

# Kulturelle Achtsamkeit und Wissensbasierung in der klinisch-pflegerischen Fallbeurteilung

Entwicklung und Evaluation eines kooperativen Lehr-Lernkonzeptes  
zwischen Hochschule und Klinik im Rahmen des QualiFIVE Programms im  
dualen Bachelorstudiengang Pflege

---

Ergebnisse der Begleitstudie  
„CANDo“: Cultural Awareness and Evidence in Nursing Diagnosis  
2015-2017

**Astrid Herold-Majumdar**

**<< Kulturelle Achtsamkeit und Wissensbasierung in der klinisch-pflegerischen Fallbeurteilung >>**

Entwicklung und Evaluation eines kooperativen Lehr-Lernkonzeptes zwischen Hochschule und Klinik im Rahmen des QualiFIVE Programms im dualen Bachelorstudiengang Pflege

Ergebnisse der Begleitstudie „CANDo“: Cultural Awareness and Evidence in Nursing Diagnosis 2015-2017

Herausgeberin: Astrid Herold-Majumdar

ISBN: **978-3-943872-15-6**

**München, 2018**

Hochschule München, Zentralbibliothek© Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung der Herausgeberin unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

# Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	4
Abbildungsverzeichnis .....	5
Abkürzungsverzeichnis .....	7
Zusammenfassung .....	8
1. Hintergrund und Zielsetzung .....	10
2. Kooperatives Lernen und Neukonzeption des Moduls .....	19
3. Fragestellung und erkenntnisleitendes Interesse .....	34
4. Methode und Durchführung .....	36
4.1 Planung, Datenerhebung und Hypothesen der quantitativen Erhebung der Kompetenzentwicklung der Studierenden im Prä-Posttest Design .....	36
4.2 Planung und Durchführung der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion .....	40
5. Ergebnisse .....	44
5.1 Ergebnisse der quantitativen Vergleichsstudie Kompetenz-entwicklung der Studierenden (Herold-Majumdar Astrid, Neppi Hannah, Aßenmacher Matthias, Küchenhoff Helmut) .....	44
5.1.1 Rücklaufquote .....	44
5.1.2 Scorebildung .....	45
5.1.3 Charakteristika der Studienpopulation .....	46
5.1.4 Zusammenhangsanalyse .....	52
5.1.4.1 Explorative Analyse der Scores .....	52
5.1.4.2 Signifikanztest .....	58
5.1.4.3 Korrelationen .....	62
5.1.5 Zusammenfassung und Ausblick .....	66
5.1.5.1 Zusammenfassung .....	66
5.1.5.2 Ausblick auf eine weiterführende Studie und Desiderat .....	66
5.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion (Herold-Majumdar Astrid) .....	68
5.2.1 Charakteristika der FokusgruppenteilnehmerInnen .....	68
5.2.2 Transkription .....	70
5.2.3 Codesystem und Kodierregeln .....	70

5.2.4 neue, induktiv aus dem Material entwickelte Kategorien für Einflussfaktoren der kollegialen Fallberatung.....	71
5.2.5 Häufig diskutierte und bedeutungsvolle fördernde und hemmende Faktoren aus Sicht der Pflegefachpersonen der Klinik.....	74
5.2.6 Statistik der Code-Häufigkeiten und inhaltsanalytische Auswertung nach Kategorie.....	75
6. Limitationen .....	110
7. Diskussion.....	113
8. Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des kooperativen Lern-/Lehrkonzeptes (Herold-Majumdar Astrid, Zurbriggen Sarah).....	117
9. Literaturverzeichnis.....	126

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Rücklauf ausgefüllter Fragebögen (CAS und KS-EBN) von den Einzelpersonen in den beiden Kurse (A und B) separat und gemeinsam zu den Zeitpunkten $t_0$ und $t_1$ .....	45
Tabelle 2 Charakteristika der Studienpopulation für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	47
Tabelle 3 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für den Gesamtscore (Minimum: 0; Maximum: 7) und die Subskalenscores (Minimum: 0; Maximum: 7) aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	54
Tabelle 4 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für die Streuung der Antworten der Teilnehmer in den Subskalenscores und die mittlere Streuung dieser für den Gesamtscore aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	55
Tabelle 5 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für den Gesamtscore (Minimum: 0; Maximum: 12) und die Subskalenscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	57
Tabelle 6 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für die Streuung der Antworten der Teilnehmer in den Subskalenscores und die mittlere Streuung dieser für den Gesamtscore aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	58
Tabelle 7 Anzahl der Teilnehmer (N) und Mittelwerte (MW) der Differenz für den Gesamtscore zur kulturellen Achtsamkeit ( $t_1 - t_0$ ) für die Charakteristika der Studienpopulation.....	60
Tabelle 8 Anzahl der Teilnehmer (N) und Mittelwerte (MW) der Differenz der Gesamtscores für die Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing ( $t_1 - t_0$ ) für die Charakteristika der Studienpopulation.....	61
Tabelle 9 Korrelation zwischen den soziodemografischen Merkmalen und dem Gesamtscore und Subskalen aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit getrennt für beide Zeitpunkt $t_0$ und $t_1$ .	64
Tabelle 10 Korrelation zwischen den soziodemografischen Merkmalen (Alter und Geschlecht) und dem Gesamtscore und Subskalen aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing getrennt für beide Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	65
Tabelle 11 Cronbach's Alpha für die fünf Subskalen aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit .....	65
Tabelle 12 Demographische Daten der FokusgruppenteilnehmerInnen.....	68
Tabelle 13: Freitextantworten der FokusgruppenteilnehmerInnen .....	69
Tabelle 14 übergeordnete Kategorien für Einflussfaktoren, die induktiv aus dem Material entwickelt wurden .....	72
Tabelle 15 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für den Gesamtscore und die Subskalenscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im	

Evidence-based Nursing (KS-EBN, Gu et al. 2015) für die „CANDo“-Gruppe zum Zeitpunkt $t_1$ im Vergleich zu der Non-EBP group (Gu et al. 2015: 1387) .....	115
---	-----

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 5-stufiges Kompetenzmodell nach Patricia Benner (1982), eigen Darstellung .....	20
Abbildung 2 Das „CANDo“-Modell des kooperativen Lernens.....	22
Abbildung 3 Geschlechtsverteilung für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	48
Abbildung 4 Altersverteilung für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	48
Abbildung 5 Berufstätigkeit neben dem Studium in der Pflege.....	49
Abbildung 6 Berufstätigkeit neben dem Studium in einem anderen Beruf als der Pflege .....	50
Abbildung 7 Eigener kultureller Hintergrund anders als „Deutsch“ für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	50
Abbildung 8 Kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit der PartnerIn anders als „Deutsch“ für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	51
Abbildung 9 Erfahrung mit PatientInnen mit anderem kulturellen Hintergrund/ethnischer Zugehörigkeit als „Deutsch“ für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	51
Abbildung 10 Anzahl der Reisen ins EU-Ausland für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	52
Abbildung 11 Anzahl der Reisen ins Nicht-EU Ausland für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	52
Abbildung 12 Verteilung des Gesamtscores aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	54
Abbildung 13 Verteilung der mittleren Streuung pro Teilnehmer über die Streuung in den Subskalenscores (1 bis 5) aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	55
Abbildung 14 Verteilung des Gesamtscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	56
Abbildung 15 Verteilung der mittleren Streuung pro Teilnehmer über die Streuung in den Subskalenscores (2 und 3) aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte $t_0$ und $t_1$ .....	57
Abbildung 16 Verteilung der Differenzen des Gesamtscores ( $t_1 - t_0$ ) aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit und die konkreten Differenzen der einzelnen Teilnehmer.....	59
Abbildung 17 Verteilung der Differenzen des Gesamtscores ( $t_1 - t_0$ ) aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing und die konkreten Differenzen der einzelnen Teilnehmer .....	61

Abbildung 18 „Atmosphäre, Kultur“ absolute Häufigkeit der Subcodes .....	77
Abbildung 19 „Rahmenbedingungen“ absolute Häufigkeit der Subcodes.....	80
Abbildung 20 demokratische Konferenzsitzordnung bei der kollegialen Fallberatung mit beispielhafter Sitzanordnung .....	83
Abbildung 21 „Fallkonstellation“ absolute Häufigkeit der Subcodes.....	86
Abbildung 22 „Haltung, Kompetenz der TeilnehmerInnen“ absolute Häufigkeit der Subcodes .....	89
Abbildung 23 „Beratungsprozess“ absolute Häufigkeit der Subcodes .....	96
Abbildung 24 „gruppensdynamischer Prozess“ absolute Häufigkeit der Subcodes.....	102
Abbildung 25 „handlungsorientierter Lösungsprozess“ absolute Häufigkeit der Subcodes.....	106

## **Abkürzungsverzeichnis**

EBP	Evidence-based Practice
EBN	Evidence-based Nursing
BSN	Bachelor of Science in Nursing
MSN	Master of Science in Nursing
PhD	Doctor of Philosophy



## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Modulentwicklung und die Begleitstudie sind ein Beitrag zur Strategie der Hochschule München, die Kompetenzentwicklung in der Lehre im Rahmen des BMBF-geförderten „ZUG“-Projektes voran zu bringen. Das hochschulinterne Förderprogramm „QualiFIVE“ unterstützt die Entwicklung von einzelnen Kursangeboten, Modulen und Studiengängen mit der übergeordneten Zielsetzung, Studierenden über das fachspezifische Wissen hinaus bereichsübergreifende Kompetenzen zu vermitteln, die ihre Profilbildung und Beschäftigungsfähigkeit unterstützen. Der duale Studiengang Pflege (B.Sc.) an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften entwickelt in diesem Rahmen das Modul „Lebenslauforientierte Pflegekonzepte“ im 7. Semester in beiden Schwerpunkten, A: Kinder/Jugendliche und B: Erwachsene/ältere Menschen, weiter, um die Employability der Bachelor-AbsolventInnen mit beruflicher Qualifizierung als Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen zu verbessern. Dabei werden die Profilvermerkmale, interkulturelle Kompetenz/kulturelle Achtsamkeit und Forschungskompetenz/ Kenntnisse und Fähigkeiten zu Evidence-based Nursing/Practice durch die Modulneukonzeption spezifisch ausgebildet. Durch das kooperative Lehr-Lernkonzept soll zudem die Akzeptanz von Kompetenzunterschieden und die Fähigkeit zur Verständigung in Bezug auf berufsbezogene Fragestellungen zwischen FachkollegInnen mit und ohne Studium in Teams mit Skill-Mix gefördert werden.

**Ziel:** Zielsetzung der ersten Pilotphase (WS 15/16) war die Pilotierung des Instrumentariums zur Erfassung der Entwicklung der kulturellen Achtsamkeit der Studierenden. Zunächst wurde ein mehrfach erprobtes und validiertes Instrument zur Erfassung der kulturellen Achtsamkeit (Cultural Awareness Scale (CAS), Rew et al. 2003, 2011) vom Englischen ins Deutsche übersetzt, rückübersetzt und im WS 15/16 erprobt. Im Wintersemester 2016/17 wurde die Konzeption des Moduls weiterentwickelt, in dem das Seminar in die Klinik verlegt wurde und kollegiale Fallberatungen anhand von realen Fällen zusammen mit FachkollegInnen aus der klinischen Praxis durchgeführt wurden. Die Effektivität der Neukonzeption des Moduls in Bezug auf die Kompetenzentwicklung der Studierenden wird mittels Prä-Posttest Design empirisch-analytisch überprüft. Aus Sicht der FachkollegInnen der klinischen Praxis wurde das Format der kollegialen Fallberatung in der Klinik mit Studierenden der Pflege (B.Sc.) auf förderliche und hemmende Faktoren hin qualitativ untersucht, um Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes und die Verbesserung der Praktikabilität zu erhalten.

**Methode:** Es handelt sich um ein Mixed-Method Design. Die Kompetenzentwicklung der Studierenden wurde quantitativ mit einem standardisierten Selbsteinschätzungsverfahren zur Erhebung der kulturellen Achtsamkeit (Cultural Awareness Scale, Rew et al. 2003, 2011) und mit einem Test zur Erhebung der Kenntnisse und Fähigkeiten in Evidence-based Nursing (Knowledge and Skills in Evidence-based Nursing, Gu et al. 2015) mittels Prä-Posttest erhoben. Damit können die Veränderungen in der Kompetenz von  $t_0$  zu  $t_1$  an Hand von Zahlenwerte übersichtlich dargestellt und statistisch getestet werden. Die Auswertung erfolgte mit dem statistischen Auswertungsprogramm „R“ (The R Foundation©). Die Pflegefachpersonen der klinischen Praxis, mit denen in der Klinik eine kollegiale Fallberatung im Rahmen des didaktischen Konzeptes durchgeführt wurde, diskutierten ihre Wahrnehmungen und Erfahrungen in einer leitfadengestützten und moderierten Fokusgruppendifkussion. Die Fokusgruppendifkussion fand in zwei Gruppen mit vier und drei TeilnehmerInnen am 08. und 09. Februar 2017 statt. Die jeweils ca. eineinhalbstündige Diskusion wurde digital aufgezeichnet, in einer VLC Media® Datei gespeichert, transkribiert, in MAXQDA® importiert und inhaltsanalytisch mit einem deduktiv-induktiven Verfahren ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Erprobung der CAS in ihrer deutschen Übersetzung in der Pilotphase (Wintersemester 2015/16) hat eine gute Anwendbarkeit bei dual Studierenden der Pflegewissenschaft ergeben. Für die Auswertung im „CANDo“-Pilotprojekt (Wintersemester 2016/17) zur Untersuchung der Verbesserung der kulturellen Achtsamkeit und der Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing nach der Teilnahme an dem neu konzipierten, kooperativen Lehr- und Lernkonzept werden Fragebögen von insgesamt einmal 34 (CAS) und einmal 26 Student/-innen (KS-EBN) ausgewertet. Vollständige Informationen liegen für 21 (CAS) und 16 (KS-EBN) Teilnehmer zu zwei Zeitpunkten, vor ( $t_0$ ) und nach ( $t_1$ ) dem Kurs, vor. Für die kulturelle Achtsamkeit konnte kein nachweisbarer Effekt gezeigt werden ( $p$ -Wert: 0.5714), während eine signifikante Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing in den Daten nachgewiesen werden konnte ( $p$ -Wert: 0.0185).

Die inhaltsanalytische Auswertung der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussionen lieferte neue, bisher in der Literatur noch nicht oder wenig berücksichtigte Kategorien für förderliche und hemmende Faktoren der kollegialen Fallberatung zwischen Pflegefachpersonen mit und ohne Studium. Es konnten viele konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Organisation und Konzeption des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes identifiziert werden. Insgesamt sprachen sich die TeilnehmerInnen der klinischen Praxis dafür aus, das Angebot der kollegialen Beratung mit StudentInnen in Begleitung der ProfessorInn beizubehalten. Darüber hinaus wurden die in der Klinik bereits implementierten kollegialen Fallberatungen thematisiert und die Motivation, diese fortzuführen, gefördert. Es konnten 4 neue, übergeordnete Kategorien und 42 neue Subkategorien mit Bedeutung für eine Theorieentwicklung der kollegialen Fallberatung zwischen akademischen und nicht akademischen Pflegefachpersonen induktiv aus dem Material entwickelt werden.

Von den TeilnehmerInnen wurden förderliche Faktoren der kollegialen Beratung mit StudentInnen berichtet. Hervorzuheben sind dabei, der theoretische Input und die Vernetzung von Theorie und Praxis und das Einbringen aktueller Studien durch die Studierenden. Die Systematik der Fallanalyse durch Anwendung des Prozessmodells der kollegialen Beratung und der Pflegediagnostik nach NANDA-I® Pflegediagnosen wurde als hilfreich, vor allem bei komplexen Fällen, empfunden. In der Fokusgruppendifkussion wurde zudem angemerkt, dass sich die NANDA-I® Pflegediagnosen gut an klinikintern genutzte Systematiken, wie z.B. an das Strukturmodell der situativen Problematiken nach D. Orem anschließen ließen. Förderung des organisationalen Lernens und Modelllernens (aus der Fallberatung konnten Erkenntnisse für ähnlich gelagerte Fälle gewonnen werden), Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Versorgung mit Reduktion von Drehtüreffekten, v.a. bei Fällen mit psycho-sozialen Problematiken und Hilfebedarfen, waren weitere, von den TeilnehmerInnen als förderlich bewertete Aspekte. Es wurden auch hemmende Faktoren angesprochen, die sich vor allem auf die Rahmenbedingungen („mangelnde, organisationale Strukturen“, „nicht genügend Zeit“) und auf die Fallkonstellation (Fall zu komplex) bezogen.

**Diskussion und Schlussfolgerungen:** Das kooperative Lehr-Lernkonzept scheint positiv auf die Entwicklung der Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf EBN zu wirken. Für die Cultural Awareness konnten keine Effekte bei den Studierenden nachgewiesen werden. Hier ist das Konzept weiter zu entwickeln. Die qualitative Analyse aus Sicht der FachkollegInnen der Klinik ergab viele, konkrete Hinweise auf eine förderliche Gestaltung der kollegialen Fallberatung mit Studierenden, die für die Konzeptentwicklung genutzt werden können. Zudem liefert die qualitative Inhaltsanalyse Hinweise auf Wirkungen (in Bezug auf das Patientenoutcome, die synergetische Nutzung von Ressourcen zwischen Klinik und Hochschule, die Erlössituation der Klinik, Personalakquise und Bindung) der kollegialen Fallberatung mit Studierenden, die weiterführend untersucht werden können.

**Schlüsselbegriffe:** cultural awareness, evidence-based nursing, nursing students, peer-counseling, cooperative learning

# 1. Hintergrund und Zielsetzung

Ein praxisnahes Modul des dualen Studiengangs Bachelor Pflege (B.Sc.) an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München mit dem Titel „Lebenslauforientierte Pflegekonzepte“ wird im Rahmen des **hochschulinternen Förderprogramms „QualiFIVE“**, das sich an das BMBF-geförderte Projekt „ZUG“ anschließt, neu konzipiert und weiterentwickelt. Dabei soll das Konzept die Entwicklung von Schlüsselkompetenzen unterstützen. QualiFIVE fördert Lehrinnovationen, die neben fachspezifischem Wissen auch bereichsübergreifende Kompetenzen vermitteln, in den fünf Kompetenzfeldern: q1 – unternehmerisch, q2 – nachhaltig, q3 – interkulturell, q4 – forschend, q5 – digital. Konkret gefördert werden Lehrprojekte, die Neuausrichtung von Modulen und die inhaltliche und didaktische Weiterentwicklung von Studiengängen. In dem neu konzipierten Modul „Lebenslauforientierte Pflegekonzepte“ des 7. Semesters des dualen Studiengangs Pflege (B.Sc.) an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften werden die Kompetenzfelder q3 – interkulturell und q4 – forschend bearbeitet.

