mögliche Praxis- und Handlungsfelder, für die spezifische Kompetenzen zu erwerben sind, z. B. die Gesundheitsförderung. Auch das Thema „arbeitsplatzbezogene Qualifizierung und „Spezialisierung“ wurde in diesem Zusammenhang eingeordnet. Als grundsätzlich bearbeitungsbedürftig wurde die Frage nach den „Kernkompetenzen/ dem Gegenstand der Pflege“ (z.B. in Abgrenzung zu anderen Gesundheitsprofessionen) angesehen. Der Zusammenhang zwischen der „Kompetenzentwicklung“ und dem „Selbstverständnis der Pflege“ wurde ebenfalls diesem Themenkomplex zugeordnet. Dies gilt gleichermaßen für das Thema der Abgrenzung zu ärztlichen Tätigkeitsbereichen bzw. die Frage der Delegation / Substitution.

Als übergeordnetes Thema ging auch die Debatte über die Akademisierung der Pflege und des Hebammenwesens in die Ergebnisse der Befragung ein. Die Befragten nannten hier als relevantes Forschungsthema die **Differenzierung klinischer Kompetenzen für verschiedene Bildungsgänge** und die Abgrenzung möglicher Handlungsfelder von AbsolventInnen der primärqualifizierenden Bachelorstudiengänge.

Ausdrücklich als forschungsrelevant aufgegriffen wurde von einigen Teilnehme-

rInnen an unterschiedlichen Stellen des Fragebogens auch die Perspektive der Lernenden. Als mögliches Forschungsthema wurden die **Vorstellungen der Lernenden von den aus ihrer Sicht bedeutsamen Kompetenzen** genannt. Aufgrund der inhaltlichen Nähe zum vorhergehenden Item wurde diese Nennung der Kategorie „Theorien und Konzepte“ zugeordnet. Auch die Vorstellungen der Lernenden zu geeigneten Bedingungen der Kompetenzentwicklung wurden hier eingeordnet.

Sowohl unter der Überschrift „Theorien und Konzepte“ als auch in den Freitextfeldern wurde wiederholt das Stichwort „Curriculum“ genannt. Hier wird der Begriff Konzept eher im Sinne konzeptueller Arbeit aufgegriffen. Beispielsweise wurde die Frage nach dem Sinn und Zweck so genannter Praxiscurricula aufgeworfen, ebenso aber auch die der Verknüpfung von theorie- und praxisorientierten Curricula. Daneben wurde als auch die Forderung nach **Curriculumsentwicklung** erhoben und insbesondere eine stärkere Steuerung der Ausbildung bzw. des Studiums von klinischen Inhalten her eingefordert.

Schließlich wurde noch ein letztes Item gebildet, in der sich verschiedene Hinweise zu **theoretischen Aspekten des Lehrens und Lernens** wiederfinden lassen. Von einigen der Befragten wurden auf einer sehr grundsätzlich lerntheoretischen Ebene Fragen danach aufgeworfen, wie klinisches Lernen von statten geht. Diese Fragen gingen in durchaus unterschiedliche Richtungen. Einerseits wurde nach dem „Konstruktionsprozess“ gefragt, der dem Lernen zugrunde liegt, und wie diese Konstruktion im klinischen Umfeld erfolgt. Auch die Bedeutung von „Modellen“, also Vorbildern für den Lernzuwachs wurde thematisiert. Hinsichtlich theoretischer Konzepte des Lehrens und Lernen war für die Befragten auch das Konzept des „Cognitive Apprenticeship“ von Interesse, dessen Eignung als „Lernkonzept“ ausdrücklich hinterfragt wurde.

3.1.2 Kategorie B Lern- und Lehraktivitäten: Simulationen, Fertigkeitentrainings, praktischer Unterricht

Die Kategorie „Lern- und Lehraktivitäten“ wurde aus der im Fragebogen vorgeschlagenen Kategorie „Lernstrategien“ entwickelt. Die etwas offener formulierte Überschrift wurde dem großen Spektrum von Angaben der ExpertInnen besser gerecht. Hier gab es einen besonders deutlichen Interessenschwerpunkt. Im Fragebogen war eine Teilung der Kategorie vorgeschlagen, die Strategien in Skills Training und praktischem Unterricht von Strategien im klinischen Umfeld unterschied. Die Unterscheidung zwischen Lernsituationen mit Simulationsverfahren und Lernsituationen im klinischen Feld erwies sich als praktikabel. (vgl. Anhang S. 69)

Simulation wird hier als Sammelbegriff für verschiedene Verfahren verwendet, die klinische Situationen nachstellen: gemeint sind technische Simulationen, aber auch Rollenspiele oder andere Übungen mit Simulationspatienten oder Mitlernenden. Während im Fragebogen als Beispiel für in diese Richtung zielende Fragestellungen der Vergleich zwischen verschiedenen Simulationsprogrammen vorge-

schlagen war, interessierten sich die TeilnehmerInnen vor allem für den **Vergleich zwischen dem Lernen in einer Simulation und dem in der Realsituation**. Zu dieser offenen Thematik, die als solche von den Befragten formuliert wurde, fanden sich im Material unterschiedliche Ausdifferenzierungen: die Fragen danach, welche Vor- und Nachteile beide Lernsettings haben können und, welche Lerninhalte in welcher Weise in welchem Setting gelernt werden.

Unter der Überschrift **Legitimation der Lerngegenstände für Simulationen** wurden aus dem Material die Angaben zusammengeführt, die konkreter nach den möglichen Inhalten von Simulationen fragten. Die im Material aufgeworfene Frage: „Was ist für Simulationen geeignet?“ verdeutlicht, was hier gemeint ist, welche Kompetenzen also sinnvollerweise in Simulationen erlernt werden. Dazu wurden unter dem Stichwort „Kommunikation“ konkrete Verhandlungsstrategien als mögliche Inhalte genannt. Daneben wurde die Bestimmung „evidenzbasierter skills“ für Trainingsprogramme angemahnt. Hierbei kann es einerseits darum gehen, wissenschaftlich zu belegen, dass eine Fertigkeit sinnvollerweise in einer Simulation gelernt wird. Andererseits kann hiermit auch die Frage gemeint sein, welche Fertigkeiten als solche legitime Lerngegenstände sind.

Alle Angaben, die sich dem Thema **Rahmenbedingungen von Simulationstraining** widmeten, wurden im nächsten Item geclustert. Dabei ging es z. B. um die sehr konkret formulierten Fragen, wann und wie oft ein solches Training eingesetzt werden sollte. Daneben wurde von den Befragten auch die Lernbegleitung z. B. durch TutorInnen thematisiert, die der Möglichkeit in einem „Skills lab“ weitgehend selbstgesteuert zu lernen, gegenüber gestellt wurde.

Einen Interessensschwerpunkt bildete die Frage, **welche Einflüsse auf den Erfolg des Praxistransfers** der in Simulationen, Fertigkeitentrainings und praktischem Unterricht gelernten „skills“ in die Praxis zu bedenken sind. In diesem Zusammenhang war im Fragebogen als Beispiel vorgeschlagen, den Einfluss z. B. von Angst, Scham oder Schmerz auf das Lernen und Umsetzen von Fertigkeiten zu untersuchen. Das Beispiel verweist darauf, dass vor allem in technischen Simulationen bestimmte Faktoren der Realsituation ausgeblendet werden und ungewiss ist, ob die gelernte Fertigkeit in der Wirklichkeit dann abrufbar ist.

Den TeilnehmerInnen ging es in ihren Angaben einerseits um die grundsätzliche „Effektivität von Simulationstraining für die Praxishandlung“, also die Feststellung ob und in welchem Maße das in einem virtuellen Umfeld Gelernte in der Praxis verfügbar ist. Es wurden aber auch einzelne Wirkfaktoren, wie z. B. die Arbeitsbelastung, thematisiert, unter der die gelernten Fertigkeiten in der Praxis umgesetzt werden. Hier scheint die gleiche Fragestellung auf, die im oben genannten Beispiel aus dem Instrument impliziert war: inwieweit sind die unter geschützten Bedingungen erlernten „skills“ wirklichkeitstauglich.

3.1.3 Kategorie B Lern- und Lehraktivitäten: klinisches Umfeld

In der zweiten Subkategorie wurden die Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld zusammengefasst, welche den überwiegenden Teil der sehr konkreten Beiträge zur Rubrik „Lernstrategien“ im Fragebogen ausmachte. Das genaue Vorgehen wurde bereits im Kapitel Methoden (vgl. S. 11f.) dargestellt (Übersicht außerdem im Anhang S. 70).

In dieser Subkategorie ging es den Befragten um individuelle **Lernstrategien der SchülerInnen und Studierenden** und die Fragen, welche davon erfolgversprechend sind und wie sie weiterentwickelt werden können. Auch die Frage nach „fachspezifischen Lernstrategien“ wurde gestellt, wobei offen blieb, welche Art von Fächern (z. B. medizinische Fachrichtungen) gemeint sein könnte.

Abzugrenzen von diesen eher grundsätzlichen Fragestellungen zu möglichen Lernstrategien der Lernenden waren die sehr spezifischen Angaben zu **Lernformen, bei denen die Lernenden im hohen Maße selbst die Verantwortung für den Lernprozess übernehmen**. Ausdrücklich wurde von den TeilnehmerInnen „selbstorganisiertes Lernen“, aber auch „Schülerprojekt“ und „Schülerstation“ genannt. Stärker aus der Perspektive der Lehrenden betrachtet und auf ihre Aktivitäten bezogen waren die Fragestellungen, die in das nächste Item einfließen. Es wurden eine ganze Reihe konkreter Lehr-, Lernformen genannt, die Gegenstand der Forschung rund um klinische Kompetenzentwicklung sein können. Dabei ging es den TeilnehmerInnen sowohl um eine Bestandsaufnahme, welche Aktivitäten tatsächlich im Feld durchgeführt werden, als auch um die Bewertung und Differenzierung der **Methoden der Anleitung, Begleitung oder Vermittlung**. Es zeigte sich hier, dass die Beiträge der TeilnehmerInnen sowohl aus der Vermittlungs-/Lehrperspektive als auch aus der Aneignungs-/Lernperspektive aufgeführt wurden. So wurden auch Angaben zu „Lernangeboten“, wie Lerninseln, Lernbüros, Transfercoaching usw. eingeordnet.

Formen der Reflexion und ihre Bedeutung für die klinische Kompetenzentwicklung wurden von den Beteiligten in unterschiedlichster Weise als Forschungsthema angesprochen, so dass sie hier ein eigenes Item bilden. Die Teilnehmenden interessierten sich für unterschiedliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Reflexion. Insbesondere die Fragen, in welcher Form die Reflexion des klinischen Lernens durchgeführt wird und wie sie gefördert werden kann, waren hier von Interesse.

Besondere Aufmerksamkeit zog auch die **Entwicklung von personaler Kompetenz** als Herausforderung für klinische Lernprozesse auf sich. Die Befragten thematisierten unterschiedliche Dimensionen von Kompetenz: dies waren z. B. „Einstellung“, „Haltung“ oder „Entscheidungskompetenz“. Es wurde in diesem Zusammenhang nach den entsprechenden Lernmöglichkeiten gefragt, wie das folgende Beispiel zeigt: „Welche Lernangebote braucht es für das Lernen von Haltung/personaler Kompetenz, Ethik- Entscheidungskompetenz“.

3.1.4 Kategorie C AkteurInnen im Lernprozess

Die Kategorie AkteurInnen im Lernprozess war im Fragebogen mit mehreren Unterkategorien angelegt, so dass Vorschläge zu den jeweiligen Personengruppen zugeordnet werden konnten. In dieser Kategorie wurden zahlreiche Angaben mit einem deutlichen Schwerpunkt rund um die PraxisanleiterInnen eingebracht. Die sechs von den ForscherInnen vorgeschlagenen Gruppen von AkteurInnen: PatientInnen, SimulationspatientInnen, Peers sowie PraxisanleiterInnen, Theorielehrende und klinisches Personal wurden von den Teilnehmenden aufgegriffen, als weitere relevante Personengruppe wurden die Angehörigen der PatientInnen genannt. Die Vorschläge zu Forschungsfragen, die auch Angehörige einbeziehen, wurden mit denen zu den PatientInnen zusammengefasst (vgl. Anhang 6.2, S. 71). Die Befragten griffen die **Möglichkeiten und Grenzen des Lernens mit PatientInnen** und ihren Angehörigen in den Lernprozess („patient as teacher“) u. a. unter der Fragestellung auf, wo und wie dies am besten möglich ist. So wurde hier ausdrücklich die Frage nach Lernorten aufgeworfen, die gewählt werden könnten, um eine stärkere Einbeziehung von PatientInnen zu ermöglichen.

Mehrere TeilnehmerInnen forderten in diesem Zusammenhang ausdrücklich die **Perspektive der PatientInnen** auf Lern- und Lehraktivitäten, in die sie involviert sind, als Forschungsgegenstand ein. Hier wurde z. B. die Frage gestellt, wie sich die Lehr- und Lernaktivitäten auf die PatientInnen auswirken und wie die PatientInnen beziehungsweise die „Pflegebeziehung“ den Lernfortschritt beeinflussen. Forschungsaktivitäten zu den **Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung auch der Angehörigen** waren, wie bereits erwähnt, ein Vorschlag, der neu aus dem Feld eingebracht wurde. Ausdrücklich erwähnt wurden hier Beratung und Schulung als Fragestellungen sowie der Umgang mit „unzufriedenen Angehörigen“.

Zum Thema SimulationspatientInnen gab es im Fragebogen bereits eine Reihe von Vorschlägen, die aus der Aufarbeitung des Symposiums resultierten. Hier wurde nur wenig ergänzt, so dass sich zwei Items ergaben, die im Wesentlichen die im Fragebogen vorgeschlagenen Fragestellungen mit einigen Differenzierungen umfassen.

Es wurde analog zu den Simulationen im Allgemeinen auch hier nach **grundsätzlichen Möglichkeiten und Grenzen des Lernens mit SimulationspatientInnen** gefragt und zwar insbesondere im Vergleich mit dem Lernen in klinischen Realsituationen mit PatientInnen.

Ebenfalls im Fragebogen vorgegeben waren Fragestellungen **zur Qualifikation sowohl der SimulationspatientInnen selbst als auch der Personen, die Lernprozesse mit SimulationspatientInnen begleiten**. Die letztgenannte Fragestellung wurde von Befragten aufgegriffen und konkretisiert („Qualifikation der Trainer/Tutoren?“).

Besonders zahlreich und ausdifferenziert waren die Angaben zu der Personengruppe PraxisanleiterInnen (vgl. Anhang 6.2, S. 72). Sehr konkret wurde als Forschungsgegenstand das **Methodenrepertoire der PraxisanleiterInnen** genannt.

Sowohl eine Bestandsaufnahme als auch die Analyse der Wirkungen war dabei von für die Befragten von Interesse.

Große Aufmerksamkeit unter den Teilnehmenden fanden auch die **Rahmenbedingungen für die Arbeit der PraxisanleiterInnen**. Hier wurde im Sinne einer Bestandsaufnahme, aber auch unter der Fragestellung der Auswirkungen bestimmter Rahmenbedingungen z. B. nach der Freistellung von PraxisanleiterInnen für ihre pädagogische Tätigkeit gefragt. Neben recht offenen Fragen nach „begünstigenden Faktoren“ für die Wahrnehmung der Rolle als PraxisanleiterIn wurden auch konkreter der „zeitlichen Aufwand“ und die „Organisationsstrukturen“ sowie „Evaluation“ als Forschungsgegenstände genannt.