## **Förderung von Schlüsselkompetenzen im Studium der Pflegewissenschaft**

In der **Kompetenzdiagnostik** im Zusammenhang mit unterschiedlichen, akademischen Ausbildungsprogrammen der Pflege belegen Darmann-Finck & Glissmann einen Forschungsbedarf für zuverlässige Instrumente zur Kompetenzmessung (Darmann-Finck & Glissmann 2011: 195). Die systematische Recherche nach geeigneten Instrumenten für spezifische Kompetenzfelder, wie die kulturelle Achtsamkeit im Pflegeprozess, deren Anpassung, Erprobung und Validierung stellt demnach ein wichtiges Aufgabenfeld der angewandten Pflege- bzw. Bildungsforschung dar. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die durch Training, beispielsweise durch Simulation konkreter Pflegesituationen, wie z.B. das Legen eines transurethralen Katheters, erworben werden können, erfordern andere Kompetenzen und auch andere Methoden der Kompetenzentwicklung und -überprüfung als komplexe Profile, wie die kulturelle Achtsamkeit oder die forschende Kompetenz. Solche Kompetenzen setzen u.a. Persönlichkeitsbildung, kritisch reflektierendes Denken und Handeln sowie die Fähigkeit des Transfers und Anwendungsbezugs von theoretischen und wissenschaftlichen Inhalten voraus. Sie entwickeln sich dynamisch mit der Entwicklung der ganzen Person (Darmann-Finck & Glissmann 2011: 195) in ihrer Lebens- und Berufswelt. Dafür sind komplexe Interventionsprogramme und Kompetenzerhebungsinstrumente möglichst mit Methodenmix einzusetzen. Leistungsnachweise und Lehrevaluation sind vielschichtig zu konzipieren.

In der hier vorliegenden Studie wird von dem Kompetenzbegriff nach Erpenbeck und Rosenstiel (Rosenstiel & Friedemann 2011: 156 f.) ausgegangen, der mit Kompetenz die Disposition einer

Person zum selbstorganisierten Handeln meint. Bei den Studierenden sind die Voraussetzungen zu schaffen, die benötigt werden, um im beruflichen Handlungsfeld der Pflege selbständig auf die Anforderungen von berufsbezogenen Fällen und Problemstellungen adäquat reagieren zu können. Bei der transkulturellen Kompetenz reicht es beispielsweise nicht aus, Wissensinhalte über Kulturen schablonenhaft über die jeweils individuelle Patientensituation zu legen. Im Sinne der Performanz sind die im Studium erworbenen Kompetenzen, wie die kulturelle Achtsamkeit, einzusetzen, um auf die jeweils einzigartige Person mit ihrer Lebensgeschichte empathisch eingehen zu können. Das, was in der Pflegebeziehung mit der PatientIn in Bezug auf kulturell geprägte Vorverständnisse und Bedeutungszuschreibungen zu Gesundheit und Krankheit erarbeitet wurde, muss dann in das intra- und interdisziplinäre Team eingebracht werden, das sich wiederum aus Mitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen und ggf. mit diversen, kulturellen Hintergründen zusammensetzt. Die kulturelle Achtsamkeit ist dabei eine wichtige Voraussetzung, um überhaupt zu erkennen, dass Gesundheits-/Krankheitsprozesse und deren Bedeutung für die PatientIn von kulturell geprägten Werten und Haltungen beeinflusst werden. Ebenso ist die Fallbeurteilung von den kulturellen Hintergründen der Mitglieder des Behandlungsteams beeinflusst. Häufig sind diese Einflüsse bei der Diagnostik und bei der Entscheidung über Interventionen in der Alltagsroutine unbewusst, was in einzelnen Fällen auch zu Fehldiagnosen und Fehlentscheidungen führen kann. Dies soll in dem kooperativen Lehr-Lernkonzept im Rahmen der kollegialen Fallberatung reflektiert werden.

Auch die Entwicklung der **forschenden Kompetenz**, und hier vor allem die Fähigkeit der Pflegefachperson, wissenschaftlich relevante und bearbeitbare Fragestellungen überhaupt erst einmal aus der Praxis zu identifizieren, verlangt einen vielschichtigen, didaktischen Ansatz und eine multiperspektivische Herangehensweise bei der Evaluation. StudentInnen der Pflege auf Bachelorniveau fällt es oft schwer zu verstehen, wie die Pflegepraxis von Forschungsergebnissen und wissenschaftlich fundiertem Wissen profitieren kann (Aglen 2016, S. 256). Sie sehen sich selbst nicht als aktive Akteure in der Generierung und Anwendung von Wissen. Dies hat Auswirkungen auf die Motivation der Studierenden, an der Pflegeforschung mitzuwirken und für das jeweilige Berufsfeld relevante Forschungsergebnisse zu recherchieren, zu bewerten und anzuwenden. PädagogInnen stehen vor der Herausforderung, in der Lehre, den Nutzen von EBP zu veranschaulichen. Dies kann gelingen, wenn der EBP Prozess nicht nur theoretisch gelehrt, sondern in der Praxis angewandt wird (Foss et al. 2014). Ryan (2016) stellt in ihrem Literaturreview fest, dass Bachelor StudentInnen grundsätzlich positiv gegenüber dem EBP-Ansatz sind, jedoch Unterstützung brauchen. Sie vermissen Gelegenheiten, ihre EBP Kenntnisse und Fähigkeiten selbständig anzuwenden. Nach Ryan (2015) bestünde ein Forschungsbedarf, ob die Kooperation zwischen Ausbildungsorganisation und klinischen Settings die Möglichkeiten zur Anwendung von EBP Kenntnissen der Studierenden

verbessern könnte. Mit der „CANDo“-Studie wird der von Ryan identifizierte Forschungsbedarf aufgegriffen, indem ein kooperatives Lehr-Lernkonzept zwischen Hochschule und Klinik entwickelt und bezüglich Praktikabilität, Nutzen für die PraktikerInnen und Kompetenzentwicklung der Studierenden untersucht wird. Wissenschaftlich fundiertes Wissen, beispielsweise über die Wirksamkeit pflegerischer Interventionen, in die klinische Beurteilung und Entscheidungsfindung im konkreten Einzelfall einzubringen, bedeutet eine enorme Übersetzungsleistung auf beiden Seiten, auf Seiten der Wissenschaft und der Praxis. Es gilt nicht nur systematisch nach Belegen auf wissenschaftlichen Datenbanken zu suchen, sondern diese auch kritisch hinsichtlich Zuverlässigkeit und Gültigkeit zu hinterfragen und einzuschätzen, um dann im jeweils einzigartigen Fall zu entscheiden, wie dieser Beleg angewandt werden kann. Ein Beispiel aus der Praxis soll dies verdeutlichen. Über die Wirksamkeit von Hüftprotektoren zur Verhütung von Sturzfolgen gibt es unterschiedliche Belege. Wie bei vielen Interventionen ist die Forschungslage nicht eindeutig. Hinzu kommt, dass die jeweils individuelle Situation der NutzerIn solcher Protektoren, letztlich auch über deren Wirksamkeit entscheidet. Wenn nun die Wirksamkeit in einer Population von pflegebedürftigen, sturzgefährdeten, älteren (über 65 jährigen) Menschen, die in einem Pflegeheim leben, in der Studie belegt wurde, bedeutet dies nicht, dass der Protektor auch für einen älteren (über 80 jährigen), demenzkranken Patienten in einem Akutkrankenhaus einen entsprechenden Effekt zur Verhütung von Sturzfolgen hat. AbsolventInnen von Pflegestudiengängen müssen im Studium darauf vorbereitet werden, solche Fragen in der Praxis zu klären. Damit leisten sie einen wesentlichen Beitrag zu einer evidencebasierten und zugleich personenzentrierten Versorgung. Da sich in Deutschland die Pflege eher praxisorientiert und nicht in erster Linie akademisch entwickelt hat, stoßen nun Pflegefachpersonen mit Studium auf BerufskollegInnen ohne akademischen bzw. wissenschaftlichen Hintergrund, aber häufig mit langjähriger Berufserfahrung und zahlreichen Fachweiterbildungen. Zur forschenden Kompetenz gehört deshalb im Sinne des EBN auch, dass wissenschaftliche Erkenntnisse für die KollegInnen ohne wissenschaftlichen Hintergrund verständlich und anwendungsorientiert aufbereitet werden können. Umgekehrt müssen praxisrelevante Fragestellungen der BerufskollegInnen ohne Studium in bearbeitbare Forschungsfragestellungen transformiert werden. Die Verständigung über berufsbezogene Fälle und Fragen zwischen akademischen und nicht akademischen Pflegekräften ist für die Sicherheit der PatientInnen und die Qualität der Pflege von entscheidender Bedeutung. Die AbsolventInnen von dualen Studiengängen in der Pflege übernehmen hier eine Schlüsselrolle.

Ob die AbsolventIn und BerufsanfängerIn dann in der klinischen Praxis ihre kulturelle Achtsamkeit und ihre forschende Kompetenz wirklich so einsetzen können, dass die kulturellen Bedürfnisse der PatientInnen befriedigt werden und die Versorgung evidencebasiert erfolgt, ist eine Frage der

Performanz, also der tatsächlich erbrachten, beobachtbaren und messbaren Leistungen. Aspekte der Performanz werden in dem „CANDo“-Projekt erhoben.

### **Interkulturelle Kompetenz als Schlüsselkompetenz**

Die gesellschaftliche Herausforderung zur Bewältigung der mit der Zuwanderung verbundenen Integrationsaufgaben muss von der aktuellen und den nachfolgenden Generationen bewältigt werden. Der Anteil an Menschen mit sog. Migrationshintergrund unter den pflegebedürftigen Menschen und unter der Belegschaft in den Gesundheitseinrichtungen (Statistisches Bundesamt 2015) steigt stetig an. Die erhöhte Mobilität von ArbeitnehmerInnen auf dem Weltmarkt und auf dem Europäischen Binnenmarkt spielt dabei eine große, aber nicht die einzige Rolle. Die Thematik auf die aktuellen Flucht- und Migrationsbewegungen zu reduzieren, würde den komplexen Akkulturationsprozessen und der Individualität des Menschen mit seiner jeweils einzigartigen Biographie nicht gerecht werden. Nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund sind von Akkulturationsprozessen betroffen. Der Kulturbegriff muss hier weiter gefasst werden und schließt „Binnenkulturen“ mit ein. So hat beispielsweise der Krankenhausaufenthalt für eine Bäuerin vom Lande ggf. eine andere Bedeutung als für eine Patientin, die in der Großstadt lebt und arbeitet. Eine Altenpflegerin, die viele Jahre in Langzeitpflegeeinrichtungen gearbeitet hat, ist in die Pflege anders akkulturiert und sozialisiert als eine Fachkraft für Anästhesie und Intensivpflege. Individuelle Akkulturationsprozesse bedingen unterschiedlich kulturell geprägte Haltungen und Werte. Welche Bedeutung die Menschen ihren Gesundheits-, Krankheits- und Lebensprozessen, wie Geburt und Tod, zuschreiben, ist eng verwoben mit diesen kulturell geprägten Werten und Vorverständnissen, die sich lebensgeschichtlich individuell entwickeln. Pflege befasst sich mit diesen Bedeutungszuschreibungen und unterstützt Menschen u.a. dabei, Gesundheit und Krankheit zu verstehen und in ihren Lebenslauf sowie in ihre Lebenswelt zu integrieren. Interkulturelle Kompetenz und das Bewusstsein über den Einfluss von individuellen Akkulturationsprozessen auf das Gesundheits- und Krankheitserleben sind Schlüsselqualifikationen der professionellen Pflegefachperson. Dass Menschen an Therapieprogrammen mitwirken und damit zum Erfolg der Therapie beitragen, und dass Menschen ihre Krankheit in die Alltagspraxis integrieren können, ist wesentlich davon abhängig, wie es dem interdisziplinären Behandlungsteam gelingt, Anschluss an diese Lebenswelt des kranken, pflegebedürftigen Menschen zu finden. Hier kann die Pflege eine wichtige Vermittler- und Übersetzerrolle übernehmen, wenn sie sich selbst ihrer Akkulturationsprozesse bewusst ist und sich vor Augen führt, dass Menschen aufgrund ihrer Biographie unterschiedliche, kulturelle Hintergründe haben. Diese Diversität kann und darf dabei nicht auf die „Volkszugehörigkeit“ oder die Nationalität reduziert werden (Mecheril & Seukwa 2006: 8). Das Wissen über Werte, Normen, Rituale und Gewohnheiten bestimmter Gruppen alleine ersetzt

nicht die empathische Zuwendung zu jedem Einzelnen, der zwar nach außen hin Mitglied einer Gruppe ist, aber dennoch eine ganz individuelle Akkulturation in der Familie und auf seinem Lebensweg erfahren hat. Nehmen wir das Beispiel einer deutschen Geschäftsfrau, die viele Berufsjahre in einem asiatischen Land verbracht hat, sich schließlich mit einem ebenfalls in diesem Land berufstätigen Mann vermählt, der vielleicht ursprünglich aus Südamerika stammt, dann wird deutlich, wie wenig die Nationalität allein, über den Akkulturationsprozess aussagt.

Der Begriff der Interkulturalität kann im Rahmen dieses Berichtes nicht vollumfänglich theoretisch fundiert und diskutiert werden und wird vom Rahmenkonzept der Profilbildung im QualiFIVE Programm übernommen. Die Übertragung von englischsprachigen Begriffen, wie sie auch in der Cultural Awareness Scale (Rew et al. 2003) verwendet werden, ins Deutsche, ist vor dem Hintergrund der sehr unterschiedlichen Staatsgeschichte von USA und Deutschland sorgfältig vorzunehmen. Bei der Übersetzung der Skala und Benennung der Kategorien, wurde dies teilweise mit der Verwendung von Anführungszeichen angedeutet. In dem Wissen, dass dies keinesfalls eine kritische Diskussion von Begriffen wie „Ethnie“ ersetzen kann. Die CAS ist in Texas/USA entwickelt worden und hat somit einen ganz anderen kulturellen und staatspolitischen Hintergrund als Deutschland. USA ist von anderen Einwanderungs- und Wanderungsbewegungen geprägt als Deutschland. Ebenso muss der Begriff der „Volkszugehörigkeit“, der in der CAS eng gekoppelt ist an den Begriff der „Nationalität“, vor dem Hintergrund der deutschen Geschichte kritisch diskutiert und vorsichtig formuliert werden.

Interkulturelle Kompetenz ist eine Schlüsselkompetenz in der beruflichen Bildung (Hofmuth & Weber 2011:25) und so auch in der dualen Ausbildung in der Pflege. Sie trägt dazu bei, dass die Einschätzung beruflicher Situationen und die Entwicklung von Lösungsstrategien vor dem Hintergrund diverser Akkulturationsprozesse zuverlässig erfolgen können. Wenn Behandlungsprogramme adäquat auf den individuellen Patienten und seine Situation zugeschnitten werden sollen, darf der kulturelle Hintergrund nicht außer Acht gelassen werden. Gerade bei knappen Ressourcen ist es entscheidend, die Interventionen an die kulturell geprägte Lebenswelt der PatientInnen anzuschließen. Zuerst ist dies eine Frage der Wertschätzung, des Respekts und der Menschlichkeit. Als positiver Effekt auf die Wirtschaftlichkeit kann transkulturelle Kompetenz der Programmverantwortlichen aber auch dazu beitragen, dass die Adhärenz an das Behandlungsprogramm gesteigert wird, damit die Effektivität erhöht und beispielsweise die Verweildauer in einer akutstationären Einrichtung verringert wird. Interkulturelle Kompetenz und Sensibilität für individuell gewachsene, kulturell geprägte Identitäten sind in der Pflege sowohl in der Arbeit mit den PatientInnen, Familien und Gemeinden als auch im intra- und interdisziplinären Team gefordert (vgl. Edmonds 2012). Die Identifikation und Beurteilung pflegerelevanter Phänomene im individuellen Einzelfall im klinischen Setting sind abhängig von

kulturell geprägten Bedeutungszuschreibungen der pflegebedürftigen Person und derjenigen der Pflegefachperson. Oft beeinflussen kulturell geprägte Werte und Haltungen unbewusst die Einschätzung der Situation der PatientIn durch die Pflegefachperson. Werden diese Einflüsse nicht reflektiert, kann dies z.T. erhebliche Auswirkungen auf die Patientensicherheit und die Qualität der pflegerischen Versorgung haben. Dies kann am Beispiel des Schmerzes verdeutlicht werden. Schmerz ist ein Phänomen, das höchst individuell empfunden und ausgedrückt wird. Bei der Schmerzeinschätzung im klinischen Setting gilt die Selbsteinschätzung des Schmerzes als Goldstandard und als besonders zuverlässig. Der Schmerzausdruck, also ob Schmerz z.B. laut und für andere Menschen deutlich wahrnehmbar geäußert wird, hängt wesentlich auch von der Akkulturation ab. Ist jemand z.B. in einer Gesellschaft aufgewachsen, in der laute Schmerzäußerungen der Norm entsprechen, so ist es wahrscheinlich, dass die Person sich bei Auftreten des Phänomens auch so verhält. Emigriert nun diese Person in eine andere Gesellschaft, in der die Norm vorherrscht, dass Schmerzen leise und möglichst für andere nicht wahrnehmbar zu erdulden sind, dann können Irritationen entstehen. Auch die Pflegefachpersonen, die Menschen mit Schmerzen pflegen, haben eine mehr oder weniger bewusste Haltung dazu, wie Schmerzen geäußert werden dürfen bzw. es gelten Normen für die Schmerzäußerung. In diesem Zusammenhang kann es auch zu Etikettierungen kommen, in der Form, dass z.B. Personen mit bestimmten kulturellen Hintergründen eingeschätzt werden, dass sie zu übertriebenen Schmerzäußerungen neigen. Diese Etikettierungen können bei der Schmerzeinschätzung zu Fehleinschätzungen hinsichtlich des Handlungsbedarfs führen, sowohl bei der Fremdeinschätzung als auch bei der Bewertung der Selbsteinschätzung. Diese Fehleinschätzungen bedingen dann eine nicht ausreichende Schmerztherapie, die zum Beispiel zu Bluthochdruck führen kann, oder eine mangelhafte Diagnostik, bei der Erkrankungen übersehen werden können.

Sensibilität und Bewusstsein gegenüber des Einflusses der eigenen kulturell geprägten Bedeutungszuschreibungen zu Gesundheits- und Krankheitsprozessen auf die Beurteilung von Pflegesituationen erfordert nicht nur Wissen über andere Kulturen und die Fähigkeit, sich darauf im beruflichen Handeln einzustellen, sondern in erster Linie ein Bewusstsein und eine Selbstreflexion über die eigenen kulturell geprägten Werte und Haltungen. Dieses Selbstbewusstsein erlaubt es der Pflegefachperson dann auf die kulturellen Bedürfnisse anderer einzugehen (Montenery 2013: e52).

In der hier beschriebenen Modulentwicklung im Rahmen des dualen Studiengangs Pflege (B.Sc.) soll dieses Bewusstsein über den eigenen kulturellen Hintergrund und über kulturelle Unterschiede (Cultural Awareness) sowie deren Einfluss auf den klinischen Beurteilungsprozess gefördert werden. Es gibt bereits einzelne Belege dafür, dass die Fallanalyse und Diskussion eine effektive Methode ist,



um transkulturelle Kompetenz bei Pflegestudierenden auszubilden (Chiang-Hanisko & You-Qing 2014: 21).

Interkulturelle Kompetenz stellt dabei ein wichtiges Profilmerkmal der AbsolventInnen des Studiengangs dar, die zusammen mit ihren Lehrenden in der Praxis immer wieder vor die Frage gestellt werden, was denn nun der Zugewinn einer hochschulischen Ausbildung zu der rein beruflichen Ausbildung sei. Die Frage der praxisorientierten Ausrichtung der Kompetenzentwicklung stellt sich in den Hochschulen für angewandte Wissenschaften im besonderen Maße. Die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten im wissenschaftlichen und methodischen Bereich sind in das berufliche Aufgabenfeld einzubringen. Dies erfordert sowohl von den AbsolventInnen der Fachhochschulstudiengänge als auch von den Betrieben, in die beruflich eingemündet wird, Übersetzungsarbeit und die Bereitschaft, Strukturen und Routinen zu überdenken. Daraus ergeben sich Chancen und Risiken für beide Seiten, für die BerufsanfängerInnen als auch für die Betriebe. Ein Risiko ist beispielsweise, dass das Potential der AbsolventInnen nicht genutzt wird, weil z.B. die Stellenprofile nicht geeignet sind. Eine Chance kann sein, dass die Betriebe mit den wissenschaftlich ausgebildeten Fachkräften Innovations- und Anpassungsprozesse voranbringen können, die ihnen u.a. Wettbewerbsvorteile verschaffen, die Qualität der Leistungserstellung und die Erlössituation verbessern können. Um die Vernetzung der Hochschule mit den Ausbildungsbetrieben, die häufig nachfolgend als zukünftige Arbeitgeber der AbsolventInnen fungieren, zu fördern, wurde in der zweiten Pilotphase das Seminar in die kooperierende Klinik verlegt. In einem Konferenzraum der Klinik wurden von Pflegefachpersonen der klinischen Praxis aktuelle Fälle in das Seminar hineingetragen, um diese kollegial zu beraten. Die Fälle sollen neben spezifischen Anforderungen an die kulturelle Sensibilität auch Anforderungen an die forschende Kompetenz stellen.

### **Forschende Kompetenz als Schlüsselkompetenz**

In der zweiten Förderphase werden zusätzlich die Kompetenzen des Evidence-based Nursing, die dem forschenden Lehren und Lernen zugeordnet werden können, durch spezifische, didaktisch-konzeptionelle Interventionen gefördert. Die Employability der Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/-innen mit Bachelor-Abschluss hängt wesentlich davon ab, wie die im Studium zusätzlich zur Berufsausbildung erworbenen wissenschaftlich-methodischen Kompetenzen in der klinischen Praxis für die PatientInnen nutzbringend eingesetzt werden können. Employability meint dabei vor allem die Beschäftigungsfähigkeit in Stellenprofilen, die spezifisch auf Pflegefachpersonen mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung zugeschnitten sind und in denen BachelorabsolventInnen mit dualer Ausbildung zum Nutzen der pflegebedürftigen Menschen Forschung und Praxis

zusammenführen können. Neben der kulturellen Achtsamkeit und kultursensiblen Pflege spielen die Kompetenzen im Zusammenhang einer wissenschaftlichen Pflege eine bedeutende Rolle für die Patientensicherheit und die Qualität der Gesundheitsversorgung. Empathische Zuwendung und Vertrauensbildung bilden die Basis für eine tragfähige und wirkungsvolle Beziehung zwischen Pflegefachperson und PatientIn. Dieses Arbeitsbündnis (Behrens/ Langer 2006: 33) ermöglicht erst eine sinnvolle und für die PatientIn sinnstiftende Anwendung wissenschaftlich überprüfter Interventionen und Behandlungsverfahren. Damit sich die PatientIn überhaupt auf das Behandlungsprogramm und die pflegerischen Interventionen einlassen kann und diese *mittragen* (Adhärenz) und trotz Risiken und Nebenwirkungen *ertragen* kann, ist Vertrauen und Zuwendung unabdingbar. Die Pflegefachperson muss nicht nur diese Vertrauensbasis zusammen mit dem Behandlungsteam schaffen, sondern muss auch über den aktuellen Stand des Wissens informiert sein. Das bedeutet, sie muss in der Lage sein, überhaupt erst einmal zu identifizieren, welche zentralen Phänomene und Probleme aktuell bei der PatientIn eine Rolle spielen und für die PatientIn selbst von Bedeutung sind. Wenn es nun beispielsweise darum geht, Schmerzen bei einer hochbetagten, demenzkranken und alkoholabhängigen PatientIn zuverlässig zu erfassen, ist mit einer spezifischen, beforschbaren Fragestellung eine systematische Literaturrecherche auf einschlägigen, wissenschaftliche Datenbanken durchzuführen. Dabei ist zu beachten, ob die im Rahmen der Recherche identifizierten Studien z.B. mit Schmerzerfassungsinstrumenten überhaupt in einer vergleichbaren Zielpopulation (ältere Patientinnen über 65 Jahre alt mit einer Demenzerkrankung und Alkoholabhängigkeit) durchgeführt wurden. Die forschende Pflegefachperson muss dann eine kritische Bewertung der Studien vornehmen, nicht nur in Bezug auf die Übertragbarkeit auf die spezifische Situation der PatientIn sondern auch in Bezug auf die methodische Qualität der Studie. Mit viel Mühe identifiziert die wissenschaftlich ausgebildete Pflegefachperson ggf. ein geeignetes und zuverlässiges Schmerzeinschätzungsverfahren. Dann gilt es immer noch, dieses in der klinischen Praxis anzuwenden. Hier sind die Rahmenbedingungen, wie z.B. der Zeitbedarf für die Schmerzeinschätzung zu berücksichtigen. Es stellt sich die Frage, ob auch Fachkräfte ohne wissenschaftliche Ausbildung und Hilfskräfte das Schmerzeinschätzungsverfahren überhaupt in der klinischen Alltagspraxis zuverlässig umsetzen können. „Wenn der Schwerpunkt der Fragestellung darauf liegt, ob eine Intervention überhaupt wirkt, ist die Efficacy sinnvoll; für den Kliniker ist aber in aller Regel die Effectiveness, die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen, einer Pflegeintervention im Alltag entscheidender.“ (Behrens/Langer 2006: 185). Zwischen diesen beiden Gütekriterien ist im klinischen Alltag abzuwägen und Pflegefachkräfte mit wissenschaftlichem Hintergrund können sich dafür einsetzen, dass die Wirksamkeit unter Laborbedingungen (efficacy) kritisch unter den Alltagsbedingungen reflektiert wird (effectiveness). Auch von Seiten der PatientIn stellen sich viele Anforderungen der Anwendbarkeit und Zuverlässigkeit. Vielleicht fällt die PatientIn aufgrund ihrer

Demenzerkrankung zunehmend zurück in Verhaltensweisen, die in ihrer Kindheit entwickelt wurden und vielleicht wurde diese Kindheit in einem Kulturkreis verbracht, der sich von der aktuellen Lebenswelt fundamental unterscheidet. Dann kann es sein, dass die Schmerzen anders geäußert werden als vor der Demenzerkrankung. Die Schmerzwahrnehmung kann vielleicht von der PatientIn, aufgrund der kognitiven Veränderungen, gar nicht mehr zugeordnet werden und sie entwickelt herausfordernde Verhaltensweisen, die wiederum von der Pflegefachperson und den anderen behandelnden Personen nicht als Schmerzäußerungen verstanden werden können. Dieses Beispiel könnte nun noch viel weiter ausgeführt werden, zeigt aber schon in der kurzen Skizzierung, dass es bei EBN nicht einfach darauf ankommt, Wissen zu haben, sondern dieses mit Empathie, Zuwendung und Erfahrung zu kombinieren und anwenden zu können. „Vielmehr ist Evidence-based Nursing eine Methode der Verknüpfung von externer Evidence und interner Evidence im einzigartigen Einzelfall meines Klienten, bei dem eine pflegerische Entscheidung unter Unsicherheit nicht beliebig bis zur endgültigen Klärung aufgeschoben werden kann.“ (Behrens/ Langer 2006: 34). Der Entscheidungsdruck der klinischen Alltagspraxis verlangt häufig Beurteilungen und Entscheidungen im Sekundentakt. Klinische Entscheidungsprozesse lassen sich nur schwer mit den langwierigen, wissenschaftlichen Prozessen in Einklang bringen. Eine systematische, wissenschaftliche Übersichtsarbeit zu einer praxisrelevanten Fragestellung nimmt nicht selten mehrere Monate in Anspruch. So lange kann aber eine PatientIn, die beispielsweise Schmerzen hat, nicht warten. Deshalb brauchen wir einen Überblick über aktuelle Forschungsergebnisse oder zumindest das Wissen, wo wir nachsehen können, was der Stand der Forschung zu einer bestimmten, praxisrelevanten Fragestellung ist. Ggf. kann das Ergebnis einer wissenschaftlichen Recherche zeitversetzt für ähnlich gelagerte Fälle nützlich sein, auch wenn es derjenigen PatientIn, die die wissenschaftliche Recherche auslöste, nicht mehr zu gute kommen kann.

Dabei kommt es vor, dass die in der Laborsituation erprobten Verfahren angepasst und verändert werden müssen. Die Wirkungen und Nebenwirkungen sind dann nicht mehr einfach aus der recherchierten Studie abzuleiten, sondern müssen in der klinischen Situation aufmerksam beobachtet werden, um zeitnah reagieren zu können, wenn unerwünschte Wirkungen auftreten. Bei einem Erhebungsinstrument zur Erfassung von Schmerz bei demenzkranken, kognitiv eingeschränkten Menschen können beispielsweise unerwünschte Wirkungen auftreten, auch wenn nicht direkt in die Körperstrukturen eingegriffen, sondern lediglich beobachtet wird. An dieser Stelle sei auf mögliche Nebenwirkungen von Fremdeinschätzungsinstrumenten sowohl auf Seiten der PatientInnen als auch auf Seiten der Pflegefachpersonen verwiesen, die zum Beispiel im Zusammenhang mit der Anwendung einer Einschätzungsskala zur Erfassung der emotionalen Verfassung von BewohnerInnen (Observed Emotional Rating Scale) in einer Studie in der Schweiz

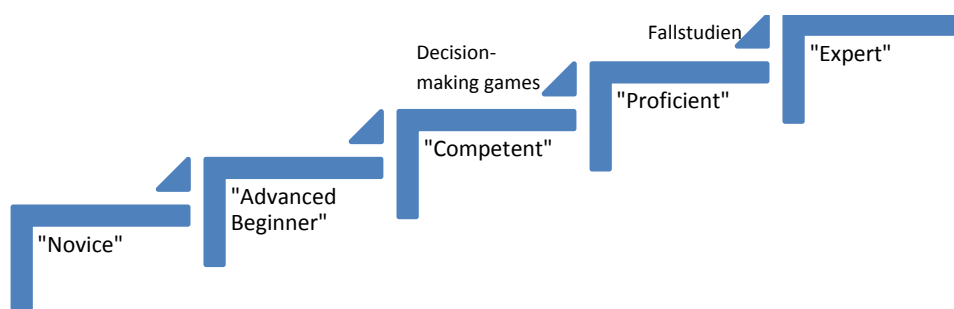
festgestellt wurden (vgl. Händler-Schuster et al. 2010). So lösten fehlende Kodiermöglichkeiten in der Bewertung bei den Pflegekräften Unzufriedenheit aus und es entstand das „Gefühl, den Beobachtungen nicht gerecht geworden zu sein“ (Händler-Schuster et al. 2010: 184). Das von den AutorInnen beschriebene Gefühl der ProbandInnen, „mehr und vielfältiger gesehen zu haben als tatsächlich mit dem Instrument festgehalten werden konnte“ kann auch als Einschränkung der Kompetenz und der Selbstbestimmung wahrgenommen werden und damit relevant für die Qualität des Arbeitslebens der Pflegefachkräfte sein (Händler-Schuster et al. 2010: 185). Es ist davon auszugehen, dass diese unerwünschten Nebeneffekte auch bei anderen standardisierten Einschätzungsverfahren auftreten können.

Mit dem **KS-EBN- Instrument (Gu et al. 2015)** beantworten die StudentInnen Fragen zu einem vorgegebenen klinischen Szenario, die sich auf die ersten drei Phasen des EBN-Prozesses beziehen, 1. Entwicklung einer Forschungsfrage 2. Suche nach wissenschaftlichen Belegen 3. Kritische Bewertung dieser Belege. Mit dem Instrument werden die ersten drei Schritte des EBN-Prozesses (Entwicklung einer Fragestellung, Recherche wissenschaftliche Studien, kritische Einschätzung der Evidence) abgebildet. Alle 10 Items mit unterschiedlichen, z.T. auch offenen Antwortformaten beziehen sich auf ein klinisches Szenario in der Gynäkologie, die Nahrungskarenz nach einer Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter). Der Fragebogen wurde bewusst im Original auf englischer Sprache belassen, weil die Englischkenntnisse ebenfalls Voraussetzung für die forschende Kompetenz sind. Ohne ausreichende Englischkenntnisse können internationale Studien, die meist auf Englisch publiziert sind und nur mit englischen Key Words identifiziert werden können, nicht gefunden und ausgewertet werden.

## **2. Kooperatives Lernen und Neukonzeption des Moduls**

Theoretisch fundiert wird die Neukonzeption des Moduls u.a. mit dem kompetenzorientierten Ansatz des 5-stufigen Modells der Kompetenzentwicklung von Patricia Benner (1982). In ihrer Abhandlung „From novice to expert“ (Benner 1982) überträgt Benner das Kompetenzmodell von Dreyfuß & Dreyfuß (1988) auf die Pflege. Vor dem Hintergrund des US-amerikanischen Ausbildungssystems ist das eher linear angelegte Modell gut nachvollziehbar und anwendbar. Das duale Ausbildungssystem in Deutschland, das berufliche Ausbildung und Studium als parallele Prozesse anlegt, erfordert jedoch eine Anpassung des Modells. Benner geht davon aus, dass sich mit zunehmender praktischer Berufserfahrung die Fähigkeit der Pflegefachperson entwickelt, Wissen und theoretisch begründete Maximen des Handelns auf den spezifischen Fall adäquat anzuwenden. Ein ganzheitliches Fallverstehen, aus dem heraus Entscheidungen getroffen und Prioritäten gesetzt werden können,

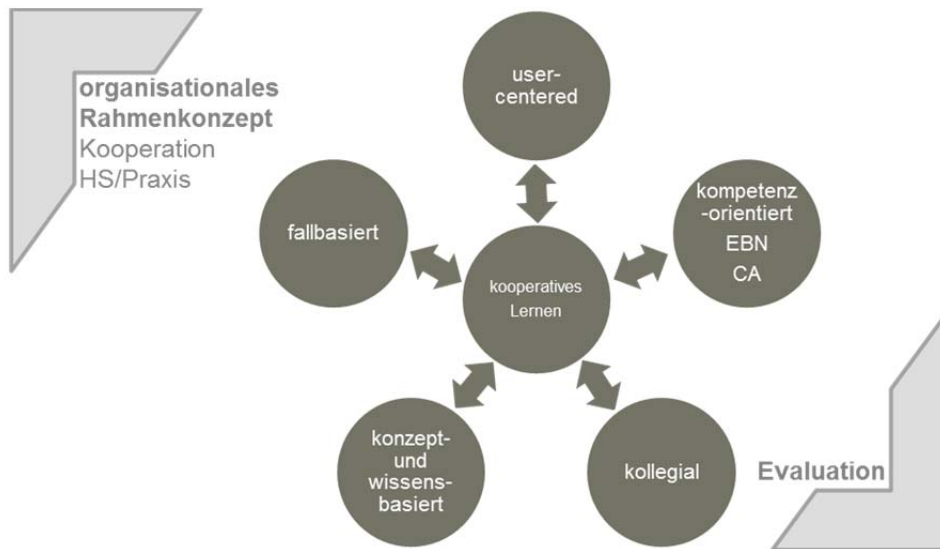
entwickelt sich mit zunehmender Berufserfahrung, indem die Pflegefachperson mit Fällen konfrontiert wird und verschiedenartige Situationen bewältigen muss. Die AnfängerIn („**Novice**“, Benner 1982: 130) verfügt über keine Berufserfahrung und wendet ihr Regelwissen für begrenzte Aufgaben eins zu eins an, ohne den Fall umfassend erfassen und einschätzen zu können. Hat sie bereits Erfahrung gesammelt und gelernt mit unterschiedlichen Situationen umzugehen, erwirbt sie die Fähigkeit, das Wissen auf verschiedene Situationen zu übertragen. Dabei muss sie sich aber auf die Theorie im Hintergrund des Handelns konzentrieren. Als fortgeschrittene AnfängerIn („**Advanced Beginner**“, Benner 1982: 130f.) tut sie sich aber noch schwer, den Fall ganzheitlich mit all seinen Facetten zu verstehen und Prioritäten zu setzen. Nach etwa zwei bis drei Berufsjahren sei nach Benner die Pflegefachperson kompetent („**Competent**“, Benner 1982: 132) und könne mit einer Reihe von Situationen umgehen. Standardisierung und Routine geben ihr aber noch Sicherheit. Sie beurteilt ihr Handeln im Hinblick auf eine langfristige Zielplanung. Simulationslernen und “decision-making games” (Benner 1982: 132) tragen in dieser Phase zur Kompetenzentwicklung bei. Die professionelle Pflegefachperson („**Proficient**“ Benner 1982: 132 f.) erfasst Pflegesituationen ganzheitlich. Handlungsmaximen bilden eine Grundlage und können in der Situation adäquat angewandt werden. Fallstudien unterstützen nach Benner in dieser Phase die Kompetenzentwicklung. Die Expertin („**Expert**“ Benner 1982: 133 f.) verfügt über eine langjährige Berufserfahrung. Entscheidungen werden aus einem vertieften Verstehen der Situation heraus getroffen. Dabei werden Situationen ganzheitlich und intuitiv erfasst und beurteilt, was ein schnelles und adäquates Handeln ermöglicht. Theoretische Kenntnisse sind verankert und werden z.T. unbewusst angewandt. Die ExpertIn verfügt über ein breites Repertoire an Lösungs- und Handlungsalternativen.