Den Themen **Qualifikationsbedarf und Qualifikationsangebote für die in der Praxis Anleitenden** wurde ebenfalls große Aufmerksamkeit gewidmet. Hier gab es die Fragen nach der tatsächlichen sowie der notwendigen Qualifikation. Die Möglichkeiten, diese Qualifikationen zu erwerben, bis hin zum Entwurf entsprechender Curricula, standen im Fokus.

Ein anderer Interessenschwerpunkt waren für die Teilnehmenden **die Rollenerwartungen, die an die PraxisanleiterInnen herangetragen werden**. Es wurden einerseits die „Azubis“ mit ihren Erwartungen genannt, andererseits auch andere Professionen. In diesen Gesamtzusammenhang wurden bei der Auswertung auch Rollenerwartungen/Herausforderungen eingeordnet, die an die PraxisanleiterInnen im Zusammenhang mit der Akademisierung gestellt werden.

Ein letzter Schwerpunkt im Zusammenhang mit den PraxisanleiterInnen war die Frage nach deren **„Motivation“**. Dieses Stichwort wurde von den Teilnehmenden ausdrücklich neben anderen Einflussfaktoren auf die Arbeit in der praktischen Anleitung genannt, so dass diese Fragestellung, obwohl eng verwandt mit der nach den Rahmenbedingungen (dort ging es z. B. um Freistellung für die praktische Anleitung), ein eigenes Item bildet.

Als weitere professionell mit der klinischen Kompetenzentwicklung befasste Gruppe waren die Lehrenden in der theoretischen Ausbildung im Fragebogen angegeben. Auch hier gab es von den Befragten Vorschläge und Kommentare, die sich einerseits der Frage widmeten, in welchem Umfang und mit welcher Häufigkeit Praxisbegleitung durch die Theorielehrenden sinnvoll ist. In diesem Zusammenhang, also **„Notwendigkeit der Praxisbegleitung“**, wurde von einigen TeilnehmerInnen auch die Perspektive der Lernenden aufgegriffen. Die Fragestellung war dann, inwieweit die SchülerInnen und Studierenden Praxisbegleitung durch die Lehrenden aus der Theorie wünschen bzw. für notwendig erachten (vgl. Anhang 6.2, S. 72).

Weitere Vorschläge bezogen sich auf die Art und Weise, also die **Konzepte der Praxisbegleitung**: hier wurden „Kompetenzanbahnung“, „Transferunterstützung“ und „Lernortkooperation“ genannt. Auch die besonderen Anforderungen durch die zunehmende Akademisierung wurden thematisiert.

Die im Fragebogen vorgeschlagene „Untersuchung des **Beitrags von Peers/ Mitlernenden** in klinischen Lernprozessen“ wurde den Teilnehmenden aufgegriffen

und differenziert. So wurde die Frage danach gestellt, welchen **Einflüssen** das gemeinsame Lernen von Peers ausgesetzt ist (vgl. Anhang 6.2, S. 73).

Mehrfach wurde die **Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungsstände und Ausbildungsgänge** beim Lernen mit Peers zum Thema gemacht. So thematisierten die Befragten z. B. unter dem Stichwort „Tandemkonzept“ das gemeinsame Lernen von Anfängern mit Fortgeschrittenen als möglichen Forschungsgegenstand. Auch die unterschiedlichen Bildungsgänge (an Fachschule oder Hochschule) wurden als relevante Kategorie für die Untersuchung des Lernens mit Peers genannt. Mehrere Vorschläge für konkrete Forschungsfragen gab es schließlich zu der Frage, wie das klinische Personal an der Kompetenzentwicklung mitwirkt. Diese Angaben wurden zu zwei Items verdichtet (vgl. Anhang 6.2, S. 73). Die im Fragebogen vorgegebene Frage nach dem **Ausbildungsauftrag und der Ausbildungsbereitschaft des klinischen Personals** wurde mehrfach von den TeilnehmerInnen aufgegriffen und hinsichtlich **fördernder und hemmender Bedingungen** der Anleitung durch PraktikerInnen und deren Kooperation mit den Lehrenden ausdifferenziert. Die im Fragebogen als Beispiel angegebene Frage nach dem Unterschied zwischen der Anleitung durch pädagogisch geschultes Personal bzw. durch versierte Praktiker wurde von den Befragten dahingehend variiert, dass nach dem unverzichtbaren Beitrag der Praktiker in Form ihrer **klinischen Expertise** gefragt wurde. Diese Ausdifferenzierung wurde in der Auswertung aufgegriffen.

3.1.5 Kategorie D Kontexte/Lernumgebungen

In dieser Kategorie ging es um die Kontexte und Lernumgebungen, in denen klinische Kompetenzen erworben werden (vgl. Anhang 6.2, S. 74). Der Fragebogen gab hier vier Vorschläge vor, die sehr umfangreich von den TeilnehmerInnen kommentiert oder ergänzt wurden. Die Kategorie konnte daher in drei Subkategorien: Soziale Bedingungen, Einsatzbereiche und organisatorische Bedingungen ausdifferenziert werden.

Das erste in der Subkategorie „soziale Bedingungen“ entwickelte Item fasst allgemeine Fragen nach den **sozialen Bedingungen und ihren Auswirkungen** zusammen. Hier wurden die Angaben eingeordnet, die sich mit gegenseitigen Erwartungen der Lernenden und des klinischen Teams sowie mit „typischen Belastungsfaktoren“ befassten. Die Angaben der Teilnehmenden, die hier eingeordnet sind, waren, wie das genannte Beispiel zeigt, recht allgemein.

Ein klar abgrenzbarer Schwerpunkt in den Angaben der Befragten befasste sich mit dem **„klinischen Team“** als solchem. Hier gab es die Frage, wie Werte und Überzeugungen des Pflege- oder Hebammenteams die pädagogische Atmosphäre bestimmen. Auch „Fehlerkultur“ und „lernende Organisation“ wurden hier als Stichworte angegeben. Von Teilnehmenden wurde als Frage aufgeworfen, inwieweit „Zugehörigkeit“ zum Team für den Kompetenzzuwachs bedeutsam ist. Auch das Thema „role modeling“ wurde bei der Auswertung bei den Fragestellungen zum klinischen Team eingeordnet.

Im Zusammenhang mit den sozialen Bedingungen wurde mehrfach als Desiderat genannt, auch die Perspektive der Lernenden selbst aufzugreifen. Hier ging es um die **Wünsche und Erwartungen der Lernenden** ebenso wie um hemmende und fördernde Bedingungen des Lernens im klinischen Feld ausdrücklich „aus deren Perspektive“.

Auf sehr unterschiedlichem Abstraktionsniveau lagen die Vorschläge, die zu verschiedenen Einsatzbereichen, in denen klinische Kompetenzen entwickelt werden, gemacht wurden. Unter der Ergebniskategorie „**Lernhaltigkeit von verschiedenen Einsatzbereichen**“ wurden die Angaben geclustert, die eher allgemein die Identifikation „klinischer Ausbildungssetting, die lernhaltig und für die Pflegeausbildung geeignet“ zum Inhalt hatten. „Wissenslogiken der Lernorte“ oder „Kompetenzentwicklung in allen Versorgungsbereichen“ waren hier weitere Schlüsselworte in den Angaben der Teilnehmenden.

Recht konkrete Forschungsfragen wurden im Zusammenhang mit möglichen **Einsatzbereichen und ihrer Passung zu spezifischen Kompetenzen** vorgeschlagen und bei der Auswertung zusammengefasst: „Welche Kompetenzen können an welchem Praxisort / Einsatzort am besten gelernt werden?“ Hier zeigte sich, dass die Teilnehmenden den Anforderungswandel an die Gesundheitsprofessionen im Blick haben. Es wurden beispielsweise „Gesundheitsförderung und Prävention“ als zu erlernende Kompetenzen genannt. Als mögliche zu untersuchende Ausbildungssettings wurden „Kurzzeit-/Akutsetting“ im Kontrast zur „Langzeitbetreuung“ erwähnt.

Ausdrückliche Erwähnung fand die Differenz zwischen ambulantem und stationärem Setting im Hinblick auf die Kompetenzentwicklung der Lernenden, so dass diese Fragestellung unter der zusammenfassenden Überschrift „**Besonderheiten ambulanter Ausbildungsumfelder**“ aufgegriffen wurde.

Schließlich wurden zum Thema Kontexte und Lernumgebungen alle Angaben der Expertinnen zusammengefasst, die sich mit organisatorischen Bedingungen der klinischen Kompetenzentwicklung beschäftigten.

Eine ganze Reihe von Vorschlägen bezog sich auf die Dauer der Lernphasen im klinischen Setting. Es wurden die Fragen gestellt, inwiefern die „Einsatzdauer“ das Lernangebot, aber auch die Lernzufriedenheit beeinflusst. Aus diesen Angaben wurde bei der Auswertung das Item „**Identifikation sinnvoller Einsatzdauer**“ gebildet.

Hinsichtlich der organisatorischen Bedingungen ließen sich darüber hinaus die Themen „**Ausbildungsstationen**“ und „**Praxisanleitung**“ voneinander abgrenzen. In den ersten Schwerpunkt gingen alle Vorschläge zur übergreifenden Organisation der klinischen Ausbildung ein, z. B. Fragestellungen zu Lernmöglichkeiten auf spezifischen Ausbildungsstationen, auch im Vergleich mit anderen Organisationsmodellen. Dagegen wurden unter der Überschrift „**Wirkungen (ausdifferenzierter) Modelle der Praxisanleitung**“ alle Angaben zur konkreten Organisation der praktischen Anleitung, etwa die Zuordnung „fester Bezugspersonen“ oder die Zusammenarbeit mit den Lehrenden in der Theorie geclustert.

Schließlich gab es zu der Frage der Kontexte und Lernumgebungen einige Forschungsfragen oder –gegenstände, die sich ausdrücklich mit **fördernden/hemmenden Rahmenbedingungen klinischen Lernens im Arbeitsprozess** beschäftigten. Die ExpertInnen thematisierten hier die „Arbeitsbelastung“ aller Beteiligten und die „zunehmende Ökonomisierung“. U. a. wurde die Frage gestellt, wie die Klinik- oder Pflegeleitung die klinische Kompetenzentwicklung sinnvoll unterstützen können.

3.1.6 Kategorie E Assessment/Feedback

Diese im Fragebogen vorgeschlagene Kategorie konnte anhand der gut abgrenzbaren Einzelbegriffe „Assessment“ und „Feedback“ in zwei Subkategorien unterteilt werden, in denen die Angaben, die hier gemacht wurden, aufgehen (vgl. Anhang 6.2, S. 76).

Unter der allgemein formulierten Überschrift **„Möglichkeiten und Grenzen von Assessment“** wurden Fragen danach zusammengefasst, zu welchem Zeitpunkt, von wem und in welcher Form Assessment durchgeführt wird bzw. werden sollte. Sehr konkrete Einzelfragen wie z. B. nach einer Bestandsaufnahme: „Wer führt das Assessment durch?“ oder nach Grenzen des Assessments („Können Kompetenzen innerhalb von 4 Wochen Einsätzen überhaupt beurteilt werden?“) fügten sich in diesen Schwerpunkt ein.

In zahlreichen Einzelangaben wurde der Vorschlag aus dem Fragebogen „Prüfung von Portfolios hinsichtlich ihrer Güte“ aufgegriffen, variiert und erweitert. Mehrere ExpertInnen mahnten **die Entwicklung und Überprüfung von unterschiedlichen Assessmentinstrumenten** an.

Zum Thema „Feedback“ ergaben sich aus der Inhaltsanalyse zunächst zwei Schwerpunkte, die sich etwas unterschiedlich konnotiert mit der Art und Weise beschäftigen, in der Rückmeldung an die Lernenden gegeben wird.

Unter der Überschrift **„Bedeutung und Wirkung von Feedback unterschiedlicher Art“** wurden alle Angaben zusammengefasst, in denen nach Feedbackmethoden gefragt wird, seien es Gespräche, Videofeedback, Beurteilungsbögen oder Zeugnisse. Die ExpertInnen waren hier besonders an der Wirkung solcher Methoden interessiert.

Schließlich fand sich in den Angaben der Befragten eine weitere, ähnliche Fragestellung, allerdings geht es hier nicht um die Methode, sondern um **Bedeutung und Wirkung von Feedback durch unterschiedliche Personengruppen**, die Rückmeldung an die Lernenden geben. In diesem Zusammenhang wurden die verschiedensten Personengruppen wie PraxisanleiterInnen, Peers und Patienten genannt

Mehrere Beiträge der ExpertInnen mahnten eine **Bestandsaufnahme** der tatsächlich in den klinischen Ausbildungs- oder Studienphasen stattfindenden Feedbackgespräche an, was in der Analyse als dritter Schwerpunkt zum Thema „Feedback“ aufgegriffen wurde.

3.1.7 Kategorie F Interprofessionelles Lernen

An verschiedenen Stellen des Fragebogens fanden sich Angaben der ExpertInnen die auf die eine oder andere Art das Thema Interprofessionalität aufgriffen. Diese Beiträge wurden zu der neuen Kategorie „Interprofessionelles Lernen“ zusammengeführt. Die jeweiligen Angaben wurden gegebenenfalls sowohl in der Kategorie, in der sie aufgefunden wurden, als auch in der neu gebildeten Kategorie ausgewertet.

Im Fragebogen war unter der Kategorie „Theorien und Konzepte“ die **Identifikation relevanter interprofessioneller Kompetenzen** als Beispiel vorgeschlagen. Dies wurde von den Befragten mehrfach aufgegriffen und kommentiert und daher in der Auswertung aufgegriffen. Unter der Kategorie „Lernstrategien“ wurde verschiedentlich die **Untersuchung gemeinsamer Lehr- und Lernangebote verschiedener Berufsgruppen** zum Gegenstand gemacht. Schließlich gab es einige Angaben, die recht konkret danach fragten, welchen **Beitrag Angehörige anderer Berufsgruppen zum Fortschritt der Lernenden** leisten.

Auch die Bildung einer neuen Kategorie mit der Überschrift „Perspektive der Lernenden“ wurde bei der Auswertung erwogen. Da sich hier aber nur wenige entsprechende Angaben fanden, die in anderen Zusammenhängen gut abzubilden waren, wurde diese Überlegung verworfen.

Zusammenfassend kann also festgestellt werden: Die Systematisierung der Beiträge erfolgte zu insgesamt 50 Einzelitems in 6 Kategorien. Als ein Ergebnis der Inhaltsanalyse wurde die Kategorie B weiterentwickelt und erhielt im Zuge dessen die veränderte Überschrift (Lern- und Lehraktivitäten). In der Kategorie C „Akteure im Lernprozess“ wurde die Subkategorie „Patienten“ in „Patienten und Angehörige“ erweitert. Auffällig in der Kategorie C ist zudem die starke Ausdifferenzierung der Subkategorie *PraxisanleiterInnen* in 5 Items. Die Kategorie F „Interprofessionelles Lernen“ wurde neu, gewissermaßen querliegend zu den vorhandenen Kategorien gebildet. Alle anderen vorgeschlagenen Kategorien und Subkategorien haben sich im Dialog mit den ExpertInnen aus dem Feld bewährt. Eine Übersicht über das weiterentwickelte Kategoriensystem gibt Tabelle 4.