**Abbildung 1 5-stufiges Kompetenzmodell nach Patricia Benner (1982), eigen Darstellung**

Im dualen Ausbildungssystem erwerben Studierende der Pflege von Anfang an Berufserfahrung. Absolute Neulinge werden häufig komplexen, klinischen Situationen ausgesetzt. Auch wenn in der Regel keine Entscheidungen getroffen werden müssen, so geraten Novizen doch häufig in den Entscheidungsdruck, wenn eine ausgebildete und erfahrene KollegIn oder die PraxisanleiterIn nicht sofort ansprechbar ist. Kommt beispielsweise ein Student und Auszubildender der Gesundheits- und

Krankenpflege in ein Patientenzimmer, mit dem Auftrag einen Tee für die Patientin bereit zu stellen, ist dieser Auftrag zunächst scheinbar klar umgrenzt und für einen Anfänger auch ausführbar. Findet der Auszubildende die Patientin aber verzweifelt und in einer emotionalen Ausnahmesituation vor, weil vielleicht kurz vorher bei der ärztlichen Visite eine schwerwiegende Diagnose mitgeteilt wurde, kann die Situation schnell überfordernd werden. Die KollegInnen des Auszubildenden, die über kein Studium verfügen, aber jahrelange Berufserfahrung sammeln konnten, können in der Situation ggf. kompetent und souverän handeln. Dafür kann ggf. auf der anderen Seite das Wissen über Bewältigungsstrategien fehlen, vor dessen Hintergrund das Handeln reflektiert und erweitert werden kann. Studierende können Kenntnisse aus der Bewältigungsforschung haben, aber ihnen fehlt ggf. die berufliche Erfahrung, um das Wissen im Fall adäquat anwenden zu können. Studierende vertiefen sich im Studium unterschiedlich in bestimmte Themen und Fachbereiche, v.a. wenn Wahlmöglichkeiten angeboten werden. Die Planung der Praxiseinsätze entscheidet darüber, wo Auszubildende schwerpunktmäßig Berufserfahrung sammeln können. Wissenserwerb, Erkenntnisgewinn und praktische Erfahrung mit komplexen Pflegesituationen sind im dualen Ausbildungssystem parallele und zum Teil individuelle Prozesse. Sicher schafft die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung einen Rahmen, welche Fachbereiche in der praktischen Ausbildung durchlaufen und welche Inhalte gelehrt werden müssen, dennoch gibt es innerhalb dieses Rahmens Spielräume und oft auch Zwänge, die dazu führen, dass Auszubildende unterschiedliche Entwicklungen durchlaufen und unterschiedliche Kompetenzprofile ausbilden. Für die Qualität der Patientenversorgung entscheidend ist jedoch, dass zur richtigen Zeit, am richtigen Ort, in der jeweiligen Situation das notwendige Know-How und die Kompetenzen zur Verfügung stehen, die eine professionelle Falleinschätzung und Interventionsentscheidung ermöglichen. Der Skill- und Grademix ermöglicht dabei eine umfassende, ganzheitliche Sicht auf den Fall und einen verstehenden Zugang. Um aber die ganze Bandbreite an Wissen, Erfahrung und Kompetenz, welche die Pflege zu bieten hat, zum Nutzen der PatientIn einbringen zu können, müssen die KollegInnen sich in ihren jeweils individuellen Kompetenzprofilen gegenseitig akzeptieren, respektieren und in der Lage sein, sich untereinander zu verständigen. Dies kann und muss bereits in der Ausbildung und im Studium geübt werden. Dafür wurde in dem „CANDo“-Projekt ein Modell für das kooperative Lernen zwischen Pflegefachpersonen mit und ohne Studium entwickelt.



**Abbildung 2** Das „CANDO“-Modell des kooperativen Lernens

Das Konzept ist NutzerInnen zentriert (engl. **user-centered**) und wird mit den Studierenden, den involvierten PraxiskollegInnen und den Programmverantwortlichen der Klinik und der Hochschule entwickelt und evaluiert. Die PatientIn, die im Fokus des Falls steht, wird als NutzerIn ernst genommen, indem sie entweder selbst oder stellvertretend zu Wort kommt und ihre Sicht der Dinge einbringen kann. Es ist ein ganzheitlicher Ansatz, der alle Anspruchsgruppen selbstbestimmt einbezieht und die Rahmenbedingungen berücksichtigt. Lernziele sind **kompetenzorientiert**, wobei die Schlüsselkompetenzen „kulturelle Achtsamkeit“ (Cultural Awareness, CA) und Forschungskompetenz (Wissen und Kenntnisse des Evidence-based Nursing, EBN) im Mittelpunkt stehen. Der Ansatz ist **kollegial** und alle arbeiten auf Augenhöhe in gegenseitiger Anerkennung und Akzeptanz der Kompetenzunterschiede. Kollegialität bedeutet dabei auch prosoziales und sich gegenseitig unterstützendes Verhalten. Es wird **fallbasiert** und problemorientiert gearbeitet. Es werden reale Fälle aus der klinischen Praxis kollegial beraten. Es wird ein ganzheitlicher, verstehender Ansatz gewählt, der ein anwendungsorientiertes Lernen ermöglicht. Ganzheitlich bedeutet hier u.a., dass neben körperlichen und seelischen Aspekten auch die psycho-soziale Dimension sowie organisationale, wirtschaftliche, kulturelle und politische Rahmenbedingungen des Falls einbezogen werden. Die Fälle sollen so ausgewählt werden, dass Akkulturationsprozesse und kulturell geprägte Vorverständnisse in Bezug auf Gesundheit und Krankheit eine Rolle spielen. Zudem sollen aus den Fällen wissenschaftliche Fragestellungen entwickelt werden können, die beispielsweise mittels Literaturrecherche von den StudentInnen bearbeitet werden können. In die Fallberatung werden theoretisches Wissen, pflegerische Konzepte und Strukturmodelle sowie wissenschaftlich überprüftes Wissen integriert. Es wird ein **wissensbasiertes** Arbeiten angestrebt. Dabei sind beidseitig Übersetzungsleistungen erforderlich. Studierende müssen die Sprache der

Wissenschaft für die PraktikerInnen und die FachkollegInnen der klinischen Praxis müssen Praxisprobleme für die StudentInnen übersetzen. Das Lehr-Lernkonzept ist **konzeptbasiert**, d.h. pflegerische Konzepte und Phänomene stehen im Fokus der Fallberatung. Die StudentInnen beziehen pflegerische, international anerkannte und validierte Pflegeklassifikationssysteme, wie beispielsweise die NANDA-I® Pflegediagnostik ein. Ein **organisationales Rahmenkonzept** unterstützt das Lernsetting. So erfolgt eine sorgfältige Fallauswahl. Es gibt eine KoordinatorIn in der Klinik und eine Modulverantwortliche an der Hochschule, die die Seminarplanung vorausschauend übernimmt. Der räumliche und zeitliche Rahmen wird sorgfältig geplant und gewählt. Die kollegiale Fallberatung wird moderiert und in eine Struktur eingebettet. Die **Evaluation** wird partizipativ- emanzipatorisch angelegt und ermöglicht einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Dabei können alle TeilnehmerInnen des Programms ihre Rückmeldungen geben. Diese werden in der Kompetenzentwicklung berücksichtigt. Das Evaluationsprogramm wird mehrschichtig, formativ und summativ, sowie methodengestützt, standardisiert sowie interaktiv-kommunikativ, aufgesetzt. Die Kommunikation des Konzeptes und der Ergebnisse wird innerhalb und außerhalb der Klinik und der Hochschule geplant und umgesetzt.

### **Klinisch-pflegerische Fallbeurteilung**

Im Zentrum des kompetenzorientierten und kooperativen Lehr-Lernkonzeptes steht die Fallarbeit, wobei die pflegerische Falleinschätzung im Mittelpunkt stehen soll. In der klinisch-pflegerischen Fallbeurteilung, also in der Pflegediagnostik, liegt der Fokus auf der Reaktion der Person auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse und nicht auf die Krankheit selbst (Herdman 2012: 75), die Gegenstand der medizinischen Diagnostik ist. Dies erfordert eine verstehende Annäherung der Pflegefachperson an die Bedeutungen, welche die Person den Gesundheits- und Krankheitsprozessen sowie Lebensprozessen (Geburt, Erwachsen werden, Alt werden, Sterben, Tod) zuschreibt. Es gilt zu verstehen, wie die Person Gesundheit und Krankheit sowie die damit verbundenen Phänomene wahrnimmt und erlebt. In der kollegialen Fallberatung kann eine solche verstehende Annäherung an das Situationsverstehen der PatientIn geübt und kritisch reflektiert werden. Beratung in einer Peer-Group ohne Statusunterschiede, auf Augenhöhe stellt einen handlungsorientierten Lösungsprozess für berufspraktische Fragestellungen dar (Tietze 2010: 47). Dieses Format eignet sich besonders gut, um Schlüsselkompetenzen für die praktische, klinische Pflegearbeit mit der PatientIn und im Behandlungsteam aufzubauen. Zudem erfahren die FachkollegInnen Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe in klinischen Entscheidungsprozessen. Der systematische, durch die Moderation unterstützte Einbezug von anderen Perspektiven der KollegInnen, welche die als selbstverständlich angenommenen Grundannahmen und Hintergrundüberzeugungen kritisch hinterfragen, setzt bei den TeilnehmerInnen Problemlösungskompetenz, Reflexionskompetenz,



berufliche Handlungskompetenz und Sozialkompetenz voraus. Handlungsorientierte Problemlösung für die klinische Alltagspraxis mit unmittelbarem Nutzen für alle Beteiligten an dem Fall und Aktionslernen stellen dabei simultane Prozesse dar, die unmittelbar in das organisationale Lernen und in den Qualitätsentwicklungsprozess münden. Das Lernen am Fall wird von den TeilnehmerInnen der kollegialen Fallberatung nicht als künstlich aufgesetzte Schulungsmaßnahme fern ab von der Alltagspraxis erlebt. Viel mehr können theoretische Inhalte und wissenschaftliche Erkenntnisse unmittelbar auf den Fall bezogen werden. Die KollegInnen profitieren von ihrem Wissen und von ihren Erfahrungen, welche sich aus den vielfältigen, beruflichen, ausbildungs- und studiumsbezogenen Hintergründen speist. Nehmen an diesen Peer-Groups auch Pflegefachpersonen mit wissenschaftlichem Hintergrund teil, fließt ganz selbstverständlich wissenschaftlich fundiertes und überprüftes Wissen mit ein. Durch die Verknüpfung mit dem Fall können neue Inhalte nahtlos an das Bekannte angeschlossen werden und somit im Gedächtnis viel besser verankert werden, als wenn diese Inhalte losgelöst von der Lebenswelt der TeilnehmerInnen und vom Anwendungsproblem theoretisch gelehrt würden (Hattie 2009). Es findet ein Training „on the Job“ (Foidl-Dreißer et al. 2004: 295 ff.) statt, wobei zugleich die handlungsorientierte Problemlösung für den Fall im Mittelpunkt steht. Die ratsuchende und beratende KollegIn erfahren fachliche und kollegiale Unterstützung, ggf. auch Entlastung und sie lernen zugleich wechselseitig voneinander im Zuge des Beratungsprozesses. Die dafür investierte Zeit ist auch als Investition in die Personalentwicklung sowie in die Qualitäts- und Organisationsentwicklung zu sehen.

Auf der Seite der Hochschule, die mit ihren StudentInnen und DozentInnen in die Organisation kommt, finden durch den Praxisbezug ebenfalls Lern- und Entwicklungsprozesse statt. Nicht zu unterschätzen ist auch der Mehrwert für die DozentInnen und ProfessorInnen der Hochschule, die mit der kollegialen Fallberatung den Bezug zur Praxis beibehalten können, von Neuerungen in der Praxis erfahren, praxisrelevante Problemstellungen aufnehmen und in Lehre und Forschung weiter verarbeiten können.

### **Neuanlage des Moduls (Intervention)**

Das Modul „Lebenslauforientierte Pflegekonzepte“ (7. Semester) wird mit zwei Schwerpunkten, Kurs A: Kinder und Jugendliche sowie Kurs B: Erwachsene und alte Menschen, angeboten, die von den StudentInnen gewählt werden können. Im Modulhandbuch werden folgende Inhalte als verbindlich beschrieben:

- medizinische und sonstige humanwissenschaftliche Erkenntnisse zu ausgewählten, lebenslaufspezifischen, somatischen oder psychischen Erkrankungen
- spezielle Probleme, Pflege und Versorgung auch von (Schwer)kranken und

- Schwerstpflegebedürftigen
- Relevanz, Möglichkeiten und Grenzen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer
- Ansätze bei ausgewählten Erkrankungen
- Anwendung ausgewählter Klassifikationen und Assessmentverfahren
- Möglichkeiten ressourcenfördernder Pflege und Betreuung bei allgemeinen und speziellen Problemlagen in verschiedenen Settings
- Rolle, Aufgaben, Bedeutung und Belastung pflegender Angehöriger
- Aufgaben und Selbstverständnis der Pflegenden

Für den Kompetenzerwerb der Studierenden werden folgende Ziele angestrebt:

Die Studierenden

- haben ihre Kenntnisse zur lebenslaufspezifischen Lebenssituation und daraus resultierenden Unterstützungsanforderungen reflektiert
- haben ihr Wissen zu ausgewählten somatischen und psychischen Gesundheitsproblemen im Lebenslauf fallbasiert vertieft und sich die notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen zu deren Verständnis erschlossen
- haben ihr Wissen zu ausgewählten Klassifikationen und Assessmentverfahren vertieft und sind in der Lage diese fallbasiert anzuwenden
- haben individuelle und soziale Konsequenzen aus den ausgewählten Gesundheitsproblemen reflektiert und damit einhergehende Bewältigungsanforderungen auf unterschiedlichen Ebenen identifiziert
- sind in der Lage, die Relevanz, Möglichkeiten und Grenzen präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Strategien und Interventionen einzuschätzen und darauf aufbauend angemessene Pflegekonzepte für die Gestaltung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung und Pflege zu entwickeln. (Hochschule München 2013, Dualer Bachelorstudiengang Pflege, Studienplan und Modulhandbuch, S. 45-46)

Bei der didaktischen Umsetzung überwiegen bisher der seminaristische Unterricht ergänzt durch Referate der Studierenden zu den vorgegebenen Inhalten des Studienplans. Dabei wurden lebenslaufspezifische Krankheitsbilder und Pflegephänomene vorgestellt und besprochen. Die Lehre fand an der Hochschule im Seminarraum überwiegend in Präsenz statt. Teilweise wurde sie durch E-learning Einheiten ergänzt (Blended-Learning).

Die Neukonzeption sah in der 1. Pilotphase neben einem theoretischen Einführungsblock (Einführung in die Methodik der kollegialen Fallberatung und in das Klassifikationssystem) u.a. vor, dass Fälle, welche die dual Studierenden aus ihrer Praxis in das Seminar einbringen, anonymisiert an der Hochschule beraten werden. Neu ist nun die Konzeption als kollegiale Fallberatung, bei der die StudentInnen reale Fälle aus der klinischen Praxis anonymisiert mit BerufskollegInnen ohne Studium in der Klinik besprechen, einschätzen und Vorschläge für Interventionen entwickeln. Im Mittelpunkt steht das pflege- und lebenslaufspezifische Assessment und die pflegerische Beurteilung des Falls (Pflegediagnostik) unter Anwendung international anerkannter Klassifikationssysteme (z.B. NANDA-I®, ICF), um den Handlungsbedarf systematisch ermitteln und begründen zu können. Um die kulturelle Achtsamkeit zu erhöhen, werden gezielt Fälle ausgewählt, bei denen die PatientInnen z.B. aufgrund von Migrationshintergründen unterschiedlich kulturell geprägte Vorverständnisse in Bezug auf Gesundheits- und Krankheitsprozesse in die Pflegesituation mitbringen. Zudem erfolgt mindestens ein Gastvortrag einer Referentin mit beruflicher Pflegeerfahrung in einem anderen Land als Deutschland. Dies kann auch durch ein Lehrvideo ersetzt werden. In der zweiten Phase (WS 2016/17) wird das Seminar nach dem theoretischen Einführungsblock von der Hochschule in das kooperierende Klinikum verlegt. Die StudentInnen treffen sich mit FachkollegInnen der Klinik, um aktuelle Fälle in einem Konferenzraum kollegial zu beraten.

Die **kollegiale Fallberatung** ist eine nach bestimmten Regeln verlaufende gegenseitige Beratung von Fachkräften bei ihren berufsspezifischen Handlungen mit dem Ziel der Problemlösung. Die wesentlichen Prinzipien der so verstandenen kollegialen Beratung lassen sich sehr gut auf den Pflegeprozess anwenden. Dabei muss es sich nicht unbedingt um eine Kollegengruppe aus einem Team oder einer Institution handeln; es können sich auch Gruppen bilden, deren Mitglieder zum Beispiel aus verschiedenen Institutionen desselben Arbeitsfeldes kommen. Wichtig ist die Statusgleichheit der Mitglieder der Peer-Gruppe, vor allem in Bezug auf deren Über- und Unterordnungsverhältnisse in der Linie der Organisation. Solche Beratungen finden unter KollegInnen auch spontan statt, ohne dass diese als kollegiale Fallberatung benannt und institutionalisiert wären. Häufig werden diese Beratungssituationen von den KollegInnen gar nicht als solche verstanden oder bewusst reflektiert, können aber sehr hilfreich und lehrreich sein. Die bewusst durchgeführte und ggf. auch institutionalisierte, in die organisationalen Strukturen integrierte, kollegiale Beratung zeichnet sich u.a. durch folgende Kennzeichen aus (keine abschließende Aufzählung):

- bewusst gestaltete Rahmenbedingungen (z.B. Rückzugsraum, Einplanung in die Besprechungsstruktur)
- Moderation

- Fallauswahl nach bestimmten Kriterien
- Rollenmix und Transformation
- Dokumentation, Ergebnissicherung und Implementierung
- Evaluation

Es geht in der kollegialen Fallberatung um die Gestaltung eines gemeinsamen und partnerschaftlichen Problemlösungsprozesses, bei dem die Problemstellung zunächst erörtert und der Fall beurteilt wird. Durch die unterschiedlichen Perspektiven, beruflichen Wissens- und Erfahrungshintergründe sowie die diversen Schwerpunkte der beratenden KollegInnen kann der zur Diskussion stehende Fall in seiner Komplexität neu entfaltet und schließlich fundierter beurteilt werden. Es werden mögliche Handlungsalternativen und ihre Folgen unter Ausschöpfung des Fundus an beruflichen Handlungsmöglichkeiten der beratenden KollegInnen diskutiert. Die Entscheidung, welche Beurteilung und welche Handlungsempfehlung schließlich in den weiteren Prozess umgesetzt werden, trifft die ratsuchende KollegIn ggf. mit ihrem Team, das für den Fall in der beruflichen Praxis verantwortlich ist. Bei der Beratung muss nicht immer ein Problem im Mittelpunkt stehen. Es kann auch um Fälle gehen, die auf andere Art und Weise für die KollegIn von Bedeutung sind. Ggf. war die Falleinschätzung schwierig und hat zu invasiven Maßnahmen geführt. Dann kann es der ratsuchenden KollegIn ein Bedürfnis sein, die Falleinschätzung mit KollegInnen zu reflektieren, um sich zu entlasten und um für ähnlich gelagerte Fälle proaktiv Lösungen zu entwickeln. Die Fallauswahl erfolgt im „CANDo“-Projekt nach der Priorität und nach den Bedürfnissen der klinischen KollegInnen und nach den Anforderungen der Studierenden, die ihre transkulturelle und forschende Kompetenz ausbilden sollen. Die Rollen, Fall ErzählerIn (ratsuchende KollegIn), ModeratorIn, beratende KollegIn und ProtokollantIn (KollegIn, die die Ergebnisse dokumentiert) müssen einerseits zuvor festgelegt werden, andererseits muss auch die Möglichkeit bestehen, die Rollen zu wechseln (Rollentransformation). Der Rollenwechsel trägt zum Erhalt der Statusgleichheit bei. Hilfreich ist auch die Prozessbeobachtung, die von einer Person übernommen werden sollte, die sich räumlich sichtbar (sitzt abseits der Gruppe) und gedanklich außerhalb des inhaltlichen Beratungsprozesses befindet. Die ProzessbeobachterIn beschreibt und reflektiert auf einer Metaebene den Beratungs-, Lösungs- und gruppenspezifischen Prozess. Dabei sollen auch Wechselwirkungen zwischen diesen Prozessen und der inhaltlichen Arbeit am Fall beobachtet und analysiert werden.