Hauptkategorien	Subkategorien	Anzahl Items pro Subkategorie
Kategorie A: Theorien und Konzepte	keine	7
Kategorie B: Lern- & Lehraktivitäten	Lehr- und Lernaktivitäten: Simulationen, Fertigkeitentrainings, praktischer Unterricht	4
	Lehr- und Lernaktivitäten: klinisches Umfeld	5
Kategorie C: AkteurInnen im Lernprozess	PatientInnen und ihre Angehörigen	3
	SimulationspatientInnen	2
	PraxisanleiterInnen	5
	PraxisbegleiterInnen	2
	Mitlernende/Peers	2
	Klinisches Personal	2
Kategorie D: Kontexte / Lernumgebungen	Soziale Bedingungen	3
	Einsatzbereiche	3
	Organisatorische Bedingungen	4
Kategorie E: Assessment & Feedback	Assessment	2
	Feedback	3
Kategorie F: Interprofessionelles Lernen	keine	3

Tabelle 4: Kategorien und Subkategorien sowie Anzahl der zugehörigen Items

3.2 Ergebnisse der zweiten und dritten Befragungsrunde

Das Ziel der zweiten und dritten Befragungsrunde war es, den von den Befragten individuell benannten Forschungsbedarf zum Thema *klinische Kompetenzentwicklung* mittels der inhaltsanalytisch aus den Angaben der ersten Befragungsrunde entwickelten Items priorisieren zu können. In der zweiten Befragungsrunde hatten die Befragten die Gelegenheit, die aus der offenen Befragung extrahierten 50 Items mit Hilfe eines Online-Instruments zu bewerten. In der dritten Befragungsrunde bestand dann vor dem Hintergrund der Bewertung der Gesamtgruppe aus der zweiten Runde die Möglichkeit, die eigene Position eventuell zu revidieren oder aber beizubehalten. Die Ergebnisse der beiden gewichtenden Befragungsrunden werden hier parallel zueinander entlang der in der ersten Befragungsrunde ermittelten Haupt- und Subkategorien präsentiert. Ergänzend wird auf auffällige Ergebnisse von Einzelitems aufmerksam gemacht.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass alle auf Grundlage der Ergebnisse der ersten offenen Befragungsrunde entwickelten Items von den Befragten als wichtig oder sehr wichtig angesehen werden. Bei einer Skala von 1-5 gibt es in der gesamten zweiten Befragungsrunde nicht einen Mittelwert unter 3. In der dritten Befragungsrunde rutschen zwei Items auf einen Wert knapp unter 3 ab. Allen im Rahmen dieser Delphi-Studie identifizierten Themen, Gegenständen und Fragestellungen wird demnach eine große Bedeutung für die Forschung zugeschrieben.

Kategorie A: Theorien und Konzepte

Die Bedeutsamkeit der ersten Hauptkategorie kommt in beiden Runden deutlich zur Geltung. Von allen sechs Kategorien wird A „Theorien und Konzepte“ (vgl. Tabelle 5) als am wichtigsten bewertet. Die Ergebnisse sowohl für die Gesamtkategorie als auch für die Einzelitems verändern sich von der 2. zur 3. Runde vor im Verhältnis zueinander nur geringfügig. Insbesondere wird der differenzierten Identifikation klinischer Kompetenzen (Items 3 & 4) und der Entwicklung von Curricula für klinische Ausbildungs- und Studienphasen (Item 6) eine beträchtliche Relevanz beigemessen, was die Mittelwerte um 4,5 verdeutlichen. Die Werte für diese drei Items steigen von der 2. zur 3. Runde deutlich an. Bei der Bewertung dieser Items sind sich die TeilnehmerInnen zudem in beiden Befragungsrunden weitestgehend einig, was die Standardabweichungen < 1 zeigen.

Kategorie A: Theorien und Konzepte						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie A (gesamt)	30	4,05	0,64	22	4,07	0,52
1. Begriffsbestimmungen im Sinne der Theoriebildung	31	3,48	1,29	22	3,18	1,37
2. Kompetenzentwicklung	31	3,87	1,15	22	3,91	1,02
3. Identifikation relevanter Kompetenzen für Pflege oder Hebammenwesen	31	4,52	0,77	22	4,59	0,96
4. Identifikation relevanter Kompetenzen unterschiedlicher Bildungsgänge	31	4,42	0,72	22	4,55	0,86
5. Kompetenzen aus der Sicht der Lernenden	30	3,93	1,14	22	3,77	1,02
6. Curriculumentwicklung	31	4,48	0,93	22	4,64	0,66
7. Theoretische Aspekte des Lehrens & Lernens in klinischen Ausbildungsphasen	31	3,71	1,27	22	3,86	1,04

Tabelle 5: Einzelitems der Kategorie A

Kategorie B Lern- & Lehraktivitäten

Die Forschungsgegenstände der zweiten Hauptkategorie werden von den TeilnehmerInnen ebenfalls hoch gewichtet (vgl. Tabelle 6). Dabei fällt zunächst auf, dass die Lehr- und Lernaktivitäten in Simulationen, Fertigkeitentrainings und im praktischen Unterricht als Subkategorie als etwas wichtiger bewertet werden als diejenigen im praktischen Umfeld. Betrachtet man allerdings die Einzelitems der Subkategorie zum Thema Simulationen, so fallen als besonders wichtig bewertete Items diejenigen auf, die sich mit dem Zusammenhang zur Realsituation beschäftigen (Item 8 und 11). Sowohl die Frage, wie Simulation oder Fertigkeitentraining im Vergleich zum Lernen in der Realsituation zu bewerten ist, als auch die, wie der Transfer der gelernten Skills gelingt, ist für die ExpertInnen besonders bedeutsam. In dieser Kategorie wird der Legitimation von Lerngegenständen für Simulationen deutlich weniger Bedeutsamkeit beigemessen (MW=3,64).

In der zweiten Subkategorie „Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld“ wird der Gesamtmittelwert in beiden Runden durch das Item 12 (Lernstrategien der SchülerInnen und Studierenden) „herunter gezogen“. Mit Mittelwerten von 3,48 und 2,86 ist hier die Bewertung der Wichtigkeit besonders niedrig. Nach Meinung

der Teilnehmerinnen gehören also Lernstrategien für klinische Ausbildungs- und Studienphasen aktuell weniger in den Fokus von Forschung.

Die übrigen Items dieser Subkategorie haben vergleichbar hohe oder sogar höhere Werte als die der Subkategorie „Simulationen“. So werden Fragen zu „Lernformen mit hoher Selbstverantwortung der Lernenden im klinischen Umfeld“ als besonders wichtig angesehen (Mittelwerte 4,24 bzw. 4,14). Ähnlich hohe Bewertungen erhält das Item „Entwicklung personaler Kompetenz“, das mit einem Mittelwert von 4,41 in der dritten Befragungsrunde als wichtigster Forschungsgegenstand bei den Lern- und Lehraktivitäten angesehen wird.

Kategorie B: Lern- & Lehraktivitäten						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie B (gesamt)	28	4,00	0,56	22	3,96	0,56
Lern- & Lehraktivitäten in Fertigkeitentraining, praktischen Unterricht, Simulationen	29	4,11	0,67	22	4,06	0,66
8. Vergleich Simulation/Realsituation	30	4,23	0,86	22	4,27	0,63
9. Legitimation Lerngegenstände f. Simulationen	29	3,69	1,20	22	3,64	1,14
10. Rahmenbedingungen Simulationstraining	30	4,27	0,78	22	3,95	1,00
11. Identifikation Einflüsse auf Erfolg von Praxistransfer	30	4,23	1,04	22	4,36	0,73
Lern- & Lehraktivitäten im klinischen Umfeld	29	3,90	0,76	22	3,89	0,61
12. Lernstrategien	29	3,48	1,12	22	2,86	1,08
13. Lernformen mit hoher Selbstverantwortung	29	4,24	0,95	22	4,14	1,08
14. Methoden der Vermittlung, Anleitung, Begleitung	29	3,76	1,15	22	4,05	0,95
15. Reflexion & Bedeutung für klinische Kompetenzentwicklung	29	3,83	1,31	22	4,00	1,02
16. Entwicklung personaler Kompetenz	29	4,17	1,04	22	4,41	0,96

Tabelle 6: Subkategorien und Einzelitems der Kategorie B

Kategorie C Akteure im Lernprozess

Zunächst fällt auf, dass die Fragestellungen und Forschungsgegenstände, die sich mit Akteuren im Lernprozess beschäftigen, als Gesamtkategorie deutlich niedrigere Bewertungen erhalten als die zwei vorhergehenden Kategorien (Theorien und Konzepte, Lern- und Lehraktivitäten).

Die Forschungsgegenstände der dritten Hauptkategorie „Akteure im Lernprozess“ waren im Fragebogen in sechs Subkategorien unterteilt. Hier zeigte sich in den quantitativen Befragungsrunden, dass die befragten ExpertInnen die Forschungsgegenstände rund um Personengruppen, die nicht professionell mit der klinischen Kompetenzentwicklung der Lernenden befasst sind, anders bewerten, als diejenigen, die einen professionellen Auftrag in diesem Zusammenhang haben. Daher werden hier zunächst die Patienten und ihre Angehörigen, die Simulationspatienten und die Peers als „nicht professionelle Akteure“ betrachtet.

Ausgesprochen gering ist in der Relation zu anderen Fragestellungen das Interesse, das der Forschung hinsichtlich der Beteiligung von PatientInnen und ihren Angehörigen entgegengebracht wird. Die Mittelwerte liegen hier in der dritten Runde nur noch bei 3,0 oder knapp darüber. Zugleich findet man hier kleine Standardabweichungen, was darauf hinweist, dass die ExpertInnen in dieser Ansicht recht einig sind. Die Bedeutung, die der Forschung zum Anteil von Mitlernenden oder Peers an der klinischen Kompetenzentwicklung beigemessen wird, ist annähernd relativ niedrig, so wie die bei PatientInnen und Angehörigen (vgl. Tabelle 7).

Kategorie C: Nicht professionelle Akteure						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie C (gesamt)	28	3,56	0,54	20	3,62	0,52
Patienten & Angehörige	29	3,32	0,79	22	3,06	0,72
17. Möglichkeiten & Grenzen des Lernens mit Patienten	30	3,37	1,22	22	3,09	1,02
18. Untersuchung Perspektive Patienten	29	3,41	1,02	22	3,09	0,92
19. Möglichkeiten & Grenzen des Lernens mit Angehörigen	30	3,30	1,02	22	3,00	0,87
Peers	30	3,22	0,84	21	3,26	1,04

Kategorie C: Nicht professionelle Akteure						
29. Beitrag und Einflüsse	30	3,17	0,95	21	3,14	1,24
30. Berücksichtigung Ausbildungsstand & -gang	30	3,27	0,94	21	3,38	1,16

Tabelle 7: Subkategorien (1) und Einzelitems der Kategorie C

Die Arbeit mit Simulationspatienten erfährt ein größeres Interesse als Forschungsgegenstand als diejenige mit den eigentlichen Patienten. In allen Einzelitems und in beiden Befragungsrunden liegen die Werte zur Wichtigkeit der Forschungsgegenstände höher als bei Patienten und Peers (vgl. Tabelle 8).

Kategorie C: Nicht professionelle Akteure						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie C (gesamt)	28	3,56	0,54	20	3,62	0,52
Simulationspatienten	30	3,45	1,17	22	3,84	0,90
20. Möglichkeiten & Grenzen des Lernens	30	3,63	1,33	22	4,05	0,79
21. Qualifikationsvoraussetzungen aller Beteiligten	30	3,27	1,26	22	3,64	1,14

Tabelle 8: Subkategorien (2) und Einzelitems der Kategorie C

Betrachtet man die Items, die sich mit den Akteuren im Lernprozess beschäftigen, die einen professionellen Auftrag haben, so fällt auf, dass diese für die TeilnehmerInnen der Befragung von größerem Interesse sind als Patienten, ihre Angehörigen und die Peers/Mitlernenden. PraxisanleiterInnen, Theorielehrende und das klinische Personal sind die Personengruppen, zu denen sich die Befragten mehr Forschung vorstellen. Insbesondere die Forschungsgegenstände, die sich mit PraxisanleiterInnen beschäftigen, erzielten in beiden Befragungsrunden hohe Werte (Mittelwerte in der 3. Runde: >4). Dabei waren es vor allem die konkreten praxisrelevanten Fragestellungen zu den angewandten Methoden der PraxisanleiterInnen, den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit und ihrer Qualifikation, die als besonders wichtig bewertet wurden. Der Forschungsgegenstand Qualifikationsbedarf

und Qualifikationsangebote für PraxisanleiterInnen belegte mit einem Mittelwert von 4,76 in der 3. Befragungsrunde den Spitzenplatz in der gesamten Befragung. Dagegen fanden die Fragen nach eher impliziten Gegebenheiten wie der Motivation und dem Rollenverständnis der PraxisanleiterInnen weniger Interesse bzw. sind aus der Sicht der Befragten bereits hinreichend bearbeitet.

Die Praxisbegleitung durch die LehrerInnen/HochschullehrerInnen, deren Notwendigkeit und die entsprechenden Konzepte fanden als Forschungsgegenstand nicht ganz soviel Zustimmung, wie die PraxisanleiterInnen. Noch geringer, wenn auch höher als die Wichtigkeit, die den nicht professionellen AkteurInnen beigegeben wurden, war die Bedeutung, die der Forschung zum Beitrag des klinischen Personals zugeschrieben wurde (vgl. Tabelle 9).

Kategorie C: Professionelle Akteure						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie C (gesamt)	28	3,56	0,54	20	3,62	0,52
PraxisanleiterInnen	29	3,86	0,78	21	4,10	0,55
22. Bestandsaufnahme Methoden	29	4,00	1,04	22	4,27	0,77
23. Rahmenbedingungen	30	4,40	1,07	22	4,68	0,78
24. Qualifikationsbedarf & -angebote	30	4,20	0,89	21	4,76	0,54
25. Rollenerwartungen an Praxisanleiter	30	3,50	1,07	22	3,77	0,81
26. Motivation	30	3,17	1,26	22	3,18	1,01
Lehrende	30	3,72	1,01	22	3,73	0,81
27. Lehrende: Notwendigkeit Praxisbegleitung	30	3,63	1,07	22	3,77	0,81
28. Lehrende: Konzepte Praxisbegleitung	30	3,80	1,16	22	3,68	1,13

Kategorie C: Professionelle Akteure						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	N	MW	N	MW
Klinisches Personal	30	3,38	0,89	21	3,48	0,72
31. Bereitschaft & Bedingungen Anleitender	30	3,60	1,04	21	3,38	1,02
32. Bedeutung klinische Expertise Anleitender für Kompetenzerwerb	30	3,17	1,29	21	3,57	0,75

Tabelle 9: Subkategorien (3) und Einzelitems der Kategorie C

Kategorie D Kontexte/Lernumgebungen

Auch die Forschungsgegenstände im Bereich Kontexte und Lernumgebungen stehen weniger deutlich im Fokus der TeilnehmerInnen als die der Hauptkategorien A (Theorien und Konzepte) und B (Lern- und Lehraktivitäten). Die Gesamtkategorie erreicht in der 3. Runde mit 3.64 als Mittelwert in etwa die Zustimmung wie die Kategorie C (Akteure). Vergleicht man die drei abgrenzbaren Subkategorien untereinander, so gewichten die TeilnehmerInnen die Forschungsgegenstände zu *Organisatorischen Bedingungen* höher (MW= 3,8) als die zu beiden anderen Subkategorien (Soziale Bedingungen und Einsatzbereiche).

Großen Anteil an dem höheren Mittelwert hat das Item 40: „Ausbildungsstationen im Vergleich zu anderen Modellen“ (MW=4,0 in der 3. Runde). Dabei scheint es den TeilnehmerInnen wichtig zu sein, sowohl unterschiedliche klinische Ausbildungsmodelle zu vergleichen (Item 40), als auch fördernde und hemmende organisatorische Rahmenbedingungen klinischen Lernens zu erforschen (Item 42).

Die Bedeutsamkeit der Subkategorie *Soziale Bedingungen* ist niedriger mit fallender Tendenz in Runde 3 (auf MW=3,5). Die Befragten äußern sich insbesondere verhalten im Hinblick auf eine Bestandsaufnahme zu Wünschen und Erwartungen der Lernenden (Item 35) (- 0,5 auf MW=3,1). Im Gegensatz dazu wird der Bedeutung des klinischen Teams (Item 34) mehr Aufmerksamkeit entgegen gebracht (+0,2 auf MW=3,9).