Der kollegialen Fallberatung liegt ein systemtheoretisches Verständnis vom „Fall“ als Interaktionsprozess zwischen KlientInnen- und Hilfesystem zugrunde. Das Subjekt der Pflegediagnose (Individuum, Familie, Gruppe, Gemeinwesen) wird ausgeweitet auf das primäre, professionelle und sozialstaatliche Hilfesystem. Der „Fall“ im professionellen und pflegewissenschaftlichen Sinne ist

somit viel mehr als der Patient bzw. die Person in ihrer gesundheitsrelevanten Situation. Der Fall wird zum Fall (Heiner 2012) durch die spezifische Wahrnehmung der handelnden Personen dieser Situation (im Zusammenhang mit der Bedeutung von Gesundheit und Krankheit) und durch eine zielgerichtete Analyse der Situation mit dem Ziel der Fallbeurteilung und der Entscheidung über den Handlungsbedarf. Der Begriff des „Falls“ im systemtheoretischen Sinne lässt die Personen, die hinter dem Fall stehen, als handelnde Subjekte mit eigenen Bedeutungssystemen in ihrer Würde, ihrer Einzigartigkeit und in ihrem Menschsein bestehen und entwickeln. Der so verstandene „Fall“ ist keine Objektivierung, sondern bindet die Sichtweisen der Personen und ihre Bedeutungszuschreibungen zur Situation systematisch ein. Ein Fall kristallisiert sich heraus, indem ein Akteur, der unter bestimmten Umständen gehandelt hat, über den Fall berichtet. Dieser Kontext kann sich ändern und mit ihm der Fall anders gesehen werden. Professionelles Fallverstehen bedeutet, dass die Entstehungsgeschichte und die Handlungsbedingungen des Falls rekonstruiert und reflektiert werden. Aus welcher Perspektive sehen die handelnden Personen den Fall, welche Bedeutung hat die Situation für die handelnden Personen und warum berichten die Personen in einer bestimmten Art und Weise über den Fall? Dabei lassen sich nach Heiner (2012) Fälle erster, zweiter und dritter Ordnung unterscheiden. Beim Fall erster Ordnung wird aus einem Handlungszusammenhang oder wie Heiner sagt, aus einem „Ereignisstrom“ (Heiner 2012: 202), eine bestimmte Sequenz herausgenommen und erfährt eine besondere Aufmerksamkeit. Die Aufmerksamkeit ergibt sich dabei häufig aus dem Handlungszwang und aus Abweichungen vom „Normalfall“ der klinischen Praxis, wenn beispielsweise routinierte Verhaltensweisen nicht zum Ziel führen oder sich Menschen unerwartet, für die anderen Beteiligten nicht verstehbar oder gar herausfordernd, verhalten. Wenn ein Patient mit der gleichen Symptomatik immer wieder akut ins Krankenhaus eingewiesen wird und nach einer Lösung für den Drehtüreffekt gesucht wird, kann beispielsweise ein zu beratender Fall entstehen, der ggf. zunächst aus der Perspektive der ratsuchenden Pflegefachperson erzählt wird. Bei einem Fall zweiter Ordnung wird der Handlungssequenz von der BerichterstatteIn bzw. Fall ErzählerIn eine Bedeutung zugeschrieben. Den beratenden KollegInnen muss bewusst sein, dass in dem Moment, in dem eine KollegIn von einem Fall berichtet und eine Frage zu dem Fall stellt, sie bereits ihre Interpretation und ihre Sichtweise in den Fall hineinlegt. Diese Interpretation und Bedeutungszuschreibung gilt es zunächst zu reflektieren und bewusst zu machen. Die Sichtweise der PatientIn ist hierbei mit besonderer Sorgfalt einzubeziehen, weil es den PatientInnen aufgrund ihrer Pflege- und Hilfebedürftigkeit und aufgrund des Versorgungsprozesses (mit geringen Verweildauern im Akutkrankenhaus) gar nicht oder nur eingeschränkt möglich ist, über seine bzw. ihre Sicht der Dinge zu berichten und ihre Anliegen zu vertreten. Was die Pflegefachperson durch ihre professionelle Brille als Drehtüreffekt sieht, bedeutet für die PatientIn ggf. eine große Überwindung, sich dem Behandlungsteam anzuvertrauen und sich den Krankenhausstrukturen und Abläufen

anzupassen. Häufig liegt schon in diesem Prozess der Spiegelung, in dem die beratenden KollegInnen der ratsuchenden KollegIn vor Augen führen, welche Bedeutungen sie dem Fall beimisst, die Lösung. Daraus entwickelt sich dann der Fall dritter Ordnung. Die BeobachterIn des Falls beobachtet sich selbst – oder die BerichterstatterIn – wie sie den Fall definiert und wie sie dazu kommt, das Bedeutsame des Falls hervorzuheben. Besonders wertvoll ist dabei, ggf. unterstützt durch eine szenische Darstellung und Simulation, wenn die KollegInnen stellvertretend für die anderen Akteure (die PatientIn, die behandelnde ÄrztIn etc.) die Perspektive einnehmen und ggf. auch dramaturgisch in der Phase der Identifikation darstellen.

Die Lösungsentwicklung erfolgt durch die ratsuchende KollegIn selbst, die stets ExpertIn ihres Falles bleibt, den Prozess steuert und abschließend die Entscheidung hinsichtlich Beurteilung des Falls und Handlungsnotwendigkeit zusammen mit dem Behandlungsteam, das für den Fall in der klinischen Praxis verantwortlich ist, trifft. Dabei muss die ratsuchende KollegIn ihr weiterentwickeltes Verständnis von dem Fall erst einmal in das Team hineintragen und übersetzen. Der Prozess sieht auch eine Evaluation im Sinne einer Auswertung und Erfolgskontrolle vor, bei der die ratsuchende KollegIn abschließend bewertet, inwiefern die Beratung hilfreich und handlungsleitend war. Kollegiale Beratung basiert auf den in einem Kollegenkreis vorhandenen Kompetenzen zur Lösung fachlicher, berufsbezogener Probleme wie auch zur Gestaltung eines gemeinsamen und partnerschaftlichen Problemlösungsprozesses. Im Gegensatz zur Praxisberatung und Supervision werden die dort üblicherweise dem Praxisberater beziehungsweise Supervisor zugeteilten Funktionen jedem einzelnen Mitglied der Gruppe zugewiesen. Hierarchische Strukturen sollen in der kollegialen Beratung ausdrücklich vermieden werden. Es ist eine demokratische Methode, bei der die Pflegefachpersonen, die unmittelbar mit den PatientInnen arbeiten, im Mittelpunkt stehen und ermächtigt werden. Alle TeilnehmerInnen, die ratsuchende KollegIn, die beratenden KollegInnen und die Moderatorin sitzen auf Augenhöhe am Konferenztisch, wobei die FallerzählerIn bzw. ratsuchende KollegIn den Vorsitz übernimmt, indem sie beispielsweise bestimmt, wann ihre Beratungsfrage ausreichend bearbeitet wurde und welches Ergebnis der Beratung sie mit in die klinische Praxis nimmt. Nun zum spezifischen Setting der kollegialen Beratung in dem kooperativen Lehr-Lern-Konzept: Die StudentInnen haben alle im 6. Semester ihre parallel zum Studium geleistete Berufsausbildung zur Gesundheits- und (Kinder-)KrankenpflegerIn absolviert und setzen das Studium nun im 7. Semester fort, um den akademischen Titel „B.Sc.“ zu erlangen. Die Regelstudienzeit beträgt 9 Semester. In der Regel sind die StudentInnen schon in den Beruf in verschiedenen Settings eingemündet und bringen dadurch erste Praxiserfahrungen mit, die für den Beratungsprozess hilfreich sein können. Das Seminar wurde in der zweiten Pilotphase von der Hochschule in die Klinik verlegt. Dies soll schon durch die räumliche Situation symbolisieren, dass die StudentInnen

zusammen mit der Kursleitung, einer hauptamtlichen Professorin, sich auf die Praxis im Sinne eines Dialogs zubewegen. Die klinische Praxis erhält damit einen hohen Stellenwert, ebenso die KollegInnen, die aus ihrer beruflichen Praxis Fälle in die Fallkonferenz hineintragen und sich damit dem Gremium anvertrauen. Organisatorisch ist dem höheren Handlungs- und Zeitdruck der PraktikerInnen Rechnung zu tragen, was nicht bedeuten soll, dass die StudentInnen und DozentInnen nicht ebenfalls unter Zwängen stehen. Wenn die Fallberatung in der Klinik stattfindet, können PatientInnen ggf. einbezogen werden, Patientenvisiten und Befragungen stattfinden oder zusätzliche Dokumente eingesehen werden, was u.a. die Einhaltung entsprechender Hygiene- und Datenschutzbestimmungen verlangt. Auch die Kontaktaufnahme mit einzelnen VertreterInnen des interdisziplinären Teams ist möglich. Eine Moderation ist erforderlich und sollte von einer dritten Person übernommen werden, um folgende wichtigen, theoriegestützten Prinzipien einzuhalten (keine abschließende Aufzählung):

- Die theoretisch fundierte, fallanalytische und fallverstehende Methode ist analytisch differenziert und pragmatisch handlungsorientiert durchzuführen.
- Eine Bewertung des Verhaltens der in den Fall involvierten Personen steht den kollegialen BeraterInnen nicht zu.
- Die Komplexität des Falls ist zu bewahren, muss aber im Verlauf des Beratungsprozesses handlungsleitend reduziert werden.
- Demokratische Kommunikation und Interaktion sowie partizipative Entscheidungsprozesse über das Vorgehen in der Beratung sind zu gewährleisten.
- Die fachliche Eigenständigkeit der Pflege ist zu bewahren und zu fördern.
- Die Balance zwischen offenem und verstehendem sowie beurteilendem Zugang zum Fall ist zu halten.
- Alle Ebenen des Pflegeprozesses, insbesondere auch der Beziehungs- und Aushandlungsprozess mit der PatientIn, sind einzubeziehen.
- Der fachliche Beratungs- und Entscheidungsprozess ist von der ratsuchenden Kollegin, FallerzählerIn zu steuern. Die beratenden KollegInnen fungieren konsiliarisch und unterstützend.

Im „CANDo“-Projekt kamen die „FallerzählerInnen“ aus den verschiedenen Fachabteilungen des Klinikums Schwabing. Die kollegialen BeraterInnen sind StudentInnen der Pflegewissenschaft (B.Sc.) der Hochschule München. Die Moderation übernahmen eine Pflegewissenschaftlerin, die eine Stabsstelle der Pflegedirektion in der Klinik bekleidet, für die Gruppe A und die Professorin, die für das Modul an der Hochschule verantwortlich ist, für die Gruppe B. Die Statusgleichheit der TeilnehmerInnen war insofern gegeben, da es keine Über-Unterordnungsverhältnisse in Bezug auf

die Linienorganisation der Klinik gab. Den Statusunterschied der beiden Moderatorinnen der kollegialen Fallberatung in Bezug auf die fachliche Qualifikation galt es auszugleichen. Die Rolle der ModeratorInnen, die zugleich als Prüferinnen in dem Modul für die StudentInnen fungierten, ist kritisch zu sehen, war aber organisatorisch nicht zu vermeiden. Durch die demokratische Sitzordnung und Gesprächskultur konnte ein gewisser Ausgleich geschaffen werden.

**Die Fälle mussten folgende grundsätzlichen Kriterien erfüllen:**

- Lebenslaufspezifische Fallkonstellation je nach Schwerpunkt der Studiengruppe (Erwachsene / ältere Erwachsene und Kinder / Jugendliche)
- Nach Möglichkeit ein kulturspezifischer Hintergrund auf Seiten der PatientIn, ihrer Angehörigen oder auf Seiten des Behandlungs- bzw. Pflorgeteams
- Beratungsfrage oder Anliegen der Fall ErzählerIn mit Schwerpunkt in der pflegerischen Einschätzung und Beurteilung des Falls.

Damit sollte gewährleistet werden, dass der Fall, Anforderungen sowohl an die kulturelle Achtsamkeit als auch an die forschende Kompetenz der Studierenden stellt. Außerdem sollten die Fälle je nach Schwerpunkt des Moduls ausgewählt werden, sodass lebenslaufspezifische Lebenslagen, Krankheiten und Pflegephänomene bearbeitet werden können.

Der idealtypische und modellhafte Ablauf der kollegialen Fallberatung stellt sich in der Praxis komplexer dar. Die einzelnen, in der Literatur beschriebenen Prozessschritte, Fallvorstellung, Hypothesen, Beratungsfrage, Verständnisfragen, Identifikationsrunde, Überprüfung der Hypothesen, Priorisierung, Reflexion und ihre zeitliche Dauer überlappen sich teilweise. Es gibt Rückkoppelungsschleifen und parallele Prozesse. Die Moderation muss zwischen Struktur und Freiräume für den jeweils individuellen Beratungsprozess balancieren. Die Vielschichtigkeit des Falls kann nur aufgedeckt werden, wenn die Moderation dafür sorgt, dass alle KollegInnen gleichberechtigt und ausgewogen ihre Fragen und Beiträge einbringen können. Dabei beziehen sich zu Beginn der Beratung die Fragen auf unterschiedliche Dimensionen bzw. gesundheitliche Verhaltensmuster („functional health patterns“ nach Gordon 1998, S. XIIIf., S. 15ff.) und auf relevante Konzepte. Nach der Fallvorstellung müssen ggf. das pflegerische Assessment vertieft und die Daten validiert werden. Dieser Prozess der Sondierung in der frühen Phase der Beratung eröffnet die ganze Vielschichtigkeit des Falles. Die Moderation kann hier unterstützen, dass kein relevanter Bereich vernachlässigt wird. Für die ratsuchende KollegIn kann diese Phase schwer auszuhalten sein, da sich zunächst die Komplexität des Falls weiter erhöht und zusätzliche Fragen auftauchen. Die ratsuchende Person tritt schließlich in den Prozess ein, um zu einer handlungsorientierten Antwort ihrer



Beratungsfrage zu gelangen und scheut eine weitere Verkomplizierung des Falls. Häufig verläuft die Beratung aber so, dass der Prozess des Assessments erneut aufgerollt wird, um sich als außenstehende BeraterIn ein umfassendes Bild von dem Fall machen zu können. Hier ist es hilfreich, wenn die Moderation auf der Metaebene den Prozess reflektiert und veranschaulicht, warum die Phase der „Verständnisfragen“, die häufig in ein erneutes Assessment mündet, so wichtig ist, um den Fall zu verstehen. Rückfragen zum Verständnis und zur Anregung der Reflexion sind erlaubt, jedoch möglichst keine Interpretation. Diese ist der KollegIn, die den Fall einbringt, vorbehalten. Wenn es der Beratung zuträglich ist, können Hypothesen über die Problemursachen oder über die Fallbeurteilung z.B. in Form von möglichen Pflegediagnosen von den beratenden KollegInnen eingebracht werden. Dabei sind unterschiedliche Quellen (u.a. Arztbrief, Pflegeüberleitungsbogen, Pflegeplanung, Bericht der ratsuchenden KollegIn, Aussagen der PatientIn, Gespräch mit involvierten Professionen z. B. Hausarzt/Ärztin, TherapeutIn und Bezugspersonen sowie Dokumentationsanalyse) hinzuzuziehen. Theorie und Praxis werden empirisch-analytisch und kommunikativ-interaktiv integriert. Dem Bedürfnis der ratsuchenden KollegIn, die Komplexität des Falls zu reduzieren und zu einer handlungsleitenden Einschätzung zu kommen, muss Rechnung getragen werden. Hier ist die Moderation gefragt, das Assessment in den diagnostischen Prozess und schließlich in die Priorisierung der pflegerischen Einschätzung münden zu lassen. Die Pflegediagnostik, als Prozess und nicht als eine bestimmte Nomenklatur verstanden, kann hier sehr hilfreich sein. Diagnostik verdichtet Informationen zu Hypothesen über die Beurteilung der Situation, die schließlich systematisch geprüft und priorisiert werden. Damit wird die Komplexität des Falls auf Grundlage eines fundierten, pflegerischen Assessments systematisch reduziert, ohne wichtige Dimensionen zu vernachlässigen oder gar den Fall unzulässig zu trivialisieren. Der durch die Arbeitsverdichtung entstehende Handlungsdruck in der Praxis birgt aber gerade die Gefahr der unzulässigen Verkürzung und Trivialisierung des Falls, um handlungsfähig zu bleiben. Dabei werden Situationen eingeschätzt und beurteilt, jedoch häufig ohne Überprüfung der Gültigkeit und Nachvollziehbarkeit dieser Beurteilung, die zur Entscheidung für bestimmte Interventionen und Verhaltensweisen führen. Die Frage ist also nicht, ob wir diagnostizieren, denn wir tun es in der Alltagspraxis am laufenden Band. Die Frage ist vielmehr, *wie* wir diagnostizieren und ob unsere Beurteilungen der Patientensituation valide, d.h. gültig und überprüft sind. Vor dem Hintergrund der z.T. schwerwiegenden Folgen solcher Beurteilungen und Entscheidungen ist die Frage nach deren Gültigkeit und Zuverlässigkeit legitim und obligat. In einem Fall wurde beispielsweise darüber entschieden, wie und an welchem Ort ein Patient mit schwerer Alkoholabhängigkeit stirbt. In einem anderen Fall wurde darüber entschieden, ob die Patientin wieder nach Hause entlassen wird oder in ein Pflegeheim als dauerhaften Wohn- und Lebensort verlegt wird. Allein der sehr kleine Ausschnitt aus der Gemengelage aller Fälle zeigt, wie

existenziell bedeutungsvoll klinische Entscheidungsprozesse sind. Deshalb haben sie es verdient, genauer beleuchtet zu werden.