Forschungsfragen zu den Einsatzbereichen sind offenbar ebenfalls weniger von Interesse als die zu organisatorischen Bedingungen der klinischen Kompetenzentwicklung. Hier wird der Frage nach der allgemeinen Lernhaltigkeit einzelner Einsatzbereiche deutlich weniger Wichtigkeit beigemessen als den konkreteren Fragen nach der Passung von Kompetenzen und Lernumfeld bzw. der nach den Besonderheiten ambulanter Einsatzbereiche (vgl. Tabelle 10).

Kategorien D: Kontexte/ Lernumgebung						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie D (gesamt)	28	3,70	0,73	20	3,64	0,54
Soziale Bedingungen	30	3,71	1,02	20	3,52	0,81
33. Soziale Bedingungen und ihre Auswirkungen	30	3,80	1,19	21	3,57	0,93
34. Bedeutung klinischen Teams	30	3,70	1,29	21	3,90	1,04
35. Bestandsaufnahme Wünsche & Erwartungen Lernende	30	3,63	1,13	20	3,10	0,97
Einsatzbereiche	29	3,49	1,09	21	3,56	0,83
36. Allgemeine Lernhaltigkeit	29	3,28	1,39	21	3,10	1,00
37. Passung zu spez. Kompetenzen	30	3,67	1,24	21	3,86	1,11
38. Besonderheiten ambulanter Ausbildungsumfelder	30	3,57	1,04	21	3,71	1,01
Organisatorische Bedingungen	29	3,84	0,78	21	3,82	0,72
39. Identifikation Einsatzdauer	30	3,83	1,15	21	3,57	1,12
40. Vergleich Ausbildungsstationen/andere Modelle	29	3,79	1,15	21	4,00	0,84
41. Wirkungen Modelle der Praxisanleitung	30	3,77	1,01	21	3,81	1,08
42. Fördernde & hemmende Bedingungen klinischen Lernens	30	4,07	0,98	21	3,90	1,04

Tabelle 10: Subkategorien und Einzelitems der Kategorie D

Kategorie E Assessment & Feedback

Bei den Themen Assessment und Feedback waren vier Items zu bewerten. Im Vergleich zu den anderen Kategorien liegt dieser Bereich mit Gesamtmittelwerten zwischen 3.63 und 3,75 im Mittelfeld.

Als besonders bedeutsam erweist sich im Bereich Assessment die „Entwicklung und Überprüfung von Assessmentinstrumenten“. Dieses Item (44) erreicht in der 3. Runde einen Mittelwert von 4.33, was deutlich über den Werten der anderen Items dieser Kategorie liegt. Insgesamt werden Assessment und Feedback als Subkategorien in ihrer Bedeutung als Forschungsgegenstände ähnlich eingeordnet (vgl. Tabelle 11).

Kategorie E: Assessment und Feedback						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie E (gesamt)	29	3,63	0,96	21	3,75	0,64
Assessment	30	3,65	1,08	21	3,93	0,55
43. Möglichkeiten & Grenzen Assessment	30	3,30	1,24	21	3,52	0,75
44. Entwicklung & Überprüfung Assessmentinstrumente	30	3,90	1,21	21	4,33	0,66
Feedback	29	3,61	1,11	21	3,63	0,92
45. Bedeutung & Wirkung unterschiedlicher Arten	29	3,79	1,15	21	3,86	1,24
47. Bestandsaufnahme Feedbackgespräche in klinischen Phasen	30	3,67	1,27	21	3,67	1,02

Tabelle 11: Subkategorien und Einzelitems der Kategorie E

Kategorie F Interprofessionelles Lernen

Die neu entwickelte Kategorie „Interprofessionelles Lernen“ fand bei den Befragten deutlich weniger Interesse als die übrigen Themenfelder. Die eher niedrigen zentralen Werte sanken in Runde 3 sogar noch weiter ab (MW=3,3). Lediglich der Entwicklung und Prüfung interprofessioneller Lehr- und Lernangebote wurde tendenziell eine wachsende Bedeutsamkeit zugeschrieben, während die Frage nach dem Beitrag anderer Berufsgruppen für die klinische Kompetenzentwicklung mit einem Mittelwert von 2,85 den niedrigsten Werte in der gesamten Befragung er-

zielte. Die Teilnehmerinnen bewerteten Item 48 „Identifikation interprofessioneller Kompetenzen“, die in diesem Zusammenhang erfragt wurde, wesentlich niedriger als die Forschungsrelevanz der Identifikation berufsbezogener und auf den Bildungsgang abgestimmter Kompetenzen, die in der Kategorie A unter Theorien und Konzepten eingeordnet waren (vgl. Tabelle 12).

Kategorie F: Interprofessionelles Lernen						
	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie F (gesamt)	30	3,46	1,07	20	3,32	0,78
48. Identifikation interprofessioneller Kompetenzen	30	3,57	1,19	20	3,30	1,03
49. Interprofessionelle Lehr- & Lernangebote	30	3,60	1,07	20	3,80	1,01
50. Beitrag anderer Berufsgruppen für die klinische Kompetenzentwicklung	30	3,20	1,37	20	2,85	0,88

Tabelle 12: Einzelitems der Kategorie F

3.4 Allgemeine Tendenzen in den Befragungsrunden 2 und 3

Die Befragten positionierten sich zu den formulierten Forschungsgegenständen insgesamt zustimmend. In Runde 3 fanden sich lediglich zwei auffallend niedrige Mittelwerte (unter 3):

in der Kategorie *Lern- & Lehraktivitäten* wird den Lernstrategien im klinischen Umfeld (Item 12) weniger Bedeutung als Forschungsgegenstand zugeschrieben. Dem Beitrag anderer Berufsgruppen für die klinische Kompetenzentwicklung (Kategorie F Item 50) wird ebenfalls geringeres Interesse entgegengebracht.

Sehr große Zustimmung als wichtige Forschungsgegenstände fanden dagegen die Identifikation relevanter berufsbezogener Kompetenzen in der Kategorie A sowie mit den insgesamt höchsten Werten die Fragen nach den Rahmenbedingungen der Arbeit von Praxisanleiterinnen und deren Qualifikation.

Erwartungsgemäß schöpften die TeilnehmerInnen die Spanne der Antwortmöglichkeiten in der 3. Runde weniger aus als in Runde 2, die Standardabweichungen waren zumeist rückläufig. In den Kategorien A – E liegen die Standardabweichungen nur noch moderat über 0,5. In der Kategorie F erfolgt zwar eine Annäherung, die Standardabweichungen liegen allerdings mit etwa 0,8 immer noch deutlich

über den Werten der anderen Kategorien. Eine erhebliche Annäherung des Antwortverhaltens erreichte die *Kategorie Assessment und Feedback* (Absenkung der SD um $>0,3$), verantwortlich hierfür ist v.a. die *Subkategorie Assessment* (Absenkung der SD um $>0,5$).

Während sich die Mittelwerte der Hauptkategorien kaum veränderten, wurden die Standardabweichungen kleiner (vgl. Tabelle 13). Die befragten ExpertInnen orientierten sich also offenbar an der Gruppenmeinung, so dass insgesamt größere Einigkeit erzielt wurde. In der 3. Befragungsrunde gibt es jedoch auf der Ebene der Subkategorien und auf Itemniveau Abweichungen von dieser Tendenz.

Hauptkategorien	Zweite Befragungsrunde			Dritte Befragungsrunde		
	N	MW	SD	N	MW	SD
Kategorie A: Theorien und Konzepte	30	4,05	0,64	22	4,07	0,52
Kategorie B: Lern- & Lehraktivitäten	28	4,00	0,56	22	3,96	0,56
Kategorie C: Akteure im Lernprozess	28	3,56	0,54	20	3,62	0,52
Kategorie D: Kontexte/Lernumgebungen	28	3,70	0,73	20	3,64	0,54
Kategorie E: Assessment & Feedback	29	3,63	0,96	21	3,75	0,64
Kategorie F: Interprofessionelles Lernen	30	3,46	1,07	20	3,32	0,78

Tabelle 13: Hauptkategorien Runde 2 und 3

Auf Itemniveau ließen sich in Runde 3 von den 50 Items insgesamt noch bei 10 Einzelitems Standardabweichungen $>1,1$ feststellen, was als „Grenzwert“ für eine weitere Aufklärung festgelegt wurde. In den Kategorien A (1), B (9) und E (45) bestand nur noch in je einem Item eine solche Uneinigkeit ($SD>1,1$) unter den ExpertInnen. In den Kategorien C (21, 28, 29, 30) und D (37, 39, 41) sind es noch 4 bzw. 3 Items.

Für **einige dieser Items** ergab eine gruppenweise Darstellung der Mittelwerte interessante Diskussionsansätze/Interpretationsmöglichkeiten.

So wurde der Forschungsbedarf insbesondere zwischen Praxisanleitern und Personen mit wissenschaftlichen Aufgaben (Tab. 14) unterschiedlich wahrgenommen. Beispielsweise schrieben die Praxisanleiter der „Wirkung unterschiedlicher Arten des Feedback“ (E 45) mehr Forschungsbedeutung zu als Personen, die auch wissenschaftliche Aufgaben wahrnehmen.

Unterschiede zwischen Wissenschaftlern - PAL	PAL		Lehrende & Wissenschaftler		Wissenschaftler	
	N	MW	N	MW	N	MW
A (1) Begriffsbestimmungen im Sinne der Theoriebildung	5	2,80	4	3,75	2	4,00
E (45) Feedback: Bedeutung & Wirkung unterschiedlicher Arten	5	4,20	4	3,75	2	3,00

Tabelle 14: Unterschiede zwischen Wissenschaftlern - Praxisanleitenden

Das Item C (29) „Einflüssen der Peers in klinischen Lernprozessen“ war in doppelter Hinsicht auffällig. Personen mit wissenschaftlichen Aufgaben positionierten sich zum *Beitrag und den Einflüssen der Peers* zurückhaltender als solche, die ausschließlich lehren (Tabelle 15).

Unterschiede zwischen Wissenschaftlern & Lehrende ohne wiss. Tätigkeit	Lehrende		Lehrende und Wissenschaftler		Wissenschaftler	
	N	MW	N	MW	N	MW
C (29) Peers: Beitrag und Einflüsse	7	3,86	4	2,75	2	2,50

Tabelle 15: Unterschiede zwischen Wissenschaftlern - Lehrenden

Außerdem wurde in diesem Item die größte Abweichung im Antwortverhalten zwischen Pflegenden und Hebammen ermittelt (vgl. Tabelle 16). Die Mittelwerte in den beiden Berufsgruppen wichen um 1,16 voneinander ab, ähnlich wie in Item 30, das sich ebenfalls mit den Peers beschäftigt (Abweichung der MW: 1,11).

Unterschiede zwischen Pflegenden & Hebammen	Pflegende		Hebammen	
	N	MW	N	MW
C (29) Peers: Beitrag und Einflüsse	19	2,84	7	4,00
C (30) Peers: Berücksichtigung Ausbildungsstand & -gang	19	2,89	7	4,00

Tabelle 16: Unterschiede zwischen Pflegenden - Hebammen

Da die Subgruppen (WissenschaftlerInnen, Lehrende, PraxisanleiterInnen; Hebammen) bei der insgesamt begrenzten Zahl von TeilnehmerInnen sehr klein waren, sind die hier dargestellten Differenzen mit aller Vorsicht zu bewerten. Die Daten in Tabelle 16 sind aus diesem Grund der 2. Befragungsrunde entnommen, deren Beteiligung insgesamt etwas besser war.

3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Von allen sechs Kategorien wurde die Kategorie A *Theorien und Konzepte* in beiden Runden als am wichtigsten bewertet. Insbesondere wurde der differenzierten *Identifikation klinischer Kompetenzen* (Items 3 & 4) und *der Entwicklung von Curricula* für klinische Ausbildungs- und Studienphasen (Item 6) eine beträchtliche Relevanz beigemessen.

Die Forschungsgegenstände der zweiten Hauptkategorie *Lern- und Lehraktivitäten* wurden von den TeilnehmerInnen ebenfalls hoch gewichtet. Die Betrachtung der Einzelitems zeigte, dass die Befragten zwischen den zu erforschender Lehr- und Lernaktivitäten in Simulationen oder klinischen Settings wenig unterschieden. Forschungsbedarf sahen die Befragten v.a. in *Lernformen mit hoher Selbstverantwortung der Lernenden im klinischen Umfeld* und zur *Entwicklung personaler Kompetenz*. Eine Ausnahme bildete die niedrige Gewichtung des Items 12 zu *Lernstrategien im klinischen Umfeld*.

Die Forschungsgegenstände, die sich mit *Akteuren im Lernprozess* beschäftigten, wurden in der Runde 1 zwar am deutlichsten ausdifferenziert (6 Subkategorien, 16 Items), blieben jedoch in der Bewertung als Gesamtkategorie deutlich hinter den zwei vorhergehenden Kategorien zurück. Die befragten ExpertInnen gewichteten die Forschungsgegenstände rund um Personengruppen, die einen professionellen Auftrag in diesem Zusammenhang haben, also PraxisanleiterInnen, Lehrende in der Theorie und das klinische Personal, höher als diejenigen, die nicht professionell mit der klinischen Kompetenzentwicklung der Lernenden befasst sind (Peers, PatientInnen, Angehörige). Dabei erfuhr die Arbeit mit Simulationspatienten als Forschungsgegenstand noch ein größeres Interesse als diejenige mit den eigentlichen Patienten. Es herrschte Uneinigkeit unter den Befragten bei Items zu *Peers* als Akteuren im Lernprozess. Personen mit wissenschaftlichen Aufgaben positionierten sich z.B. zurückhaltender zum *Beitrag und den Einflüssen der Peers* als Forschungsanliegen, als solche, die ausschließlich lehren. Hebammen zeigten hier deutlich größeres Interesse als Pflegendende.

Demgegenüber erzielten Forschungsgegenstände, die sich mit den *PraxisanleiterInnen* als professionellen Akteur beschäftigen, in beiden Befragungsrunden hohe Zustimmung. Dabei waren es vor allem die konkreten praxisrelevanten Fragestellungen zu den angewandten Methoden, den Rahmenbedingungen und der Qualifikation, die als besonders wichtig bewertet wurden. Der Forschungsgegenstand Qualifikationsbedarf und Qualifikationsangebote für PraxisanleiterInnen belegte

in der 3. Befragungsrunde den Spitzenplatz in der gesamten Befragung.

Die Forschungsgegenstände der Kategorie D *Kontexte und Lernumgebungen* erreichten in Runde 3 eine vergleichbare Zustimmung wie die Kategorie C (Akteure). Die Befragten gewichteten die Forschungsgegenstände zu *Sozialen Bedingungen* und *Einsatzbereichen* niedriger als die Subkategorie *Organisatorische Bedingungen*. Den TeilnehmerInnen war dabei wichtig, sowohl unterschiedliche klinische Ausbildungsmodelle zu vergleichen (Item 40), als auch fördernde und hemmende organisatorische Rahmenbedingungen klinischen Lernens zu erforschen (Item 42). Die Bedeutsamkeit der Subkategorie *Soziale Bedingungen* fiel niedriger aus mit sinkender Tendenz in Runde 3. Die Befragten äußerten sich v.a. verhalten im Hinblick auf eine Bestandsaufnahme zu Wünschen und Erwartungen der Lernenden (Item 35).