Für die Beurteilung ähnlich gelagerter Fälle und für die Qualitätsentwicklung entsteht in der kollegialen Fallberatung ein Fundus über Praxis-Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten. Wird die Fallberatung mit Evidence-Basierung verknüpft und zu dem Fall wissenschaftliche Fragestellungen bearbeitet, entwickelt sich zudem ein Fundus an Wissensbeständen zu relevanten Phänomenen und Fragestellungen, die mit dem Fall verbunden sind. Beispielsweise ergab sich bei einem Fall die Frage, wie eigentlich der Sterbeprozess bei einem schwer alkoholkranken Menschen mit hepatorenalem Syndrom verläuft, um eine entsprechende pflegerische Sterbebegleitung anbieten zu können. Es können auch Fragestellungen für die angewandte Pflegeforschung entwickelt werden, sollte die wissenschaftliche Recherche, wie in diesem Fall, einen Forschungsbedarf identifizieren. Die Anknüpfung identifizierter Wissensbestände an den Fall trägt wesentlich zur Evidence-basierten Praxis bei, ohne die Praxis mit künstlichen und abstrakten Theorien und Erkenntnissen zu belasten. Gleichzeitig wird ggf. die Neugierde auf das wissenschaftlich fundierte Wissen geweckt und die PraktikerInnen wenden sich der Pflegeforschung ganz selbstverständlich aus dem Entscheidungs- und Handlungsdruck zu. Dem Druck kann ein Erkenntnisinteresse folgen, das aus der Motivation, für den Fall eine Lösung zu finden, erwächst. Wissenschaftliche Erkenntnisse kommen somit der PatientIn unmittelbar zu Gute und PatientInnen in ähnlich gelagerten Situationen können in der Folge profitieren. StudentInnen der Pflegewissenschaft in anwendungsorientierten und dualen Studiengängen sind in besonderer Weise dafür prädestiniert, diese Transferleistungen zwischen Forschung und Praxis zu befördern. Dabei können die TeilnehmerInnen Schlüsselkompetenzen entwickeln. Wichtige Kompetenzen für das Fallverstehen, die durch die kollegiale Fallberatung entwickelt werden können, sind nach Heiner (2012):

- Planungs- und Analysekompetenz
- Interaktions- und Kommunikationskompetenz
- Reflexions- und Evaluationskompetenz.

Durch die Schwerpunktsetzung auf die Evidencebasierung und kulturellen Hintergründe des Falls im „CANDo“-Projekt, können die StudentInnen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten der evidencebasierten Praxis und ihre interkulturelle Kompetenz bzw. ihre Achtsamkeit gegenüber kulturell beeinflussten Einschätzungen des Falls entwickeln.

### 3. Fragestellung und erkenntnisleitendes Interesse

Die Fragestellungen und Erkenntnisse der Literatur in Bezug auf die Kompetenzentwicklung beziehen sich meist entweder auf die Pflegefachpersonen in der klinischen Praxis oder auf die StudentInnen. Forschungsbedarf besteht bei der Evaluation von didaktischen Konzepten, die die klinische Praxis integrieren und sich auf kollegiale Beratungsansätze zwischen Pflegefachpersonen mit und ohne akademischen Hintergrund beziehen. Die Begleitstudie dient in erster Linie der Evaluation der Konzeption des Moduls, sowohl der organisatorischen Rahmenbedingungen, des Formats, als auch des didaktischen Konzeptes. Im Mittelpunkt der Evaluation steht die Frage, wie sich die Kompetenzen, kulturelle Achtsamkeit und die Kenntnisse und Fähigkeiten des EBN, der StudentInnen durch die Modulkonzeption entwickeln. Dabei interessiert der Vorher-Nachher-Vergleich, der im Rahmen des Prä-Posttestdesigns abgebildet wird. Zugrunde liegt die Annahme, dass durch das spezifische Format und die didaktische sowie die inhaltliche Ausrichtung des Moduls die Kompetenzen verbessert werden.

Ein weiterer Fokus liegt auf der Wahrnehmung des Programms durch die externen TeilnehmerInnen, die als Pflegefachpersonen und PraktikerInnen Fälle aus der Klinik in das Seminar hineintragen und beraten lassen, jedoch keine eingeschriebenen StudentInnen sind. Sie sind Teil des Lernprogramms und zugleich Lernende ohne, dass sie der Organisation Hochschule angehören müssen. Das Format sieht in der zweiten Pilotierung vor, dass sich Hochschule und Praxis treffen, somit zwei Lebens- und Lernwelten aufeinandertreffen. Die zum großen Teil in der Literatur belegten förderlichen und hinderlichen Faktoren der kollegialen Fallberatung können als Vorannahmen dienen und vermitteln eine gewisse „Vertrautheit“ (Helfferich 2011: 24), die als Kategorienschema zunächst deduktiv an das Material angelegt wird. Programmverantwortliche in der Lehre meinen zu wissen, wie die Studierenden und andere an der Lehre Beteiligten, in diesem Fall die Pflegefachpersonen der klinischen Praxis, das Lehrangebot wahrnehmen. Es bleibt aber stets eine Differenz zwischen dem, was die Lehrenden der Wissenschafts- und Hochschulwelt annehmen und dem, was die dual Studierenden und PraktikerInnen tatsächlich erleben. Diese Differenz stellt eine „Fremdheit“ (Helfferich 2011: 24) dar, der sich die Programmverantwortlichen und die EvaluatorInnen bewusst sein müssen. Die unmittelbaren und mittelbaren TeilnehmerInnen an Lehr-/Lernprogrammen haben eigene Alltagstheorien und Wirklichkeitskonzepte, an die es sich anzunähern lohnt, um das Lernangebot, und im Fall des „CANDO“-Projektes auch das Beratungsangebot, an die Lebens- und Arbeitswelt der RezipientInnen anzuschließen. Dabei wird der Ansatz der partizipativ-emanzipatorischen Evaluation zugrunde gelegt, der die von dem Lehr-/Lernprogramm mittelbar und unmittelbar betroffenen und die mit der wenigsten Macht ausgestatteten Personen in den

Mittelpunkt stellt. Das bedingt eine Offenheit der Programmverantwortlichen für Perspektiven und Deutungen, die völlig unerwartet und fremd erscheinen können und die Toleranz gegenüber der schmerzlichen Erfahrung, dass das oft gut gemeinte und mit hohem Aufwand konzipierte Lernangebot vielleicht doch nicht den Effekt hat, der erwünscht und erwartet war. Das erkenntnisleitende Interesse besteht somit darin, aus der Perspektive der Pflegefachpersonen zu verstehen, was sie an dem Angebot als förderlich oder hinderlich in der kollegialen Fallberatung erleben. Damit sollen die freiwilligen, externen TeilnehmerInnen als Mitglieder einer Lerngruppe ernst- und angenommen werden und an dem Erkenntnisprozess aktiv teilnehmen können, indem dieser an ihren Anforderungen ausgerichtet wird. Dies erfordert einen qualitativen Ansatz, sodass die Evaluation mit einem Methodenmix erfolgt.

Sicherlich könnte diese Perspektive auch für die Studierenden und andere Anspruchsgruppen, wie beispielsweise die Leitungspersonen der Klinik, ausgeweitet werden, jedoch musste die Evaluation angesichts der zur Verfügung stehenden Mittel beschränkt werden. Dabei wurden zunächst die unmittelbaren Akteure der Fallberatung und einzelne Aspekte in den Blick genommen.

Die Grundannahmen dabei sind:

- Es gibt Faktoren, die von den KollegInnen der klinischen Praxis bei der kollegialen Fallberatung als förderlich wahrgenommen werden und die den Beratungsprozess sowie die Lösungsentwicklung unterstützen.
- Es gibt Faktoren, die von den KollegInnen der klinischen Praxis bei der kollegialen Fallberatung als hinderlich wahrgenommen werden und die den Beratungsprozess sowie die Lösungsentwicklung behindern.
- Es gibt Einflussfaktoren mit unspezifischer Wirkung.

Das Herausarbeiten förderlicher und hinderlicher Faktoren in der Fokusgruppendifkussion kann dazu beitragen, das didaktische Konzept weiterzuentwickeln, sodass der Nutzen für die Praxis steigt. Es können durch die induktive Kategorienentwicklung neue Erkenntnisse über Einflussfaktoren gewonnen werden. Für die Praktikabilität des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes und für die Motivation der PraxiskollegInnen ist es wichtig, bei der Konzeptentwicklung diese Faktoren zu berücksichtigen.

## **4. Methode und Durchführung**

Es handelt sich um ein Mixed-Method Design mit einer mehrstufig angelegten Pilotierung. In der ersten Pilotphase (Wintersemester 2015/16) wurden das Studiendesign und das Instrumentarium angelegt. Die ins Deutsche übersetzte Skala zur Erhebung der kulturellen Achtsamkeit wurde getestet. In der zweiten Pilotphase wurde die das Studiendesign der Begleitstudie zur Evaluation des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes in einer Kohorte des dualen Studiengangs Pflege an der Hochschule München komplett umgesetzt. Im quantitativen, empirisch-analytischen Teil wird in einem Prä-Posttest die Kompetenzentwicklung in beiden Kompetenzbereichen, forschende und interkulturelle Kompetenz, gemessen. Dabei wird die Effektivität des Konzeptes im Hinblick auf die Kompetenzverbesserung bei den Studierenden überprüft. Im qualitativen Teil erfolgt mittels leitfadengestützter Fokusgruppendifkussion und inhaltsanalytischer Auswertung ein verstehender Zugang zu dem Erleben der kollegialen Fallberatung durch die PraxiskollegInnen. Dabei ist das erkenntnisleitende Interesse, welche Faktoren die PraxiskollegInnen der Klinik als förderlich und welche sie als hinderlich bei der kollegialen Fallberatung erlebt haben. Auf Basis der Ergebnisse soll das kooperative Lehr-Lernkonzept hinsichtlich Praktikabilität der kollegialen Fallberatung überprüft und verbessert werden.

### **4.1 Planung, Datenerhebung und Hypothesen der quantitativen Erhebung der Kompetenzentwicklung der Studierenden im Prä-Posttest Design**

Mit dem Testinstrumentarium (Cultural Awareness Scale, CAS Rew et al. 2003 und Knowledge and Skills in Evidence-based Nursing, KS-EBN Gu et al. 2015) der quantitativen Studie können die StudentInnen ihre Kompetenzen in Bezug auf die kulturelle Achtsamkeit selbst einschätzen und konkrete Ansatzpunkte für Ihre persönliche Weiterentwicklung und Profilbildung identifizieren. Die Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf Evidence-based Nursing werden fremd eingeschätzt, mittels eines Tests, der auf einem klinischen Szenario aufbaut. In diesem Teil der Studie wird die Effektivität des Lehr- und Lernkonzeptes in Bezug auf die Kompetenzentwicklung der Studierenden überprüft und auf Basis der Ergebnisse weiterentwickelt.

Die Befragung wird anonymisiert mit handschriftlichen Fragebögen zu zwei Erhebungszeitpunkten ( $t_0$  vor und  $t_1$  nach dem Seminar) durchgeführt. Die soziodemographischen Daten werden nur soweit erhoben, dass keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können (z.B. Erhebung des Alters anhand von Alterskorridoren). Die Fragebögen können im Rahmen der Seminarzeit ausgefüllt werden. Der Aufwand liegt in etwa pro Erhebungszeitpunkt bei 20 Minuten. Die Dozentin und

Studienleiterin hat Vorkehrungen getroffen, dass die Befragung vollständig anonymisiert verläuft. Sie verlässt beispielsweise den Seminarraum während der Befragung, die Fragebögen werden gesammelt in einem verschlossenen Couvert an die Studienleiterin von einem Studierenden zurückgegeben, die StudentInnen generieren selbst einen fünfstelligen Code, den sie dann bei der zweiten Befragung wieder angeben, um die Fragebögen von t0 und t1 zusammenführen zu können. Der Code verbleibt ausschließlich bei den TeilnehmerInnen und wird nicht mit den Namen zusammengeführt.

**Im Vorfeld wurden folgende Hypothesen gebildet:**

H1: Durch die Teilnahme der StudentInnen an dem neu konzipierten Kurs verbessert sich die kulturelle Achtsamkeit vor allem in den Bereichen (Subskalen) „General Experiences“, „General Awareness“, „Nursing Classes“ und „Clinical Practice“, was sich in einer signifikanten Erhöhung des Gesamtsummenscores der „CAS“ (Rew et al. 2003/2014) zeigt.

H1a: Die Berufstätigkeit parallel zum Studium in einem anderen Beruf als der Pflege korreliert positiv mit der Cultural Awareness, vor allem mit „General Experiences“ und „General Awareness“.

H1b: Der eigene kulturelle Hintergrund anders als „Deutsch“ korreliert positiv mit der Cultural Awareness, vor allem mit „General Experiences“ und „General Awareness“.

H1c: Der kulturelle Hintergrund der PartnerIn anders als „Deutsch“ korreliert positiv mit der Cultural Awareness, vor allem mit „General Experiences“ und „General Awareness“.

H1d: Die Erfahrung mit PatientInnen, die einen kulturellen Hintergrund haben, der anders ist als „Deutsch“, korreliert positiv mit der Cultural Awareness, vor allem mit „General Experiences“, „General Awareness“ und „Clinical Practice“. Es ist jedoch anzunehmen, dass alle TeilnehmerInnen angeben werden, Erfahrungen mit solchen PatientInnen zu haben.

H1e: Die Anzahl der Reisen ins (Nicht-) EU-Ausland korreliert positiv mit der Cultural Awareness, vor allem mit „General Experiences“ und „General Awareness“.

H2: Durch die Teilnahme der StudentInnen an dem Kurs verbessern sich die Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf die ersten drei Schritte des EbN-Prozesses (1. Forschungsfrage entwickeln 2. Relevante Studien identifizieren 3. Studien kritisch bewerten), was sich in einer signifikanten Erhöhung des Gesamtsummenscores der KS-EBN (Gu et al. 2015) zeigt. Es werden besonders deutliche Unterschiede zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub> im Item 1 (Write a clinical question) erwartet.

Abhängige Variablen: kulturelle Achtsamkeit (cultural awareness), Kenntnisse und Fähigkeiten in Bezug auf die ersten drei Phasen des Evidence-based Nursing (EbN) Prozesses

Intervention: neu konzipiertes Kurskonzept BNS\_W\_05 a (Schwerpunkt Kinder/Jugendliche) und 5b (Schwerpunkt Erwachsene/ältere Menschen) mit kollegialer Fallberatung in der Klinik, Einführungskurs, Fallauswahl mit Fokus auf unterschiedliche, kulturelle Hintergründe der PatientInnen/des Pflege-/Behandlungsteams, Lehrfilm/ReferentInnen mit anderem kulturellen Hintergrund als „Deutsch“)

Unabhängige Variablen (Einflussfaktoren): Position 2-11 (CAS Fragebogen)

Grundgesamtheit:

N= 42 (N= 21 BNS\_W\_05a und N= 21 BNS\_W\_05b) StudentInnen, die in den Kurs eingeschrieben sind

Stichprobe: freiwillige Teilnahme der StudentInnen an der Befragung

t0: vor der Intervention, Befragung in der ersten Kurseinheit zu Beginn des Semesters

t1: nach der Intervention, Befragung in der letzten Kurseinheit am Ende des Semesters

Mit deskriptiven statistischen Kennzahlen, explorativen Grafiken und einem t-Test werden die Unterschiede in den Testergebnissen überprüft. Die Auswertung erfolgt mit R (R Core Team, 2017).

Zu den Fragebögen erhielten die StudentInnen ein Informationsblatt zu der Studie, in dem das Ziel der Studie beschrieben, die Freiwilligkeit und Anonymität zugesichert und eine verantwortliche AnsprechpartnerIn, die Studienleiterin selbst, mit Email-Adresse genannt wurde. Die Begleitstudie wurde von der Studiengangsleitung genehmigt. Die Untersucherin, die zugleich Dozentin des Moduls ist, achtete streng darauf, dass die Fragebögen von den Studierenden unbeobachtet ausgefüllt und gesammelt abgegeben wurden. Dabei verfügt nur jede TeilnehmerIn selbst über den Verschlüsselungscode, der bei der Zeiterhebung anzugeben war, um die Fragebögen der Ersterhebung, vor Intervention zuordnen zu können. Die Auswertung der Daten erfolgte nach der Notenbekanntgabe, um einen möglichen Einfluss des Auswertungsergebnisses auf die Benotung der Leistungsnachweise auszuschließen.

Die vorliegende Analyse basiert auf den in den zwei Kursen, Kurs A mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendlichen und Kurs B mit dem Schwerpunkt Erwachsene und ältere Menschen, von den Student/-innen ausgefüllten Fragebögen (Rew et al., 2003; Gu et al., 2015). Einer der beiden Fragebögen besteht aus der Abfrage soziodemografischer Merkmale und der Selbsteinschätzung zur kulturellen Achtsamkeit (Rew, et al., 2003) in fünf Subskalen, „General educational experience“ (Subskala 1), „Cognitive awareness“ (Subskala 2), „Research Issues“ (Subskala 3), „Behaviors/Comfort with Interactions“ (Subskala 4) und „Clinical practice“ (Subskala 5). Als soziodemografische Merkmale werden das Geschlecht, das Alter, die Berufstätigkeit neben dem Studium in der Pflege oder einem anderen Beruf, der eigene kulturelle Hintergrund und der kulturelle Hintergrund des Partners, sowie Erfahrung mit Patienten mit einem anderen kulturellen Hintergrund als dem Deutschen, die Anzahl

der Reisen ins EU- und Nicht-EU-Ausland und zuletzt die aktuelle Semesterzahl und der Schwerpunkt des Kurses abgefragt. Der Fragebogen CAS wurde von den Autorinnen (Rew et al. 2003) direkt bezogen. Es wird der überarbeitete, zuletzt 2011 (Rew et al. 2011) validierte Originalfragebogen mit 35 Items vom Englischen ins Deutsche durch die Studienleiterin übersetzt und von einer zweiten, unabhängigen Pflegewissenschaftlerin ins Englische rückübersetzt. Es handelt sich um ein Selbsteinschätzungsinstrument, bei dem StudentInnen die kulturelle Achtsamkeit von sich selbst und von der Fakultät in Lehre und Forschung einschätzen.

Der zweite Fragebogen zur Erhebung der Kenntnisse und Fähigkeiten in Evidence-based Nursing ist ein Fremdeinschätzungsinstrument. Auf Basis eines klinischen Szenarios werden in Form eines Tests Fragen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten in den ersten drei Phasen des Evidence-based Nursing Prozesses gestellt (Gu, Ha, & Kim, 2015): Subskala 1: Entwicklung einer Forschungsfrage, Subskala 2: Identifikation relevanter Studien (Subskala 2) und Subskala 3: kritische Bewertung von Studien.

### **Dateneingabe und Behandlung fehlender Angaben**

Die Fragebögen werden per Hand eingegeben, wobei Unklarheiten gemeinsam mit der Studienleiterin besprochen wurden und die Eingabe stichprobenartig überprüft wurde.