Bei den Themen *Assessment* und *Feedback* waren vier Items zu bewerten. Im Vergleich zu den anderen Kategorien lag diese Kategorie im Mittelfeld. Als besonders bedeutsam erwies sich im Bereich *Assessment* die *Entwicklung und Überprüfung von Assessmentinstrumenten*. In der Subkategorie *Feedback* war eine deutliche Uneinigkeit im Antwortverhalten der TeilnehmerInnen erkennbar. So schrieben die Praxisanleiter der *Wirkung unterschiedlicher Arten des Feedbacks* (Item 45) mehr Forschungsbedeutung zu als Personen, die auch wissenschaftliche Aufgaben wahrnehmen.

Der neu entwickelten Kategorie *Interprofessionelles Lernen* wurde in der gesamten Befragung die geringste Forschungsbedeutung beigemessen. Die Teilnehmerinnen schreiben dem *Beitrag anderer Berufsgruppen für die klinische Kompetenzentwicklung* und der *Identifikation interprofessioneller Kompetenzen* wesentlich geringere Forschungsrelevanz zu als der Identifikation berufsbezogener und auf den Bildungsgang abgestimmter Kompetenzen, die in der Kategorie A unter Theorien und Konzepten eingeordnet waren.

4 Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf ein umgrenztes Gebiet der Bildung in der Pflege und im Hebammenwesen, nämlich die Entwicklung klinischer Kompetenz, das Lernen im und für das klinische Feld. Insgesamt müssen für den gesamten Bereich der Pflegebildungsforschung große Lücken angenommen werden (exempl. Darmann-Finck 2010). Mit der klinischen Kompetenzentwicklung wird ein Thema aufgegriffen, das in der bisherigen Pflegebildungsforschung nur wenig berücksichtigt wurde und auch in einschlägigen Forschungsagenden (Behrens et al. 2012, Ewers et al. 2012) kaum in den Fokus genommen wird. Ziel dieser Studie war es, anstehenden Forschungs- und Entwicklungsaufgaben zu beschreiben und eine Priorisierung anzustoßen und Impulse für eine Aufnahme der Forschungsdesiderate in entsprechende Strategiepaper zu geben.

Bestimmung relevanter klinischer Kompetenzen und Entwicklung zukunftsweisender Prüfungskonzepte – ein grundlegendes Forschungsdesiderat

In der Pflege ebenso wie im Hebammenwesen ist die Bildungslandschaft in Bewegung. Insbesondere die pflegeberufliche Kompetenzentwicklung geschieht in einem sich dynamisch entwickelnden Feld. Neue Versorgungsherausforderungen und der Mangel an Fachkräften verlangen nach einer Ausdifferenzierung klinischer Kompetenzen. Vor diesem Hintergrund ist die hohe Zustimmung, die die Forschungsgegenstände aus der Kategorie A: *Theorien und Konzepte* erhielten, zu verstehen. Das Interesse der Befragten konzentriert sich vor allem bei der Frage danach, welche klinischen Kompetenzen es sein können, die für die jeweiligen Berufe und in den verschiedenen Bildungsgängen tatsächlich relevant sind. Für beide Berufsgruppen ist dabei zu berücksichtigen, dass in Zukunft AbsolventInnen unterschiedlicher Bildungsgänge, also der fachschulischen Ausbildung und der Hochschulstudiengänge, klinisch tätig sein werden. In der Pflege ist ein Qualifikationsmix zielführend und wünschenswert, während im Hebammenwesen eine solche Abstufung wenig sinnvoll erscheint (exempl. Pehlke-Milde 2009). Sowohl für die Pflege als auch für das Hebammenwesen liegen in Deutschland Kompetenzprofile vor (exempl. Pflege- Hülsken-Giesler & Korporal 2013, Hebammen-Pehlke-Milde 2009). Offenbar sind diese Profile aber für den Bereich der klinischen Kompetenzen zu abstrakt oder nur schwer transferierbar, so dass die von uns Befragten hier weiterhin Klärungsbedarf anmelden.

Kompetenzprofile sind kontinuierlich im Fluss und entwickeln sich anhand aktueller Entwicklungen weiter (Bals & Dielmann 2013, Sottas et al. 2013). So ordnet auch Dütthorn (2014) die von ihr vorgelegte Theorie zu pflegespezifischer Kompetenz und Kompetenzentwicklung ausdrücklich in die aktuelle pflegeberufliche Wirklichkeit ihrer InformantInnen ein. Wenn es also auch zentrale Kategorien für die pflegerische und geburtshilfliche Kompetenz gibt, wie etwa die professionelle Gestaltung der pflegerischen Beziehung (Dütthorn 2014, Nicholls & Webb 2006, Butler et al. 2008), so ist doch deren Ausdifferenzierung eine Aufgabe, die immer wieder aufs Neue zu reflektieren ist.

Auf internationaler Ebene stellen schließlich Embo et al. (2014) fest, dass zwar die kompetenzbasierte Ausbildung in der Pflege etabliert ist, dass aber die entwickelten Kompetenzen oftmals den Erfordernissen der Wirklichkeit am jeweiligen Arbeitsplatz nicht entsprechen. Die Heterogenität der Bildungslandschaft zeigt sich in dieser Untersuchung, wenn etwa der Bedarf an grundsätzlicher konzeptueller Arbeit in den verschiedenen Bildungsgängen in der Ergebniskategorie „Theorien und Konzepte“ ausdrücklich angemeldet wird. Die Identifikation relevanter Kompetenzen ebenso wie begriffliche Klärungen finden als Forschungsgegenstände eine hohe Zustimmung der Befragten. Hier müssen demnach langfristige Forschungsprojekte ansetzen, um die zu entwickelnden Kompetenzen für den klinischen Alltag hinreichend zu bestimmen und zu beschreiben, um sie in den unter-

schiedlichen Ausbildungsgängen als Lernziele implementieren zu können. Im Zusammenhang mit der Bestimmung der relevanten Kompetenzen steht auch das Interesse der Teilnehmenden an zukunftsweisenden Prüfungskonzepten. Ist schon grundsätzlich die Messung von Kompetenz schwierig (Erpenbeck & von Rosenstiel 2007) und nur über ihre Realisierung in Handlungen möglich, so ist die Bestimmung der zu messenden Kompetenzen und der jeweils entsprechenden Performanz Grundvoraussetzung. Hier zeigt sich, dass die Kompetenzmessung auch vom grundsätzlichen Verständnis des Kompetenzbegriffs abhängt (vgl. S. 6) Erst bei klarer Definition zu erzielender Kompetenzen kann eine Outcome-Orientierung von Bildungsprozessen sinnvoll sein, die wiederum durch verlässliche Assessment-Instrumente gestützt wird.

Dringliche und vorrangige Forschungsanliegen:

Praktische Anleitung, Förderung von personaler Kompetenz und Lernformen mit hoher Selbstverantwortung der Lernenden

Praktische Anleitung

Die Teilnehmenden messen der Arbeit der PraxisanleiterInnen als Thema der Forschung eine besondere Dringlichkeit bei, was in den quantitativen Ergebnissen deutlich zum Ausdruck kommt.

Bereits in der ersten Befragungsrunde lag hier ein Schwerpunkt und es ergab sich eine starke Ausdifferenzierung der Subkategorie PraxisanleiterInnen. Im Vergleich dazu sind die Praxisbegleiter lediglich mit zwei Forschungsthemen repräsentiert.¹² Für den „Spitzenplatz“ des Forschungsthemas Praxisanleitung gibt es unterschiedliche Erklärungsansätze. Der Praxisanleiterin wird für die klinische Kompetenzentwicklung eine hohe Bedeutung zugeschrieben bei gleichzeitig bestehender Rollenunsicherheit, eine Phänomen, das auch in der internationalen Literatur diskutiert wird (Felton et al. 2012, Licqurish & Seibold 2008). Vermutet werden kann, dass das Rollen- und Aufgabenprofil zu wenig ausdifferenziert ist, um gezielte und angemessene Qualifikationsangebote zu konturieren und anzubieten (Knese 2012). Diese Vermutung stützt sich darauf, dass die Qualifikation von PraxisanleiterInnen in den verschiedenen Pflegeberufen zwar vom Umfang her mit mindestens 200 h definiert, jedoch inhaltlich nur grob festgelegt ist. Darüber hinaus weisen die Teilnehmenden dieser Untersuchung auf die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Anpassung der Qualifikationsangebote. Dies ist vor dem Hintergrund des Anforderungswandels nachvollziehbar, der sich mit einer Kombination klini-

¹² Ein Grund für die geringe Gewichtung der Praxisbegleitung durch die Lehrenden aus der Theorie als Forschungsgegenstand könnte darin liegen, dass die Lehrenden durch die Einführung einer gesetzlich vorgeschriebenen Praxisanleitung zunehmend aus dem Stationsalltag verschwinden. Ihre neue Rolle ist im Gesetz zwar normativ festgelegt, aber nur unverbindlich beschrieben (Arens 2013). Als neue Aufgabe wird Ihnen die Förderung und Ausgestaltung der Lernortkooperation zugeschrieben. Es überrascht, dass diese hier nicht aufgegriffen wird überrascht.

scher und pädagogisch-didaktischer Angebote beantworten ließe. Beispiele für eine „klinische Aktualisierung“ sind erweiterte edukative Interventionsmöglichkeiten oder auch die Integration neuer Technologien als Hilfsmittel für Patienten. Die Erweiterung oder Neubestimmung der Rolle der PraxisanleiterInnen kann auch mit der Forderung nach neuen Lernformen mit hoher Selbstverantwortung begründet werden (s. u.). Hierfür ist insbesondere die pädagogische Qualifizierung der Anleitenden in den Blick zu nehmen, die es den Betroffenen ermöglicht, mit dem sich entwickelnden Rollenverständnis Schritt zu halten.

Das Anliegen der Befragten nach einer Bestandsaufnahme der aktuellen Verhältnisse ist so zu interpretieren, dass die derzeitige Situation der Praxisanleitung als defizitär wahrgenommen wird. Sowohl organisatorische als auch ökonomische Bedingungen werden als Hemmschuhe der Praxisanleitung vermutet, was durch Forschung klarer benannt werden könnte (Zimmermann & Lehmann 2014). Für das Gelingen von Lernen in Arbeitsprozessen des Gesundheitswesens scheint es unerlässlich, hemmende und fördernde Faktoren des Lernprozesses auszumachen, um systematisch Argumentationslinien zur Entwicklung einer sinnvolleren Ausbildungspraxis aufzubauen und um mit gezielten Maßnahmen die Aneignung und Vermittlung am Arbeitsplatz zu fördern. Hier wären also eine Erweiterung der Bildungsberichterstattung zu praktischen Ausbildungs- und Studienphasen oder auch systematische einrichtungsbezogene Evaluationen mit verlässlichen Befragungskonzepten wie z.B. der Clinical Learning Environment and Supervision and Nurse Teacher Scale CLES+T (Bergjan & Hertel 2013) die angemessenen Aktivitäten im Sinne der Befragten. Vor dem Hintergrund des Anforderungswandels schließt sich der Auftrag an, prospektiv auch nach neuen betrieblichen Ausbildungsmodellen/-formen und unterschiedlichen Kombinationen entsprechend dem Ausbildungsstand zu suchen (Budgen & Gamroth 2008, Casey 2011).

Förderung von personaler Kompetenz und Lernformen mit hoher Selbstverantwortung der Lernenden

Als weiteres vorrangiges Forschungsthema greifen die Befragten die Lehr-/Lernaktivitäten auf, welche insbesondere die Personalkompetenz der Lernenden entsprechend fördern. Dies erscheint nicht verwunderlich vor dem Hintergrund der beruflichen Herausforderungen, die in Pflege und Hebammenwesen gewissenmaßen alltäglich sind, etwa die Konfrontation mit Angst, Scham, Schmerz oder Tod (Oelke 2010, Sommer, Hepprich & Tegethoff 2013). Frieling (2006) geht davon aus, dass das Lernen bei der Arbeit als solches schon die Persönlichkeit entwickelt. Zudem wurden vielfältige Lehr-/Lernaktivitäten zur Förderung der Personalkompetenz entwickelt, beispielsweise die Methode des szenischen Spiels als „Arbeit an und mit Haltungen“ (Oelke 2009). Ihre systematische Untersuchung auf Wirkungen unterliegt jedoch eigenen Anforderungen. Zweifellos wird es vor allem bei der Entwicklung und Validierung von Assessmentinstrumenten, die sich auf personennahe, komplexe Kompetenzen beziehen, Grenzen geben. Das Feld meldet jedoch gerade hier entsprechende Aufgaben an. Die Teilnehmenden zeigten

ein großes Interesse an der Frage, wie die Persönlichkeitsentwicklung der Lernenden stärker in den Blick genommen werden kann. Gefragt wird nach der Möglichkeit „berufsgemessene Einstellungen, Haltungen und Werte“ zu entwickeln. Die KMK (2011) definiert diesen Kompetenzbereich wie folgt unter dem Stichwort Selbstkompetenz: „Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fortzuentwickeln. Sie umfasst Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein. Zu ihr gehören insbesondere auch die Entwicklung durchdachter Wertvorstellungen und die selbstbestimmte Bindung an Werte.“ Oelke (2007: 157) formuliert als Ziel für die verschiedenen Gesundheitsberufe, „die SchülerInnen hinsichtlich der sie erwartenden Belastungen persönlich zu stärken“. In der internationalen Literatur wird die Integration von *Leadership skills and competences* für die akademische Pflegeausbildung bereits intensiv diskutiert (Curtis et al. 2011a, Jones & Sackett 2009). Sie gilt als Schlüsselkomponente für erfolgreiche Praxisentwicklung (Leskiw & Singh 2007) und Qualitätsentwicklung in der pflegerischen Versorgung (Curtis et al. 2011b) und sollte nach Ansicht der Autoren kontinuierlich und von Ausbildungsbeginn an gefördert werden.

Korrespondierend zu der Betonung der personalen Kompetenz der Lernenden zeigte sich bei den Befragten ein besonderes Interesse an Lernformen, die eine hohe Selbstverantwortung der SchülerInnen oder Studierenden implizieren. Es wird gefragt, ob und in welchem Umfang die bereits vorhandene personale Kompetenz für den Lernprozess genutzt werden kann, z.B. indem den Lernenden die Verantwortung für das eigene Lernen übergeben wird. Ein wesentlicher Grund für die hohe Relevanz Lernformen mit hoher Selbstverantwortung ist darin zu finden, dass vor dem Hintergrund des dynamischen Anforderungswandels in der gesundheitlichen Versorgung die Halbwertszeit von Wissensbeständen immer kürzer wird und eine permanente Erweiterung des Wissensfundus vor sich geht. Es geht folglich um das Aneignen von Strategien des lebenslangen Lernens von Beginn der Ausbildung an, um dem mit dem Wandel Schritt halten und die eigene berufliche oder persönliche Zukunft aktiv mitgestalten zu können. Allerdings sind Lernformen mit hoher Selbstverantwortung nicht für alle BildungsteilnehmerInnen und Bildungsinhalte gleichermaßen geeignet. Setzt man bei Akademikern ein selbstverantwortetes Weiterlernen praktisch voraus, bedarf es in der beruflichen Qualifizierung anderer Formen der Aktualisierung des beruflichen Wissens und Könnens. Frieling (2006) postuliert eine Balance zwischen Führung und Selbstverantwortung. Dies spricht für eine dem Ausbildungsstand der Bildungsteilnehmer angepasste Entwicklung von Lernformen mit hoher Selbstverantwortung sowie für eine differenzierte Erforschung ihrer Wirkungen.

Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die der Personalkompetenz sowie den Lernformen mit hoher Selbstverantwortung beigemessen wurde, erscheinen zwei Ergebnisse in unserer Befragung unklar. Bewerksenswert ist die geringere Aufmerksamkeit der TeilnehmerInnen gegenüber den Sichtweisen der Lernenden auf die wahrgenommenen Qualität der klinischen Lernumgebung und bezüglich relevanter klinischer Kompetenzen, die in der Literatur durchaus Aufmerksamkeit finden (exempl. Meechan, Jones & Valler-Jones 2011, Longworth 2012, Houghton et al. 2012, Plessl-Schorn 2014). Ebenfalls überraschend wie widersprüchlich ist in diesem Zusammenhang das geringe Interesse der Befragten an der Rolle von Peers, also der Mitlernenden, im klinischen Lernprozess. International wird den *senior peers* nicht nur in Lernprozessen um praktische Fertigkeiten Bedeutung beigemessen, sondern ebenso bei der Aneignung von Leadership Kompetenzen (Bensfield et al. 2008, Kling 2010). Hierzulande werden Peers bislang meist nur im hochschulischen Kontext, z. B. in Skills-labs, im Rahmen von Tutorien in die klinische Kompetenzentwicklung einbezogen. Allerdings wird das sogenannte „peer assisted learning“ in klinischen Lernorten, auch vielfach stillschweigend als „Notbehelf“ eingesetzt, wenn Anleitung durch professionelle PraxisanleiterInnen oder klinisches Personal fehlt. Dies würde das besondere Interesse der Teilnehmenden aus dem Hebammenwesen gegenüber diesem Forschungsanliegen erklären. Im Hebammengesetz sind im Gegensatz zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz fortgebildete PraxisanleiterInnen nicht verbindlich vorgesehen, so dass also womöglich hier auf ein strukturelles Defizit reagiert wird.

Insgesamt zeigt sich, dass die Rolle der Lernenden als Individuen und als Gruppe weiter zu reflektieren und neu zu bestimmen ist.

Forschungsthemen mit widersprüchlicher Bewertung:

Interprofessionelles Lernen, Patienten und ihre Angehörigen als Akteure im Lernprozess

Interprofessionelles Lernen

Das *Interprofessionelle Lernen* wurde von den in dieser Untersuchung befragten ExpertInnen als zentrales Forschungsthema ergänzt. In der ersten Befragungsrunde wurde eine ganze Reihe von Vorschlägen im Hinblick auf Forschung unter interprofessionellen Gesichtspunkten gemacht, aus denen heraus eine neue Kategorie entwickelt wurde. Dies ist nicht verwunderlich, da im Spiegel des Anforderungswandels für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung interprofessionelle Versorgungskonzepte diskutiert und implementiert werden sollen. Folglich sind entsprechende Bildungskonzepte erforderlich, deren Entwicklung gefordert und mit Unterstützung einschlägiger Stiftungen gefördert werden. So fördert die Robert Bosch Stiftung aktuell unter dem Titel „Operation Team“ Projekte, die das

interdisziplinäre Lernen in den Gesundheitsberufen fördern, und die jeweilige Begleitforschung (Robert Bosch Stiftung 2015).

Bemerkenswert ist aber, dass das Interesse im weiteren Befragungsverlauf wieder rückläufig ist. Die zurückhaltende Bewertung in den quantitativen Befragungsrunden könnte dadurch verursacht sein, dass Fragestellungen der Interprofessionalität in der Wahrnehmung der Befragten bereits genügend Aufmerksamkeit erfahren und spezifische Forschungsgegenstände der eigenen Profession dringlicher erscheinen. Darüber hinaus könnten monoprofessionelles Lernen als vertrauter und zielführender angesehen werden. Ebenso könnten die Forschungs Herausforderungen der eigenen Profession als dringlicher eingeschätzt werden. Auch in der Frage zu gemeinsamen Kompetenzen verschiedener Professionen bleibt die Zustimmung in der Befragung niedrig. Ursache könnte sein, dass noch zu wenig Klarheit über die eigenen professionellen Kompetenzen besteht. Die Vorstellung, dass die eigene berufliche Identität gefestigt sein müsse, bevor sinnvolle Kooperationsbeziehungen aufgebaut werden können, bezeichnen allerdings Sottas et al. (2013) als „Dogma“, das nicht zukunftsfähig sei. Auch Frenk et al. (2012) betonen die Bedeutung interprofessioneller Bildung in den Gesundheitsberufen und beklagen, dass die jeweiligen Interessensvertreter die gemeinschaftliche Versorgung der Patienten zu wenig im Blick haben.

Patienten und ihre Angehörigen als Akteure im Lernprozess

Ein ähnliches Phänomen widersprüchlicher Bewertung wie beim Thema *Interprofessionelles Lernen* findet sich unter der Überschrift Akteure im Lernprozess. Die Teilnehmenden rückten in der ersten Befragungsrunde ergänzend zu den Vorschlägen des Fragebogens die Angehörigen als nicht professionelle Akteure des Lehr-/Lernprozesses in den Fokus des Forschungsinteresses. Auch zur Rolle der PatientInnen wurden Vorschläge gemacht, die eine Ausdifferenzierung ermöglichen. Dieses Interesse entspricht der neu gewonnenen Rolle von Patienten und ihren Angehörigen, die als Partner im Prozess der Gesundheitsversorgung verstanden werden (exempl. Sottas et al. 2013). In den quantifizierenden Befragungsrunden 2 und 3 blieb die Bedeutung dieser Fragestellungen aber weit hinter denen zurück, die sich mit den professionellen Akteuren im Lernprozess beschäftigen. Obwohl Patienten offensichtlich in Lernprozesse involviert sind, gelten sie traditionell eher als Akteure des Arbeitsprozesses. Selbst im pflegerischen Arbeitsprozess ist eine aktive Rolle und Partizipation der PatientInnen (und mehr noch der Angehörigen) noch keineswegs selbstverständlich. Bereits Dierks et al. (2001) differenzieren unterschiedliche Patientenrollen wie die als „passiver Kranker“ gegenüber dem Patienten als „Partner“ oder gar „Kunden“. Erstgenannter kommt kaum als Lernpartner für SchülerInnen oder Studierende in Frage. Ob sich Partner oder Kunden bereit finden, aktiv an der Kompetenzentwicklung von Lernenden in den Gesundheitsberufen mitzuwirken, bleibt zukünftig zu prüfen. Auch ob es akzeptabel ist,

neben den immer weiter reichenden Aufgaben der Versorgung, die an Kranke und ihre Angehörigen delegiert werden (Rieder und Giesing 2011), diese als „arbeitende Patienten“ auch für Fragen der Ausbildung in Anspruch zu nehmen, ist fraglich.

Ziel dieser Untersuchung war es, den Diskurs über die Entwicklung klinischer Kompetenzen in Pflege und Hebammenwesen voran zu treiben und dabei Stimmen aus dem Feld einzubeziehen: die Bestimmung und Priorisierung von Forschungsinteressen der professionell mit der klinischen Kompetenzentwicklung befassten Personen. Einige dieser Interessen konnten identifiziert werden, ohne dass ein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden könnte. So wurden etwa in dieser Befragung ambulante Einsatzgebiete, die sowohl in der Pflege- als auch in der Hebammenausbildung eine immer größere Rolle spielen, kaum aufgegriffen. Auch der Einsatz digitaler Medien in der beruflichen Bildung in der Pflege und im Hebammenwesen (Bergjan 2013) wurde nicht thematisiert, während einschlägige Strategiepapiere hier Potential sehen (Frenk et al. 2011). Um auf dem Weg zu umfassender, systematischer und koordinierter Forschung voran zu kommen, ist zweifellos die weitere Vernetzung vor allen der wissenschaftlich in diesem Feld Tätigen erforderlich, um den hier vorgelegten „Zuruf aus dem Feld“ eine theoretisch fundierte Kontur zu geben.

5. Literatur

- Arens F (2013): *Praxisbegleitung als Lehrauftrag in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege: Positionen, Befunde, Forschungsbedarfe*. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, 109. Band, Heft 1 (2013), 108-129
- Arnold R, Pätzold H (2005): *Die Systematik der Kompetenzentwicklung*. In: Dewe B, Wiesner G, Zeuner C (Hg.): *Theoretische Grundlagen und Perspektiven der Erwachsenenbildung. Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung* 28(1), 201-207
- Bachmann M (2015): *Wenn Simulieren zum Ernstfall wird*, PADUA (10)3, 171-173
- Beck B, Nickolaus B, Kraienhemke M, Bauer, NH (2013): *Lernform Skillstraining am Beispiel Schulterdystokie*. Die Hebamme, 26 (1), 50-54.
- Benner P (2000): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern, Hans Huber
- Behrens J, Görres S, Schaeffer D, Bartolomeyczik S, Stemmer R (2012): *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Martin Luther Universität, Halle
- Bensfield L, Solari-Twadell PA, Sommer S (2008) *The use of peer leadership to teach fundamental nursing skills*. Nurse Educator, 33, 155-158.
- Bergjan M (2013): *Mediengestütztes klinisches Lernen in der Pflegepraxis*. In: Ertl-Schmuck R, Greb U (Hrsg.): *Pflegedidaktische Handlungsfelder*. Weinheim, Beltz Juventa, 292-314
- Bergjan M, Hertel F (2013): *Evaluating students' perceptions of their clinical placements – Testing the clinical learning environment and supervision and nurse teacher scale (CLES+T-scale) in Germany*. Nurse Education Today 33(11), 1398-1398
- Bergjan M, Tegethoff D (2013): *Klinische Kompetenzentwicklung*. Pflege und Gesellschaft. 18. Jg., 2013 H.3, S. 253-267
- Bethscheider M, Höhns G, Münchhausen G (Hg.) (2010): *Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung*. Gütersloh: W. Bertelsmann Verlag
- Brunner Künzler C (2004): *Die Lehrperson in der Lernform Skillstraining*. PrINTER-Net, 6 (6), 347-350.
- Burchardt M (2006): „Kompetenz“. Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik. 82(1), 138-139
- Butler MM, Fraser DM, Murphy RJ (2008): *What are essential competencies required of a midwife at the point of registration?*. Midwifery 24: 260-269
- Casey M (2011): *Interorganisational partnership arrangements: a new model for nursing and midwifery education*. Nurse Education Today 31(3): 304-308
- Cowan D, Norman I, Vinoda PC (2005): *Competence in nursing practice: A controversial concept – A focused review of literature*. Nurse Education Today, Volume 25, Issue 5, 355-362

- Curtis E, De Vries J, Sheerin F (2011a): *Developing leadership in nursing: exploring core factors*. British Journal of Nursing, 20, 306-309.
- Curtis E, Sheerin F, De Vries J (2011b): *Developing leadership in nursing: the impact of education and training*. British Journal of Nursing, 20, 344-352.
- Darmann-Finck I (2010): *Interaktion im Pflegeunterricht*, Bertelsmann, Bielefeld
- Darmann-Finck I (2012): *Wirkungen einer akademischen Erstausbildung von professionell Pflegenden im Spiegel internationaler Studien*. Pflege und Gesellschaft, 17 (3), 216-232
- Darmann-Finck I, Muths S, Görres S, Adrian C, Bomball J, Reuschenbach B (2014): *Inhaltliche und strukturelle Evaluation der Modellstudiengänge zur Weiterentwicklung der Pflege- und Gesundheitsfachberufe in NRW*. Abschlussbericht, MGEPA NRW, Düsseldorf
- Deutscher Bildungsrat (1974): *Zur Neuordnung der Sekundarstufe II. Konzept für eine Verbindung von allgemeinem und beruflichem Lernen*. Bonn
- Deutscher Bildungsrat (2010): *Handlungsleitende Perspektiven zur Gestaltung der beruflichen Qualifizierung in der Pflege*. Berlin
- Dierks ML, Bitzer EM, Lerch M, Martin S, Röseler S, Schienkiewitz A, Siebeneick S, Schwartz FW (2001): *Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung der MHH, Hannover, http://www4.mh-hannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/epi/Arbeitsschwerpunkte/Patienten_und_Konsumenten/downloads/gutachten.pdf, (Zugriff: 12.10.2014)
- Edelmann D, Tippelt R (2004): *Kompetenz – Kompetenzmessung. Ein (kritischer) Überblick*, hiba Durchblick, 3/2004
- Embo M, Driessen E, Valcke M, van der Vleuten CPM (2014): *Integrating Learning Assessment and Supervision in a Competency Framework Education*. Nurse Education Today, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2014.11.022>, (Zugriff: 6.12.2014)
- Erpenbeck J, von Rosenstiel L (2007): *Handbuch Kompetenzmessung: Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Schaeffer-Poeschel
- Ertl-Schmuck C, Fichtmüller F (2009): *Pflegedidaktik als Disziplin. Eine systematische Einführung*. Weinheim und München, Juventa Verlag
- Felton A, Sheppard F, Stacey G (2012) *Exposing the tensions of implementing supervision in pre-registration nurse education*. Nurse Education in Practice, 12, 36-40.
- Fotheringham D (2010): *Triangulation for the assessment of clinical nursing skills: A review of theory, use and methodology*. International Journal of Nursing Studies 47: 386-91

- Frenk J, Chen L, Bhutta Z, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H (2011): *Health Professionals für das neue Jahrhundert – die Bildung verändern, um die Gesundheitssysteme in einer interdependenten Welt zu stärken*. Zürich, Careum
- Frieling (2006) *Arbeit und Lernen*. In: Arnold R, Lipsmeier A (Hrsg,) Handbuch der Berufsbildung, Berlin, Springer
- Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), Medizinischer Fakultätentag MFT), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen, Fachgesellschaften (AWMF) (2013): *Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkataloge für Medizin und Zahnmedizin*. http://www.mft-online.de/files/nklm_nklz_information_20130419_kurz.pdf; (Zugriff 24.05.2015)
- Häder M (2002): *Delphi-Befragungen*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag
- Häder M (2009): *Delphi-Befragungen, Ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Houghton CE, Casey D, Shaw D, Murphy K (2012): *Students` experiences of implementing clinical skills in the real world of practice*. Journal of Clinical Nursing 22(13-14): 1-9
- Hülksen-Giesler M, Korporal J (2013): *Fachqualifikationsrahmen Pflege für die Hochschulische Bildung*, Berlin, Verlag Porschke und Hensel
- Jones JM, Sackett K (2009) *Integrating leadership and management content across the curriculum: a 3-course approach*. Nurse Educator, 34, 204-208.
- Kirchhoff S, Kuhnt S, Lipp P, Schlawin S (2010): *Der Fragebogen*. 5. Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
- Kling VG (2010): *Clinical leadership project*. The Journal of Nursing Education, 49, 640-643.
- Knese M (2012) *Praxisanleitung in Pflegeberufen – Ein Anleiter für alle*. BIBB Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis, 6/12, <http://www.bibb.de/veroeffentlichungen/de/bwp/show/id/6967>, 40-41, (Zugriff: 12.10.2012)
- Kultusministerkonferenz (2011): *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe*. 23. September 2011, S. 15, http://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23_GEP-Handreichung.pdf (Zugriff: 12.10.2014)
- Lave J, Wenger E (1991): *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge University Press
- Leskiw SL, Singh P (2007): *Leadership development: learning from best practices*. Leadership and Organization Development Journal, 28 (5), 444-464.