Fragebögen, die komplett nicht ausgefüllt wurden, werden von der Analyse ausgeschlossen, auch wenn ein Identifizierungscode angegeben ist. Dagegen wird ausgefüllten Fragebögen ohne Angabe eines Identifizierungscode ein neuer zugewiesen und diese mit berücksichtigt.

Von der Studienleiterin wurden Fragebögen von unterschiedlichen Zeitpunkten mit geringfügig unterschiedlichem Identifizierungscode, die vom Schriftbild, sowie bei den CAS-Fragebögen von den soziodemografischen Merkmalen her, nahezu identisch sind, als für die beiden Zeitpunkte zusammengehörig betrachtet. Dies traf für zwei Fragebögen zu. Fragebögen, die zu beiden Zeitpunkten einen fehlenden Identifizierungscode aufweisen, können hingegen nicht verbunden werden.

Im Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit existiert die Antwortmöglichkeit „trifft nicht zu“. Diese werden wie in Rew, et al. (2003) als fehlende Angabe behandelt. Im Gegensatz zum Paper werden in der vorliegenden Studie jedoch keine Teilnehmer ab einer vorgegebenen Anzahl an fehlenden Werten pro Subskala ausgeschlossen. Insgesamt hat kein Teilnehmer eine Subskala nicht ausschließlich mit „trifft nicht zu“ oder gar nicht beantwortet, teilweise existieren aber viele fehlende Angaben pro Subskala. Diese Teilnehmer werden, aufgrund der geringen Gesamtteilnehmerzahl (siehe Abschnitt 2.3), trotzdem in die Auswertung integriert.

Im Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing existieren in dem Sinne keine fehlenden Werte, da der Fragebogen als Test konstruiert ist und die Teilnehmer, wenn sie eine Frage nicht beantworten, null Punkte auf diese bekommen (siehe auch Abschnitt 2.4).



## 4.2 Planung und Durchführung der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion

Wie die Pflegefachpersonen der Klinik das kollegiale Beratungsangebot durch die Studierenden wahrgenommen haben und welche Faktoren dabei als förderlich oder hinderlich empfunden wurden, wird mittels leitfadengestützter und moderierter Fokusgruppendifkussion und qualitativer Inhaltsanalyse erhoben.

Die Fokusgruppendifkussion fand in der zweiten Pilotphase aus organisatorischen Gründen in zwei Gruppen mit 4 und 3 TeilnehmerInnen am 08. und 09. Februar 2017 statt. Die jeweils ca. eineinhalbstündige Diskussion wurde digitalisiert aufgenommen (VLC Media Player) transkribiert und inhaltsanalytisch mit einem deduktiv-induktiven Verfahren ausgewertet. Dazu wurde MAXQDA 11 eingesetzt. Die verantwortliche Koordinatorin der Klinik sorgt für den klinikinternen Genehmigungsprozess der Studie.

Bei der **Fokusgruppe als sozialwissenschaftliche Methode** handelt es sich nach Flick (2010) um „Simulationen von Alltagsdiskursen und Unterhaltungen“ (S. 261). Lamnek (2010) definiert sie als ein „Gespräch einer Gruppe von Untersuchungspersonen zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“ (S. 413) (zit. in Tausch & Menold 2015, S. 5). TeilnehmerInnen der Fokusgruppe im Rahmen des „CANDo“-Projektes sind die Pflegefachpersonen, die im Klinikum Schwabing in verschiedenen Fachabteilungen beschäftigt sind und von einem Fall in der kollegialen Fallberatung mit dual Studierenden der Pflegewissenschaft (B.Sc.) im 7. Semester berichteten und ggf. eine Beratungsfrage stellten. Es ist eine homogene Gruppe hinsichtlich der beruflichen Grundqualifikation (examinierte Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen mit dreijähriger Ausbildung), die sich jedoch in Bezug auf Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen sowie Studium unterscheidet. Es ist eine gezielte Auswahl an TeilnehmerInnen, die sich daraus ergibt, dass die Pflegefachpersonen von der wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Pflegedirektion gezielt angesprochen wurden, an der kollegialen Fallberatung teilzunehmen. In der Fokusgruppe diskutieren die TeilnehmerInnen über ihre Erfahrungen mit der kollegialen Fallberatung mit Studierenden. Die Diskussion unterscheidet sich von einer Alltagsunterhaltung dadurch, dass sie regelgeleitet, moderiert, leitfadengestützt und dokumentiert erfolgt. Zudem entsteht durch die geplante Zusammenführung der DiskutantInnen und die Audioaufnahme eine künstliche Laborsituation, die zwar teilweise durch bestimmte Maßnahmen entspannt, aber nicht ganz aufgehoben werden kann. Die Moderation der Fokusgruppendifkussion übernimmt eine Masterabsolventin des Studiengangs

Pflegewissenschaft an der Fachhochschule Basel, Fachexpertin auf einer interdisziplinären Privatstation der plastischen Chirurgie und Unfallchirurgie am Universitätsspital Zürich. Der Vorteil bei dieser Personalentscheidung liegt darin, dass die Moderatorin außerhalb der beiden Organisationen, Klinikum Schwabing und Hochschule München, steht und somit als unabhängige Person die Diskussion befördern kann. Zu den PartizipantInnen der Fokusgruppendifkussion gibt es keine Verbindung in Form von organisationaler Über- oder Unterordnung. Die Moderatorin bringt jedoch ausreichend Fachwissen, Erfahrung und Methodenwissen mit, um die Fokusgruppendifkussion an der Fragestellung orientiert zu moderieren. Zugleich bringt die Moderatorin die nötige Offenheit mit, unerwartete Deutungen der Erfahrung mit der kollegialen Fallberatung nicht nur zuzulassen, sondern auch vertiefend zu hinterfragen. Als außerhalb der Programmverantwortung stehend, kann die Moderatorin entspannt auch der Kritik an dem kooperativen Lehr-Lernkonzept entgegensehen. Die Projekt- und Untersuchungsleiterin wird entlastet und der Interessenkonflikt ein wenig aufgelöst. Dieser könnte darin bestehen, dass die Evaluatorin und Untersuchungsleiterin zugleich Programmverantwortliche und Moderatorin der kollegialen Fallberatung ist. Dieser Rollenmix ist in der Lehrpraxis an Fachhochschulen nicht selten anzutreffen und wird im Rahmen der Lehrevaluation kritisch diskutiert. Aufgrund beschränkter Ressourcen kann der Rollenmix aber in den wenigsten Fällen aufgelöst werden. Den Leitfaden für die Diskussion hat die Projektleitung mit seinen Schlüssel- und Eventualfragen entwickelt und zuvor mit der Moderatorin besprochen. Schlüsselfragen müssen in der Diskussion gestellt werden und beziehen sich unmittelbar auf das erkenntnisleitende Interesse. Eventualfragen können von der Moderatorin gestellt und genutzt werden, wenn die Diskussion beispielsweise ins Stocken gerät. Zusätzlich erhält die Moderatorin eine Checkliste, um alles Notwendige für eine regelgeleitete Diskussion vorzubereiten. Die Fokusgruppendifkussion wird auf Tonband aufgenommen und digitalisiert (VLC-Media Player®). Dazu wird ein hochwertiges Aufnahmegerät mit vier Lautsprechern verwendet, die unauffällig auf dem Konferenztisch platziert wurden. Die TeilnehmerInnen erhalten eine ausführliche Information zu dem Projekt und der Fokusgruppendifkussion, sowohl mündlich von der Moderatorin als auch schriftlich, sodass Sie eine informierte Einverständnis abgeben können. Alle eingeladenen TeilnehmerInnen entschieden sich für eine freiwillige Teilnahme und gaben eine schriftliche Einverständniserklärung ab. Aus organisatorischen Gründen fanden zwei Fokusgruppendifkussionen, eine Diskussion am 08.02.2017 (Zeitdauer 01:28:26) mit 4 TeilnehmerInnen (davon 2 TeilnehmerInnen, die aktuell ein Studium der Pflege absolvieren, aber noch nicht abgeschlossen haben) und eine Diskussion am 09.02.2017 (Zeitdauer: 01:26:24) mit drei TeilnehmerInnen statt. Die Diskussion wurde zwar am erkenntnisleitenden Interesse ausgerichtet, indem die Moderation entsprechende Impulsfragen und vertiefende Fragen stellte. Jedoch diente der Leitfaden nur als Strukturierungs- und Orientierungshilfe, die auch eine Vertiefung an den Stellen

zuließ, die für die TeilnehmerInnen wichtig waren und die auch offen für ganz neue Aspekte war. Die Ergebnisse der Diskussion wurden zeitnah noch während der Diskussion auf Moderationskarten von den TeilnehmerInnen selbst dokumentiert und zu Kategorien zusammengefasst. Dies diente dazu, eine vertiefende Diskussion über die von den TeilnehmerInnen genannten Aspekte anzuregen. Die „Eisbrecherfrage“ zu Beginn der Diskussion, was das Beeindruckendste an der kollegialen Fallberatung für die TeilnehmerInnen war, sollte einerseits die Diskussion anregen und andererseits nicht zu früh den Fokus auf das erkenntnisleitende Interesse lenken. Damit können Aspekte herausgearbeitet werden, die den PartizipantInnen wichtig sind und ggf. von der Untersuchungsleitung gar nicht bedacht wurden. Zudem können mit dieser Frage diejenigen Faktoren identifiziert werden, die als anziehend und motivierend wirken, um an der kollegialen Fallberatung freiwillig mitzuwirken. Diese Anreize können dann zukünftig eingesetzt werden, um FachkollegInnen für die kollegiale Fallberatung zu gewinnen. Die Fokussierung auf die Faktoren, die von den TeilnehmerInnen als förderlich bzw. hinderlich erlebt wurden, soll eine Weiterentwicklung des didaktischen und organisatorischen Konzeptes ermöglichen, um das Angebot der kollegialen Beratung konsequent an den NutzerInnen auszurichten. Perspektivisch ist die qualitative Erhebung auch auf die StudentInnen auszuweiten.

Es gilt die Diskussion aufmerksam zu verfolgen und herauszuhören, wann Themen auftauchen, die für die TeilnehmerInnen von großer Bedeutung sind. Hier muss die Moderation spontan reagieren und ggf. durch Stimuli und gezieltes Nachfragen die Diskussion vertiefen. Vertiefendes Verstehen, wie die ratsuchenden Pflegefachpersonen die kollegiale Fallberatung erlebt haben, ist das Ziel der Gruppendiskussion. Dabei soll der Fokus darauf gelegt werden, welche Aspekte und Prozesse für das Fallverstehen und die handlungsorientierte Beurteilung des Falls förderlich und welche eher hinderlich waren. Die Moderation hält die Balance zwischen Struktur (wie sie durch den Leitfaden vorgegeben ist) und spontaner Entwicklung der Diskussion. Dabei hat sie die Verantwortung für den gesamten Prozess. Es ist nicht nur die zur Verfügung stehende Zeit (2 Stunden) einzuhalten, sondern es sind auch die vorgegebenen Fragestellungen zu bearbeiten, die wesentlichen Ergebnisse zu dokumentieren und für die wissenschaftliche Auswertung festzuhalten. Im günstigsten Fall wird die Moderatorin von einer weiteren Person unterstützt, die dafür sorgt, dass die Audio-Aufnahme zuverlässig erfolgt und das Protokoll geführt wird. Eine Checkliste und ein Leitfaden in Tabellenform dienen als Orientierungsrahmen und Vorlage für die Dokumentation der Moderatorin. Zusätzlich erfolgt die Audio-Aufnahme und Protokollierung der Diskussion, sowie das Festhalten der wichtigsten Ergebnisse auf Moderationskarten. Diese werden noch während der Diskussion an die Pinnwände geheftet, sodass die TeilnehmerInnen stets mitverfolgen können, ob die für sie wichtigen und bedeutungsvollen Kategorien auch festgehalten werden. Die Moderation soll hier in regelmäßigen

Abständen und insbesondere nach jedem Themenschwerpunkt bei den TeilnehmerInnen zurückfragen, ob auch alle wesentlichen Inhalte erfasst wurden. Zur Dokumentation gehört auch, dass die Pinnwände mit den beschrifteten Moderationskarten fotografiert werden, wobei darauf zu achten ist, dass die Fragestellung bzw. das Thema als Überschrift und das Datum festgehalten sind.

Die Fokusgruppendifkussion ist der qualitativen Sozialforschung zuzurechnen, wobei der interpretativ-hermeneutische Ansatz je nach Strukturierungsgrad und Härte der Moderation umgesetzt werden kann. Das interpretativ-hermeneutische Paradigma geht davon aus, dass die sozialen Akteure soziale Wirklichkeit prozesshaft in der Interaktion konstruieren. Wichtige Forschungsprinzipien sind u.a. Offenheit, Reflexivität und Explikation (Atteslander 2010, S. 77 f.). Offenheit bedeutet, dass sich die ForscherIn vom Untersuchungsgegenstand leiten lässt, um neue Kategorien zu entdecken. Begriffe und Hypothesen werden also im laufenden Forschungsprozess aus dem Material generiert und es gibt keine Trennung zwischen Entdeckungs- und Begründungszusammenhang (Reflexivität). Das bedeutet für die Fokusgruppendifkussion zu dem Thema „Kollegiale Fallberatung“, dass die ForscherIn ihre Grundannahmen über die Einflussfaktoren der Fallberatung transparent macht (Explikation), gleichzeitig aber offen bleibt, für die Einschätzungen und Wahrnehmungen der PartizipantInnen. Für den Leitfaden, den die Forscherin der Moderation der Fokusgruppendifkussion an die Hand gibt, bedeutet dies, dass dieser nur teilweise die Struktur für die Diskussion vorgeben kann. Er stellt ein Hilfsmittel dar, um die Diskussion regelgeleitet und am Erkenntnisinteresse auszurichten. Gleichzeitig kann die Moderation jedoch auch an bestimmten Punkten der Diskussion entscheiden, den Schwerpunkten der DiskussionsteilnehmerInnen zu folgen und diese zu vertiefen. In der Dokumentation der Fokusgruppendifkussion ist es wichtig, diesen Prozess nachvollziehbar darzulegen (Explikation). Die regelgeleitete Auswertung der Fokusgruppendifkussion ist eine weitere wichtige Voraussetzung, die die Fokusgruppendifkussion von einer alltäglichen, spontanen Diskussion ohne Untersuchungsabsicht unterscheidet.

Im Anschluss an die Fokusgruppendifkussion werden anhand eines vorbereiteten Erhebungsbogens die demographischen Daten und Angaben zur Qualifikation und Berufserfahrung der PartizipantInnen erhoben.

Die Audiofiles (VLC Media Player) werden auf Basis vorab definierter Transkriptionsregeln transkribiert. Dabei werden die Beiträge den Gruppen und den einzelnen PartizipantInnen zugeordnet, die mit P1, P2,...Pn bezeichnet werden. Die Beiträge der Moderatorin werden mit „I“ (InterviewerIn) gekennzeichnet. Jede Sequenz wird mit einer Zeitmarke versehen. Die Transkription

wird anhand des Audio Files einmal während der Transkription, absatzweise und zweimal als komplettes Dokument korrigiert. Literaturgestützt wird deduktiv ein Kategorienschema an das Material angelegt. Aus dem Material heraus werden induktiv weitere Subkategorien und ggf. auch Oberkategorien entwickelt. Anhand des mehrstufig entwickelten Kategorienschemas wird das Material ein zweites Mal komplett durchgearbeitet und codiert (zweiter Materialdurchlauf). Aufgrund begrenzter Zeit- und Geldressourcen musste auf das konsensuelle Codieren verzichtet werden. Die Gewichtung von codierten Sequenzen mit Gewichten zwischen 0 und 10 Punkten unterstützt die Identifikation von Schlüsselzitate bzw. prototypischen Beispielen für die jeweilige Kategorie. Das Material wird sowohl beim ersten als auch beim zweiten Durchlauf mit Memos versehen. Die **Memos** beziehen sich auf folgende Aspekte:

- Reflexion, inwiefern die Grundannahmen der Untersucherin bei der Codierung einwirkten
- Offene Fragen, die durch die Sequenz aufgeworfen wurden
- Gedanken und Ideen bezüglich der Fragestellung
- Unklare Bewertung hinsichtlich förderlicher oder hinderlicher Wirkung von Faktoren
- Hypothesen über mögliche Wirkungen der kollegialen Fallberatung, die nicht im Fokus des erkenntnisleitenden Interesses standen.

Sequenzen, die Lösungsvorschläge zur Implementierung der kollegialen Fallberatung in die klinische Praxis oder zu einer förderlichen Gestaltung der kollegialen Fallberatung im Rahmen des Seminars beinhalten, wurden in eine eigene Kategorie außerhalb des Kategoriensystems erfasst.

## 5. Ergebnisse

### ***5.1 Ergebnisse der quantitativen Vergleichsstudie Kompetenzentwicklung der Studierenden (Herold-Majumdar Astrid, Neppl Hannah, Aßenmacher Matthias, Küchenhoff Helmut)***

#### *5.1.1 Rücklaufquote*

In beiden Kursen sind jeweils 21 Student/-innen eingeschrieben, sodass insgesamt maximal 42 mögliche TeilnehmerInnen (Grundgesamtheit) existieren. Die nach der Datenaufbereitung resultierenden Rücklaufquoten sind pro Kurs, Fragebogen und Zeitpunkt, sowie für beide Kurse und Zeitpunkte jeweils gemeinsam in Tabelle 1 dargestellt. Berechnet wird die Rücklaufquote über den Quotienten der Anzahl an eingeschlossenen Fragebögen an der Gesamtzahl eingeschriebener StudentInnen pro Kurs, also 21 StudentInnen bei der separaten Betrachtung der Kurse und 42 bei der gemeinsamen. Zu sehen ist in Tabelle 1, dass speziell im Kurs A nur wenige Fragebögen zu beiden

Zeitpunkten vorliegen, somit ein späterer Vergleich zu beiden Zeitpunkten getrennt nach Kursschwerpunkt schwierig ist. Daher werden für die Analyse des Effekts der Teilnahme der Student/-innen an dem neu konzipierten Kurskonzept beide Kurse gemeinsam, ohne Differenzierung nach ihrem Schwerpunkt, betrachtet. Da die Intervention bzw. das didaktische Konzept in beiden Modulen unabhängig vom inhaltlichen Schwerpunkt (Kinder/Jugendliche oder Erwachsene/ältere Menschen) gleich umgesetzt wurde, darf dies als zulässig gelten.