- Liquirish S, Seibold C (2008): *Bachelor of Midwifery students` experiences of achieving competencies: the role of the midwife preceptor*. *Midwifery* 24(4): 480-489
- Loewenhardt C, Wendorff J, Büker C, Keogh JJ (2014): *Simulations-Netzwerk Ausbildung und Training in der Pflege e.V. - Simulation in der Pflegebildung*. Pädagogik der Gesundheitsberufe. 1-2014
- Longworth MK (2012) *An exploration of the perceived factors that affect the learning and transfer of skills taught to student midwives*. *Midwifery* 29(8): 831-837
- Loytved C, Wenzlaff P (2007): *Außerklinische Geburt in Deutschland. German Out-Of-Hospital Birth Study 2000 – 2004*, Bern, Verlag Hans Huber
- Mayring P (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik*. 10. Auflage. Weinheim und Basel, Beltz
- Mayring P (2009): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Flick, U., v. Kardorff, E., Steinke, I. (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, S. 468-475
- Meechan R, Jones H, Valler-Jones T (2011): *Students` perspectives on their skills acquisition and confidence*. In: *British Journal of nursing*, 20(7), 445-450
- Meuser M, Nagel U (2005): *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. In: Bogner A, Littib B, Menz W. (Hrsg.): *Das Experteninterview. Theorie, Anwendungen, Methode*. Opladen: Leske + Budrich, S. 71-93
- Michels MEJ, Evans DE, Blok, GA (2012): *What is a clinical skill? Searching for order in chaos through a modified Delphi process*. *Medical teacher*, 2012; 34: e573–e581
- Nicholls L, Webb C (2006): *What makes a good midwife? An integrative review of methodologically-diverse research*. *Journal Compilation-Blackwell Publishing Ltd*. 56(4): 414-429
- Nolting HP, Paulus P (2009): *Entwicklungspsychologie lernen*. 10. Auflage, Weinheim und Basel, Beltz
- Nursing and Midwifery Council (NMC) (2010): *Standards for Pre-Registration Nursing Education*. London, NMC
- Oelke, U (2007): *Gemeinsamkeiten in den pflege- und gesundheitsberuflichen Ausbildungen. Ein Vergleich der Ausbildungsrichtlinien für Kranken- und Kinderkrankenpflege-, Hebammen-, Logopädie- und Physiotherapieschulen in Nordrhein-Westfalen*. *PrInterNet*, Jg. 9, Heft 3, 152-166
- Oelke U (2009): *Szenisches Spiel*. PADUA, 4. Jg., Heft 3/2009, 13-19.
- Oerter R, Montada, L (2002): *Entwicklungspsychologie*, Weinheim und Basel, Beltz
- Pehlke-Milde J (2009): *Ein Kompetenzprofil für die Hebammenausbildung. Grundlage einer lernergebnisorientierten Curriculumentwicklung*, Charité-Universitätsmedizin Berlin, http://www.diss.fu-belin.de/diss/servlets/MCR-FileNodeServlet/FUDISS_derivate_000000006423/Diss_Pehlke-Milde_Kompetenzprofil_ohne_LL.pdf (Zugriff: 18.10.2014)

- Pesl A, Bolleter A, Schill D (2010): *Simulationen in der Pflegeausbildung Organisationale und methodische Aspekte der Umsetzung in Bildungseinrichtungen des Gesundheitswesens*. *Pflegewissenschaft* 7-8/10: 400-407
- Pijl-Zieber M, Barton S, Konkin J, Awosoga O, Caine V (2014): *Competence and competency-based Nursing Education: Finding our way through the issues*. *Nurse Education Today* 34 (2014) 676–678
- Plessl-Schorn B (2014): *Der erlebte Kompetenzerwerb von Bachelorabsolventen einer Pflegeschule in Wien. Eine qualitative Untersuchung*. *Pflegewissenschaft* 5/14: 290-302
- Porst R (2013): *Fragebogen : Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Aufl. 2014. Korr. Nachdruck. Wiesbaden : Springer
- Robert Bosch Stiftung (1992): *Pflege braucht Eliten. Denkschrift der "Kommission der Robert-Bosch-Stiftung zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege" ; mit systematischer Begründung und Materialien*, Gerlingen, Bleicher Verlag,
- Robert Bosch Stiftung (2015): *Operation Team*, <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/44054.asp> (Zugriff 15.1.2015)
- Roth H (1968): *Pädagogische Anthropologie*. Bd. I: Bildsamkeit und Bestimmung. 2. Aufl., Hannover
- Schön DS (1983). *The Reflective Practitioner*. London: Temple Smith
- Schulz M, Renn O (2009): *Das Gruppendelphi. Konzept und Fragebogenkonstruktion*, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Sommer J, Hepprich S, Tegethoff D (2013): *Kompetenzentwicklung in der Hebammenausbildung – zwei Studien*. Working Paper No. 13-01 der Unit Gesundheitswissenschaften und ihre Didaktik, Berlin: Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Sottas B, Höppner H, Kickbusch I, Pelikan J, Probst J (2013): *Umriss einer neuen Gesundheitsbildungspolitik*. careum working paper 7, Zürich, Careum Verlag,
- Staudinger (2015): *Skillslabtraining an Pflegeschulen*, PADUA, 10 (1), 40-47
- Tegethoff D, Bergjan M (2013): *Symposium: Klinische Kompetenzentwicklung – Forschungs- und Entwicklungsherausforderungen in Deutschland am 7. und 8. März 2013 im CharitéCrossOver. Symposium on "Developing Clinical Competences - Research and Development Challenges in Germany" March 7 and 8, 2013, Charité - Universitätsmedizin Berlin, CharitéCrossOver*. *GMS Z Med Ausbild* 2013; 30(2):Doc18 (20130515)
- Vonken M (2010): *Kritische Anmerkungen zum Kompetenzbegriff*. In: Bethscheider M, Höhns G, Münchenhausen G (Hg.): *Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung*. Gütersloh: W. Bertelsmann Verlag, S. 21-32
- Weinert FE (2001): *Leistungsmessung in Schulen*. Weinheim und Basel, Beltz
- Wissenschaftsrat (2012): *Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen*. Wissenschaftsrat, Drucksache 2411-12, Berlin
- Zimmermann V, Lehmann Y (2014): *Praxisanleiter(innen) zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. PADUA, 9 (5), 292-298

Zoege M (2004): *Professionalisierung des Hebammenberufs. Anforderungen an die Ausbildung*. Bern, Hans Huber

6. Anhang

6.1 Fragebogen Erste Befragungsrunde

Auf den folgenden Seiten ist der Fragebogen abgebildet der in der ersten Befragungsrunde verschickt wurde.

Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft
CC1 – Human- und Gesundheitswissenschaften
Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
<http://imppw.charite.de>



Delphi-Befragung „Klinische Kompetenzentwicklung“

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

anhand der Ergebnisse des Symposiums „Klinische Kompetenzentwicklung“, das im März 2013 in der Charité stattgefunden hat, haben wir eine ganze Reihe möglicher Forschungsdesiderate, -themen und -fragen zusammengestellt. Sie werden feststellen, dass einige intensiver und andere weniger detailliert ausgearbeitet sind.

Wir bitten Sie nun als ExpertIn für die klinische Ausbildung in der Pflege oder im Hebammenwesen diese vorläufige Liste aus Ihrer Sicht **zu erweitern und zu konkretisieren: was soll Ihrer Meinung nach rund um die „klinische Kompetenzentwicklung“ erforscht werden?**

Dabei spielen die Durchführbarkeit oder der mögliche Aufwand keine Rolle, sondern ausschließlich Ihr Interesse und Ihre Ideen. Sie können sowohl neue Einzelthemen als auch neue Oberkategorien (blau unterlegt) hinzufügen. Dazu finden Sie im Befragungsbogen **offene Spiegelstriche und leere Felder**.

Lassen Sie sich Zeit mit der Sammlung von Ideen und senden Sie den Befragungsbogen im beiliegenden Rückumschlag bis zum **30. September** an uns zurück.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitwirkung!

Dorothea Tegethoff und Manuela Bergjan

1. Theorien und Konzepte

- Vertiefung und Weiterentwicklung des klinischen Kompetenzbegriffs
- bitte hier ggf. konkretisieren
- Entwicklung von theoretischen Rahmen für die Erforschung klinischer Kompetenzen
- Bitte hier ggf. konkretisieren
- Identifikation bedeutsamer klinischer Kompetenzen für die Pflege/das Hebammenwesen und systematische Konsentierung
- Bitte hier ggf. konkretisieren
- Identifikation *interprofessionell* relevanter klinischer Kompetenzen und systematische Konsentierung
- Bitte hier ggf. konkretisieren
- bitte hier ergänzen

2. Lernstrategien

Simulationen/skills training

- Vergleich unterschiedlicher Simulationsprogramme
- Untersuchung des Praxistransfers der in der Simulation geübten Fertigkeiten (Rekontextualisierung)
- Untersuchung von Einflüssen wie z. B. Scham, Schmerz oder Angst auf die Anwendung gelernter Fertigkeiten
- Bestimmung der relevanten „praktischen Unsicherheiten“ (z. B. interkulturelle Kommunikation, schwierige manuelle Fertigkeiten) für mögliche Trainingsprogramme
- Bestimmung evidenzbasierter „skills“ für mögliche Trainingsprogramme

Lernstrategien in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen

- Identifikation von „Handlungsproblematiken“ der Lernenden in der Praxis z. B. für die Entwicklung von Lern- oder Praxisaufgaben
- bitte hier ergänzen

<p>Weitere Lernstrategien</p> <ul style="list-style-type: none"> - bitte hier ergänzen
-
-

<p>3. AkteurInnen im Lernprozess</p>
<p>PatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung der Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Patienten in den Lernprozess (z. B.. durch systematisches Feedback von Patienten an die Lernenden) - bitte hier ergänzen
<p>SimulationspatientInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vergleichende Forschung bezüglich klinischen Lernens mit Simulationspatienten und echten Patienten - Vergleichende Forschung zwischen Lernen mit Simulationspatienten und in Rollenspielen mit den Lernenden - Untersuchung der Entwicklung von Rollen für Simulationspatienten (z. B. Wie wird die Patientenperspektive einbezogen?) - Untersuchung der Ausbildung von Simulationspatienten - Untersuchung der Qualifikation der Personen, die Simulationspatienten ausbilden - Untersuchung von Belastungen für die Simulationspatienten, die aus den Übungssequenzen resultieren - bitte hier ergänzen
<p>PraxisanleiterInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung der erforderlichen und tatsächlichen Kompetenzen (pädagogisch und klinisch) - Untersuchung der Aufgaben und der Rolle der PraxisanleiterInnen im klinischen Team, - Untersuchung neuer Herausforderungen durch die Akademisierung der Ausbildung - Untersuchung der Rolle und Aufgaben gegenüber anderen Professionen bitte hier ergänzen

<p>LehrerInnen/ Professorinnen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung der Rolle und Aufgaben der TheorielehrerInnen in der Praxisbegleitung (Lernortkooperation) - bitte hier ergänzen
<p>Lernende/Peers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung des Beitrags von Peers/Mitlernenden in klinischen Lernprozessen - bitte hier ergänzen
<p>Klinisches Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung zum Ausbildungsauftrag und zur Ausbildungsbereitschaft aus der Perspektive des klinischen Personals - Vergleichende Untersuchungen: Anleitung durch pädagogisch geschultes Personal und Anleitung durch versierte Praktiker - bitte hier ergänzen -
<ul style="list-style-type: none"> - bitte hier ergänzen
<ul style="list-style-type: none"> - bitte hier ergänzen

<p>4. Kontexte/Lernumgebungen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Vergleich unterschiedlicher Organisationsmodelle (z.B. Praxisanleitermodell, Schulstationen, ...) für die klinische Ausbildung im Hinblick auf Lernfortschritt - bitte hier ergänzen
<ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung des Zusammenhangs von Arbeitsbelastung und Lehrbereitschaft des klinischen Personals - bitte hier ergänzen
<ul style="list-style-type: none"> - Analyse der sozialen Bedingungen im klinischen Setting (Praxisgemeinschaft) - bitte hier ergänzen
<ul style="list-style-type: none"> - Analysen zur klinischen Kompetenzentwicklung in ambulantem Ausbildungssettings - bitte hier ergänzen
<ul style="list-style-type: none"> - bitte hier ergänzen
<ul style="list-style-type: none"> - bitte hier ergänzen

5. Assessment und Feedback

Assessment – und Feedback- Formate

- Vergleichende Untersuchungen unterschiedlicher Methoden des Assessments in klinischen Ausbildungs-/Studienphasen (z.B. Praxisbeobachtung, Einschätzungen) hinsichtlich Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität)
- Prüfung von Portfolios bezüglich ihrer Güte
- Prüfung simulationsgestützter Verfahren (z.B. OSCEs) bezüglich ihrer Güte
- Empirisch gestützte Entwicklung und Validierung interprofessioneller OSCEs
- Wirkung von Patientenfeedback im Anleitungsprozess im Hinblick auf den Lernfortschritt

-
-

- bitte hier ergänzen

- bitte hier ergänzen

6. bitte hier ergänzen

- bitte hier ergänzen

-

7. bitte hier ergänzen

- bitte hier ergänzen

-

Weitere Ergänzungen und Kommentare

- bitte hier ergänzen

Angaben zur Person

Ich bin mit dem Thema „Klinische Kompetenzentwicklung“ befasst

(nicht zutreffendes bitte streichen, Mehrfachangaben möglich)

- als WissenschaftlerIn
- als LehrerIn
- als PraxisanleiterIn

Ich bin beschäftigt

(nicht zutreffendes bitte streichen, Mehrfachangaben möglich)

- in der Fachschulausbildung
- in einem Bachelor-Studiengang
- weder noch

Ich bin

(nicht zutreffendes bitte streichen)

- Pflegefachperson
- Hebamme

6.2 Fragebogen Zweite Befragungsrunde

Auf den folgenden Seiten ist der vollständige Online-Fragebogen der zweiten Befragungsrunde abgebildet.



Delphi-Befragung 'Klinische Kompetenzentwicklung'

Seite 1

Liebe Kollegin, lieber Kollege, Sie befinden sich auf der Startseite unserer Online-Befragung "Klinische Kompetenzentwicklung".

Es folgen nun die Forschungsgegenstände in sechs Kategorien. Bitte weisen Sie jedem Gegenstand auf einer Skala von (1) nicht wichtig bis (5) äußerst wichtig einen Wert zu. Nutzen Sie bitte die ganze Breite der Werte von 1 bis 5. Auch wenn jeder Gegenstand "irgendwie" wichtig ist, ist es Ziel der Befragung, Unterschiede in der Wichtigkeit für Sie, die ExpertInnen, herauszuarbeiten.

Zuletzt kommen einige Fragen zur Person.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Seite 2

A) Theorien und Konzepte

1. Begriffsbestimmungen im Sinne der Theoriebildung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Weiterentwicklung des Kompetenzbegriffs und anderer relevanter Begriffe, wie z. B. klinische Kompetenz, Pflegekompetenz, Performanz oder Qualität.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

2. Kompetenzentwicklung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören Fragen zu Stufen der Kompetenz (genannt wurde: nach Benner) und der Kompetenzentwicklung als Prozess.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

3. Identifikation relevanter Kompetenzen für die Pflege oder für das Hebammenwesen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Identifikation beruflicher (Kern-) kompetenzen und der Beitrag der Kompetenzentwicklung zum beruflichen Selbstverständnis.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

4. Identifikation relevanter Kompetenzen unterschiedlicher Bildungsgänge

Dieser Forschungsgegenstand umfasst die Bestimmung von Kompetenzen, die in der dreijährigen Ausbildung im sekundären Sektor oder aber in der akademischen berufszulassenden Pflegeausbildung (Bachelor-Studiengang) erworben werden.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

5. Kompetenzen aus der Sicht der Lernenden

Dieser Forschungsgegenstand umfasst die Vorstellungen der Lernenden, welche Kompetenzen für ihre berufliche Zukunft die relevanten sind und unter welchen Bedingungen sie erworben werden können.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

6. Curriculumentwicklung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Entwicklung und Evaluation von Curricula, hier vor allem Anteile für die klinischen Ausbildungs-/Studienphasen (genannt wurden: Praxiscurricula).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

7. Theoretische Aspekte des Lehrens und Lernens in klinischen Ausbildungs- und Studienphasen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören theoretische Fragen nach verschiedenen Formen des Lehrens und Lernens, z. B. nach Konstruktionsprozessen der Lernenden, nach Ansätzen wie „cognitive apprenticeship“ oder „Lernen am Modell“.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 3

B) Lern- und Lehraktivitäten

Simulationen, Fertigkeitentraining und praktischer Unterricht

8. Vergleich zwischen Simulation und Realsituation

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören Vergleiche unterschiedlicher Simulationsprogramme und der Vergleich zwischen Simulation und dem Lernen in der Realsituation (Simulation ist hier als Sammelbegriff für unterschiedliche Verfahren zu verstehen: technische Simulation, Übungen mit Simulationspatienten oder Peers usw.).

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit

Simulationen, Fertigkeitentraining und praktischer Unterricht

9. Legitimation der Lerngegenstände für Simulationen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage, ob die Lerngegenstände von Simulationen forschungsbasiert geprüft sind oder werden. (genannt wurde: Evidenzbasierung von skills).

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit

Simulationen, Fertigkeitentraining und praktischer Unterricht

10. Rahmenbedingungen von Simulationstraining

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören Fragen nach Häufigkeit, geeignetem Zeitpunkt in der Ausbildung und Art und Weise der Lernbegleitung bei Simulationen.

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit

Simulationen, Fertigkeitentraining und praktischer Unterricht

11. Identifikation möglicher Einflüsse auf den Erfolg von Praxistransfer

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Fragen danach, ob und unter welchen Bedingungen durch Simulationen erlernte Fertigkeiten in die Praxis transferiert werden können. Dazu wurde z. B. die Arbeitsbelastung der Lernenden als Wirkfaktor auf den Praxistransfer genannt.

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit

Seite 4

B) Lern- und Lehraktivitäten

Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld

12. Lernstrategien der SchülerInnen und Studierenden

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach individuellen und fachbezogenen Lernstrategien der SchülerInnen und Studierenden. Beispielhafte Paraphrasen: Identifikation von individuellen Lernstrategien, Auswahl und Wirkung von Lernstrategien, Fachspezifische Lernstrategien

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld

13. Lernformen mit hoher Selbstverantwortung der Lernenden im klinischen Umfeld

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Untersuchung von Formen und Möglichkeiten des Lernens, die die Selbstverantwortung der SchülerInnen/Studierenden für das Lernen ansprechen und ihre Selbstlernkompetenz fördern (genannt wurden: selbstorganisiertes Lernen, Schülerprojekt, Schülerstation).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld

14. Methoden der Vermittlung, Anleitung und Begleitung im klinischen Umfeld

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die systematische Bestandsaufnahme und Differenzierung von Vermittlungs-, Anleitung- und Begleitungsangeboten im klinischen Umfeld (genannt wurden: Lehrvisiten, 4-Stufen-Methode, komplexe Anleitung versus Anleitung von Einzelhandlungen).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld

15. Formen der Reflexion und ihre Bedeutung für die klinische Kompetenzentwicklung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Untersuchung von Formen der Reflexion und von Möglichkeiten, die Reflexion klinischer Arbeit zu unterstützen (genannt wurden: Videofeedback, Transfercoaching, Fallarbeit).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Lern- und Lehraktivitäten im klinischen Umfeld

16. Entwicklung von personaler Kompetenz

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören Fragen danach, wie berufsangemessene Haltungen, Einstellungen und Werte erlernt werden können.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 5

C) AkteurInnen im Lernprozess

PatientInnen und ihre Angehörigen

17. Möglichkeiten und Grenzen des Lernens mit PatientInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Einbeziehung von PatientInnen in den Lernprozess, mögliche Lernorte hierfür (genannt wurden: Selbsthilfegruppen) und die Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

PatientInnen und ihre Angehörigen

18. Untersuchung der Perspektive der PatientInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach Auswirkungen der Lernaktivitäten auf die PatientInnen, insbesondere aus deren eigener Perspektive.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

PatientInnen und ihre Angehörigen

19. Möglichkeiten und Grenzen der Einbeziehung von Angehörigen der PatientInnen

Dieser Forschungsgegenstand umfasst die Frage nach Möglichkeiten, auch die Angehörigen einzubeziehen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

SimulationspatientInnen

20. Möglichkeiten und Grenzen des Lernens mit SimulationspatientInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage danach, welche Potenziale das Lernen mit SimulationspatientInnen mit sich bringt und zwar im Vergleich zum Lernen mit echten PatientInnen oder aber zu Rollenspielen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

SimulationspatientInnen

21. Qualifikationsvoraussetzungen aller Beteiligten für den Einsatz von SimulationspatientInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Fragen nach vorhandenen und notwendigen Qualifikationsvoraussetzungen der Lehrenden, die SimulationspatientInnen in ihr Lehrangebot integrieren, und derjenigen, die die SimulationspatientInnen trainieren. Ferner wird nach den notwendigen Fähigkeiten oder Kompetenzen der SimulationspatientInnen gefragt.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 6

C) AkteurInnen im Lernprozess

PraxisanleiterInnen

22. Bestandsaufnahme der Methoden der PraxisanleiterInnen

Dieser Forschungsgegenstand umfasst eine Bestandsaufnahme der angewandten Methoden der PraxisanleiterInnen und ihrer Wirkungen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

PraxisanleiterInnen

23. Rahmenbedingungen für die Arbeit von PraxisanleiterInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Themen: Freistellung von PraxisanleiterInnen (z. B. im Vergleich zu nicht freigestellten PraxisanleiterInnen), ökonomischer und organisatorischer Rahmen der Anleitung, zeitlicher Aufwand für die Anleitung.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

PraxisanleiterInnen

24. Qualifikationsbedarf und Qualifikationsangebote für PraxisanleiterInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören Fragen nach den tatsächlichen und erforderlichen Kompetenzen der PraxisanleiterInnen und nach Inhalten von Weiterbildungsangeboten für PraxisanleiterInnen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

PraxisanleiterInnen

25. Rollenerwartungen an PraxisanleiterInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören Fragen nach Erwartungen, welche Lernende (z. B. im Zusammenhang mit der Akademisierung) aber auch andere Professionen an die PraxisanleiterInnen haben.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

PraxisanleiterInnen

26. Motivation von PraxisanleiterInnen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach Freiwilligkeit und Motivation der PraxisanleiterInnen und wie sich diese auf den Lernerfolg auswirken.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

LehrerInnen/HochschullehrerInnen

27. Notwendigkeit von Praxisbegleitung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage danach, wie bedeutsam Praxisbegleitung für Lernende ist. Auch die Wünsche der Lernenden hierzu (z. B. zur Häufigkeit von Praxisbesuchen) sind umfasst.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

LehrerInnen/HochschullehrerInnen

28. Konzepte der Praxisbegleitung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach den Aufgaben der LehrerInnen und HochschullehrerInnen in der Praxisbegleitung (z. B. Transferunterstützung) und ihren Konzepten. Auch mögliche besondere Herausforderungen durch die Akademisierung sind gemeint.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 7

C) AkteurInnen im Lernprozess

Mitlernende/Peers

29. Beitrag von Peers und Einflüsse darauf

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Untersuchung des Beitrags der Mitlernenden am Lernprozess und mögliche Einflüsse darauf.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Mitlernende/Peers

30. Berücksichtigung unterschiedlicher Ausbildungsstände und Ausbildungsgänge

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage danach, wie unterschiedliche Ausbildungsstände und Ausbildungsgänge beim Lernen mit Peers berücksichtigt werden können (genannt wurden: Tandemkonzept, gemeinsames Lernen von SchülerInnen und Studierenden).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Klinisches Personal

31. Bereitschaft und Bedingungen anleitender Pflegekräfte/Hebammen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Motivation der PraktikerInnen (ohne Praxisanleiter- Qualifikation) für die Anleitung. Außerdem sind Hindernisse und Verbesserungsstrategien umfasst (genannt wurde: kollegialer Austausch mit den Lehrenden).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Klinisches Personal

32. Bedeutung der klinischen Expertise der anleitenden Pflegekräfte/Hebammen für den Kompetenzerwerb

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach der spezifischen Bedeutung klinischer Expertise für die Kompetenzentwicklung, auch im Vergleich zu pädagogischer Expertise.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 8

D) Kontexte/Lernumgebungen

Soziale Bedingungen

33. Soziale Bedingungen und ihre Auswirkungen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach hemmenden und fördernden sozialen Komponenten der Lernumgebung. Damit sind z. B. gegenseitige Erwartungen der Lernenden und der Anleitenden gemeint, aber auch typische Belastungsfaktoren klinischer Ausbildungsphasen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Soziale Bedingungen

34. Bedeutung des klinischen Teams

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Fragen nach dem klinischen Team, in dem die SchülerInnen/Studierenden lernen, nach Werten und Überzeugungen im Team und möglichen Rollenmodellen. Auch die Frage, inwieweit die Lernenden in das Team integriert werden, ist gemeint.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Soziale Bedingungen

35. Bestandsaufnahme der Wünsche und Erwartungen der Lernenden

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Wünsche und Erwartungen der Lernenden an das klinische Personal, die PraxisanleiterInnen und an die Lehrenden.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 9

D) Kontexte/Lernumgebungen

Einsatzbereiche

36. Allgemeine Lernhaltigkeit von verschiedenen Einsatzbereichen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage danach, in welchen Einsatzbereichen grundsätzlich besonders gut gelernt werden kann.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Einsatzbereiche

37. Passung zwischen Einsatzbereich und spezifischen Kompetenzen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage danach, in welchen Einsatzbereichen welche Kompetenzen erworben werden können. Es wird z. B. nach Unterschieden zwischen der Kurzzeit- und der Langzeitversorgung gefragt oder danach, wo Kompetenzen für Prävention und Gesundheitsförderung besonders gut erworben werden können.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Einsatzbereiche

38. Besonderheiten ambulanter Ausbildungsumfelder

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören die Besonderheiten der Kompetenzentwicklung in ambulanten Ausbildungsumfeldern im Unterschied zu stationären Einsatzbereichen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 10

D) Kontexte/Lernumgebungen

Organisatorische Bedingungen

39. Identifikation sinnvoller Einsatzdauer

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach dem Zusammenhang von Einsatzdauer, Zufriedenheit der Lernenden und Lehrangebot (z. B. auf den Prüfungsstationen).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Organisatorische Bedingungen

40. Ausbildungsstationen im Vergleich zu anderen Modellen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Untersuchung von Lernmöglichkeiten auf spezifischen Ausbildungsstationen, auch im Vergleich mit anderen Organisationsmodellen der klinischen Ausbildung (genannt wurde: Praxisanleitermodell).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Organisatorische Bedingungen

41. Wirkungen (ausdifferenzierter) Modelle der Praxisanleitung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach der Organisation der praktischen Anleitung. Damit sind z. B. das Lehrangebot, die Zuordnung einer festen Bezugsperson und die Zusammenarbeit zwischen PraxisanleiterInnen und Lehrenden (der Schulen und Hochschulen) gemeint.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Organisatorische Bedingungen

42. Fördernde/hemmende Rahmenbedingungen klinischen Lernens im Arbeitsprozess

Zu diesem Forschungsgegenstand gehören strukturelle und ökonomische Rahmenbedingungen des klinischen Lernens. Dies umfasst z. B. die Arbeitsbelastung, die zunehmende Ökonomisierung und die Frage nach der Unterstützung durch verantwortliche Leitungen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 11

E) Assessment/Feedback

Assessment

43. Möglichkeiten und Grenzen von Assessment und Assessmentkonzepten

Dieser Forschungsgegenstand umfasst die Fragen, wann, wie und von wem Assessment im Sinne einer Lernstandsbestimmung sinnvollerweise durchgeführt wird. Hierzu gehört beispielsweise die Frage, ob Kompetenzentwicklung nach kurzen Einsätzen überhaupt eingeschätzt werden kann.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Assessment

44. Entwicklung und Überprüfung von Assessmentinstrumenten

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Entwicklung und Überprüfung von konkreten Assessmentinstrumenten (Anleitungsprotokolle, Portfolios oder E-Portfolios, OSCEs).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Feedback

45. Bedeutung und Wirkung von Feedback unterschiedlicher Art

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach der Wirkung verschiedener Methoden des Feedbacks, wie zum Beispiel Begleitgespräche mit Praxisanleitern oder Beurteilungsbögen am Ende der klinischen Ausbildungs-/Studienphasen.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Feedback

46. Bedeutung und Wirkung von Feedback unterschiedlicher Personengruppen

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach der Wirkung des Feedbacks durch unterschiedliche Personen (genannt wurden: Peers oder SimulationspatientInnen).

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Feedback

47. Bestandsaufnahme zu Feedbackgesprächen in den klinischen Ausbildungs-/Studienphasen

Dieser Forschungsgegenstand umfasst die Bestandsaufnahme der tatsächlich stattfindenden Feedbackgespräche in der klinischen Ausbildung, insbesondere der Reflexionsgespräche zu Beginn oder Ende der klinischen Ausbildungs-/Studienphasen. Sowohl die Einschätzung der Lernenden als auch der PraxisanleiterInnen ist hierbei von Interesse.

	nicht wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	äußerst wichtig (5)
Wichtigkeit	<input type="radio"/>				

Seite 12

F) Interprofessionelles Lernen

48. Identifikation relevanter interprofessioneller Kompetenzen

Dieser Forschungsgegenstand umfasst die Frage nach interprofessionell bedeutsamen Kompetenzen.

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit	<input type="radio"/>				
-------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

49. Interprofessionelle Lehr- und Lernangebote

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die forschungsgestützte Entwicklung und Überprüfung interprofessioneller Lehr- und Lernangebote (z. B. auf interprofessionellen Ausbildungsstationen).

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit	<input type="radio"/>				
-------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

50. Beitrag von Personen anderer Berufsgruppen für die klinische Kompetenzentwicklung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Frage nach dem Beitrag von Angehörigen anderer Berufsgruppen (Lehrende, Lernende und klinisches Personal) zur Kompetenzentwicklung.

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit	<input type="radio"/>				
-------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Seite 13

G) Zur Person

51) Ich bin:

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegefachperson
- Hebamme
- Anderes (Bitte geben Sie Ihren Beruf an):

52. Ich arbeite mit:

(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Studierenden eines Bachelorstudiengangs
- SchülerInnen der dreijährigen Ausbildung
- Anderen (Bitte geben Sie an, mit welchen Lernenden Sie arbeiten):

53. Ich bin:

(Mehrfachnennungen sind möglich)

Praxisanleiterin

Lehrende

Wissenschaftlerin

Anderes (Bitte geben Sie an, in welcher Form sie sich mit klinischer Kompetenzentwicklung beschäftigen):

54. Ich habe in der ersten Befragungsrunde Vorschläge gemacht:

ja

nein

Seite 14

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Sie können das Fenster nun schließen.

Dorothea Tegethoff und Manuela Bergjan

6.3 Fragebogen Dritte Befragungsrunde

Aus dem Online-Fragebogen der dritten Befragungsrunde ist ein Beispielitem abgebildet. Die Items wurden inhaltlich unverändert aus der zweiten Runde übernommen und durch das arithmetische Mittel und die Standardabweichung ergänzt.

Seite 2

A) Theorien und Konzepte

1. Begriffsbestimmungen im Sinne der Theoriebildung

Zu diesem Forschungsgegenstand gehört die Weiterentwicklung des Kompetenzbegriffs und anderer relevanter Begriffe, wie z. B. klinische Kompetenz, Pflegekompetenz, Performanz oder Qualität.

nicht wichtig (1) (2) (3) (4) äußerst wichtig (5)

Wichtigkeit

Ergebnis aus der 2. Runde