Fragebogen		nur t <sub>0</sub>	nur t <sub>1</sub>	t <sub>0</sub> und t <sub>1</sub>	Gesamt (%)
Kurs A	CAS	5 (23,81%)	2 (9,52%)	7 (33,33%)	14 (66,67%)
	KS-EBN	3 (14,29%)	2 (9,52%)	2 (9,52%)	7 (33,33%)
Kurs B	CAS	6 (28,57%)	0 (0,00%)	14 (66,67%)	20 (95,24%)
	KS-EBN	5 (23,81%)	0 (0,00%)	14 (66,67%)	19 (90,48%)
Kurs A und B	CAS	11 (26,19%)	2 (4,76%)	21 (50,00%)	34 (80,95%)
	KS-EBN	8 (19,05%)	2 (4,76%)	16 (38,10%)	26 (61,91%)

**Tabelle 1 Rücklauf ausgefüllter Fragebögen (CAS und KS-EBN) von den Einzelpersonen in den beiden Kurse (A und B) separat und gemeinsam zu den Zeitpunkten t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>**

Insgesamt haben über beide Kurse hinweg zu mindestens einem Zeitpunkt 80,95% den Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit und 61,91% den Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten in Evidence-based Nursing beantwortet. Über beide Fragebögen gemeinsam gesehen, haben generell 37 unterschiedliche Teilnehmer und damit 88,10% an der Befragung teilgenommen und zumindest einen der beiden Fragebögen zu einem der zwei Zeitpunkte ausgefüllt.

### 5.1.2 Scorebildung

Für den Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit wird für die Analyse des Effektes der Intervention in den Kursen, ein Gesamtscore über alle Fragen hinweg gebildet. Dieser berechnet sich pro Teilnehmer aus dem Mittelwert über die Mittelwerte für die einzelnen fünf Subskalen. Die vorhandenen fehlenden Werte sind dabei unproblematisch, da der Mittelwert gebildet wird und werden dabei in die Berechnung nicht mit einbezogen. Da die einzelnen Fragen jeweils auf einer Skala von eins bis sieben beantwortet werden können, sind auch die Subskalenscores, die Mittelwerte in den Subskalen, und der Gesamtscore entsprechend von eins bis sieben beschränkt.

Das Erhebungsinstrumentarium zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing ist als Test, teilweise mit vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, aufgebaut und es existiert ein

Auswertungsplan mit den erzielbaren Punktzahlen pro Aufgabe (Gu et al. 2015). Die Auswertung erfolgte mit dem inhaltlichen Fachwissen der Studienleiterin, sodass es für die Analyse ausreicht, lediglich die Einzelpunktzahlen pro Frage zu verwenden. Über die Addition dieser resultiert dann der Gesamtscore bzw. die Gesamtpunktzahl für diesen Fragebogen. Der Gesamtscore kann auf Basis des Auswertungsplans bei minimal null und maximal zwölf Punkten liegen. In den drei Subskalen mit den ersten drei Phasen des Evidence-based Nursing können höchstens zwei Punkte (Subskala 1), vier Punkte (Subskala 2) und die restlichen sechs Punkte (Subskala 3) erreicht werden.

### 5.1.3 Charakteristika der Studienpopulation

Die Charakteristika der Studienpopulation werden im Folgenden grafisch für alle Teilnehmer über die abgefragten soziodemografischen Merkmale und für beide Zeitpunkte  $t_0$  und  $t_1$  dargestellt. Einen allgemeinen tabellarischen Überblick gibt Tabelle 2, genauer wird auf die Merkmale in den nachfolgenden Abbildungen eingegangen. Da die soziodemografischen Merkmale zusätzlich im Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit enthalten sind, liegen für Teilnehmer, die ausschließlich den Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing ausgefüllt haben, fehlende und damit unbekannte Werte. Direkt lässt sich allerdings nicht von den unbekanntem Werten auf einen Teilnehmer, der den Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit nicht bearbeitet hat, schließen, da auch unter diesen nicht immer alle soziodemografischen Fragen beantwortet wurden. Nicht alle Angaben der Teilnehmer sind zwischen beiden Zeitpunkten konsistent, was bei der Interpretation bedacht werden sollte. Beispielsweise kommt es einmal vor, dass zu  $t_0$  vom gleichen Teilnehmer eine höhere Anzahl an Reisen ins EU-Ausland angegeben wird, als zum Zeitpunkt  $t_1$ .

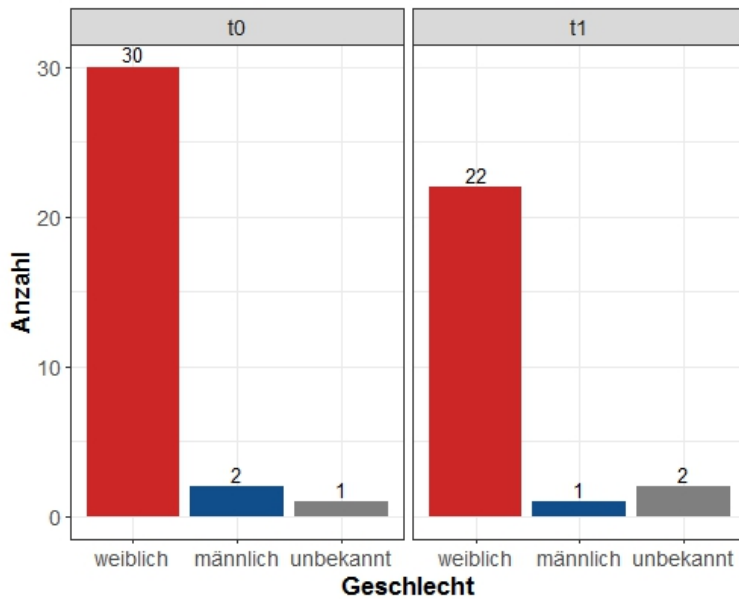
Charakteristika	Ausprägungen	$t_0$		$t_1$	
		absolut	relativ	absolut	relativ
Geschlecht	weiblich	30	90,90%	22	88,00%
	männlich	2	6,06%	1	4,00%
	unbekannt	1	3,03%	2	8,00%
Alter	18 – 21 Jahre	4	12,12%	3	12,00%
	22 – 25 Jahre	24	72,72%	17	68,00%
	26 – 29 Jahre	2	6,06%	1	4,00%
	> 30 Jahre	1	3,03%	2	8,00%
	unbekannt	2	6,06%	2	8,00%
Kultureller Hintergrund <sup>1</sup>	ja	8	24,24%	6	24,00%
	nein	24	72,72%	17	68,00%
	unbekannt	1	3,03%	2	8,00%
Kultureller Hintergrund	trifft nicht zu <sup>4</sup>	8	24,24%	5	20,00%
	ja	5	15,15%	5	20,00%
	nein	19	57,58%	13	52,00%

<b>PartnerIn<sup>2</sup></b>	unbekannt	1	3,03%	2	8,00%
<b>Kultureller Hintergrund PatientInnen<sup>3</sup></b>	ja	32	96,97%	21	84,00%
	nein	0	0,00%	2	8,00%
	unbekannt	1	3,03%	2	8,00%
<b>Anzahl der Reisen ins EU-Ausland</b>	keine	4	12,12%	3	12,00%
	1-4	5	15,15%	7	28,00%
	5-10	7	21,21%	6	24,00%
	> 10	16	48,48%	7	28,00%
	unbekannt	1	3,03%	2	8,00%
<b>Anzahl der Reisen ins Nicht-EU Ausland</b>	keine	7	21,21%	5	20,00%
	1-4	11	33,33%	12	48,00%
	5-10	7	21,21%	0	0,00%
	> 10	7	21,21%	6	24,00%
	unbekannt	1	3,03%	2	8,00%
<b>Berufstätigkeit neben dem Studium in der Pflege</b>	keine	4	12,12%	1	4,00%
	geringfügig	4	12,12%	2	8,00%
	Teilzeit <50%	10	30,30%	9	36,00%
	Teilzeit 50%	11	33,33%	9	36,00%
	Teilzeit >50%	2	6,06%	1	4,00%
	Vollzeit	1	3,03%	0	0,00%
	unbekannt	1	3,03%	3	12,00%
<b>Berufstätigkeit neben dem Studium nicht in der Pflege</b>	keine	25	75,75%	16	64,00%
	geringfügig	6	18,18%	4	16,00%
	Teilzeit <50%	0	0,00%	0	0,00%
	Teilzeit 50%	1	3,03%	1	4,00%
	Teilzeit >50%	0	0,00%	0	0,00%
	Vollzeit	0	0,00%	0	0,00%
	unbekannt	1	3,03%	4	16,00%

**Tabelle 2 Charakteristika der Studienpopulation für die Zeitpunkte  $t_0$  und  $t_1$  (<sup>1</sup>: Eigener kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit anders als Deutsch, <sup>2</sup>: Kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit der PartnerIn anders als Deutsch, <sup>3</sup>: Erfahrung mit PatientInnen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben als Deutsch, <sup>4</sup>: trifft nicht zu (keine PartnerIn))**

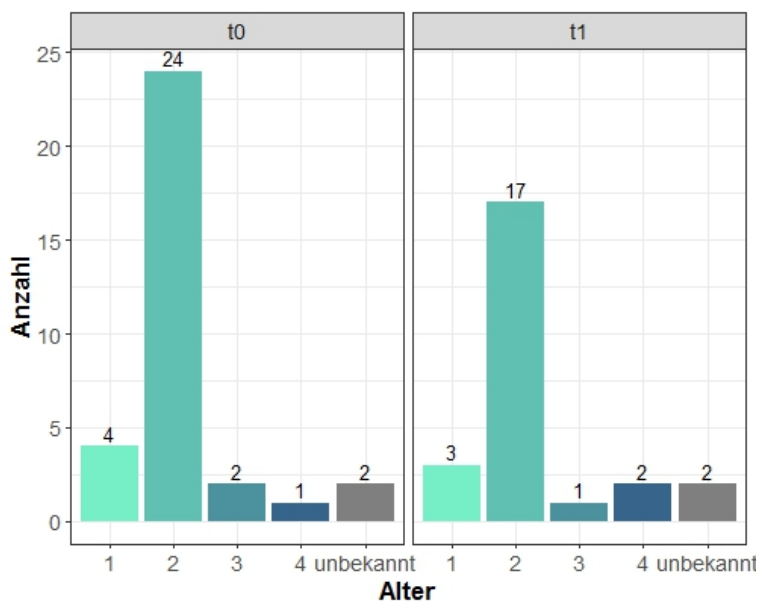
Abbildung 3 zeigt die Anzahl an Frauen und Männern unter den Teilnehmern, aufgeteilt nach Befragungszeitpunkt. Insgesamt besteht die Studienpopulation mit 30 weiblichen Teilnehmern zum Zeitpunkt  $t_0$  und 22 zum Zeitpunkt  $t_1$  zum Großteil aus Frauen, lediglich zwei Männer sind zu  $t_0$  und nur einer zu  $t_1$ , wobei dagegen für einen Teilnehmer das Geschlecht zu  $t_0$  unbekannt ist und für zwei zum Zeitpunkt  $t_1$ .





**Abbildung 3 Geschlechtsverteilung für die Zeitpunkte t0 und t1**

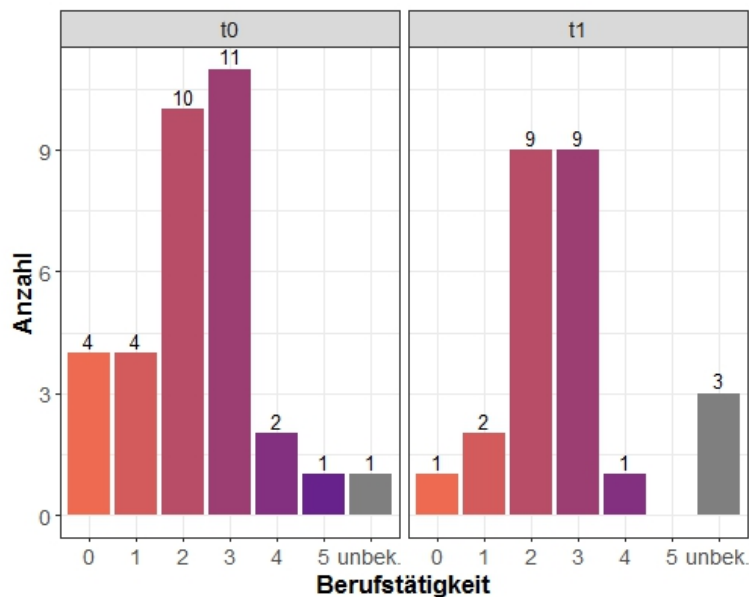
Bei der Verteilung der Altersklassen unter den Teilnehmern in Abbildung 4 ist zu sehen, dass mit 24 Teilnehmern zum Zeitpunkt  $t_0$  und 17 zu  $t_1$  zu beiden Zeitpunkten mehr als zwei Drittel 22 bis 25 Jahre alt sind. Anschließend sind mit vier und drei Teilnehmern etwa 12,00% im Alter von 18 bis 21 Jahren. Anschließend sind mit vier und drei Teilnehmern etwa 12,00% im Alter von 18 bis 21 Jahren. Nur jeweils drei Teilnehmer geben an älter als 25 Jahre zu sein und für je zwei Teilnehmer ist das Alter unbekannt.



**Abbildung 4 Altersverteilung (1: 18-21 Jahre, 2: 22-25 Jahre, 3: 26-29 Jahre, 4: 30 Jahre und älter) für die Zeitpunkte t0 und t1**

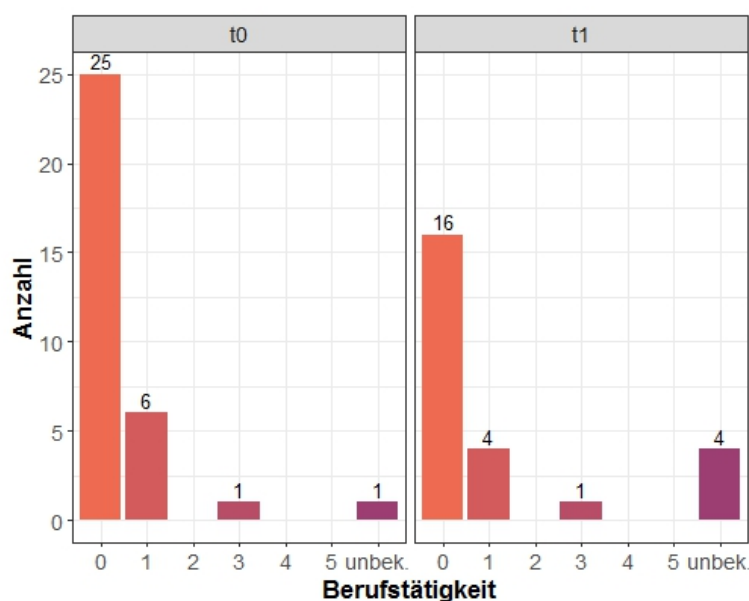
In Abbildung 5 ist die Berufstätigkeit neben dem Studium in der Pflege und in **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** nicht in der Pflege dargestellt. Bei der Betrachtung in der Pflege zeigt sich, dass jeweils etwa ein Drittel der Teilnehmer zu beiden Zeitpunkten in einer

Teilzeitbeschäftigung mit weniger als 50% und ein weiteres Drittel in einer Teilzeitbeschäftigung mit 50% angestellt ist. Weiterhin sind zum Zeitpunkt  $t_0$  4 Personen geringfügig beschäftigt und ebenfalls 4 Personen arbeiten nicht im Pflegebereich.



**Abbildung 5 Berufstätigkeit neben dem Studium in der Pflege (0: keine Berufstätigkeit, 1: geringfügig beschäftigt, 2: Teilzeit unter 50%, 3: Teilzeit 50%, 4: Teilzeit mehr als 50%, 5: Vollzeit)**

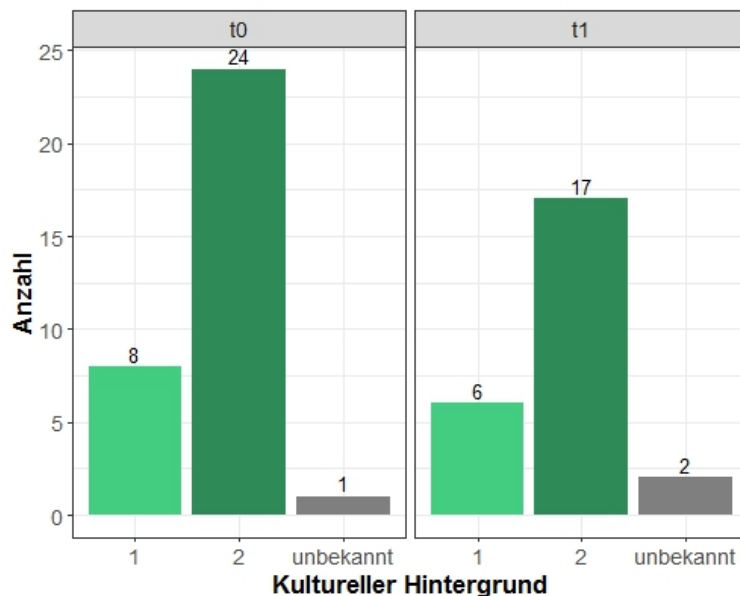
Da der Großteil der Teilnehmer angibt neben dem Studium in einem Beruf in der Pflege zu arbeiten, zeigt sich bei den Häufigkeiten für die Berufstätigkeit in einem anderen Bereich als der Pflege entsprechend, dass etwa drei Viertel zum Zeitpunkt  $t_0$  und zwei Drittel zu  $t_1$  angeben, keine Berufstätigkeit in einem anderen Bereich zu haben. Lediglich 7 Personen zu  $t_0$  und 5 zu  $t_1$  geben an in einem anderen Bereich zu arbeiten.



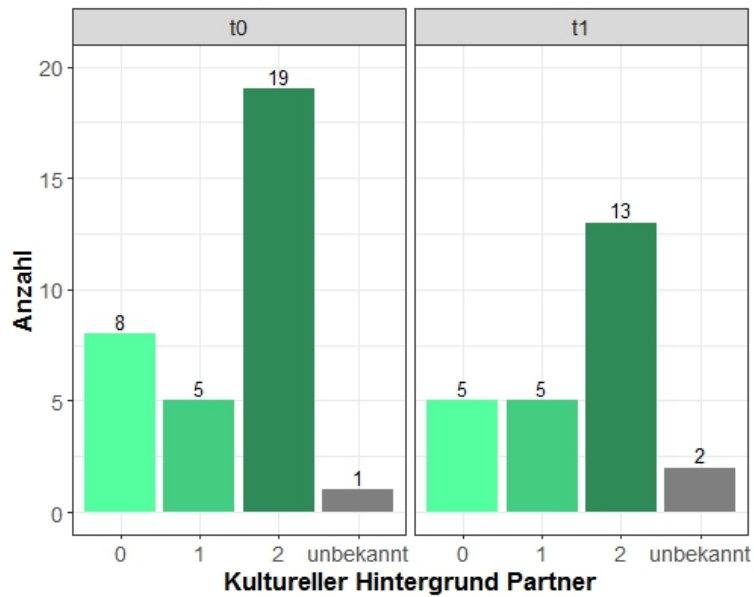
**Abbildung 6 Berufstätigkeit neben dem Studium in einem anderen Beruf als der Pflege (0: keine Berufstätigkeit, 1: geringfügig beschäftigt, 2: Teilzeit unter 50%, 3: Teilzeit 50%, 4: Teilzeit mehr als 50%, 5: Vollzeit)**

Abgefragt wurde zudem, ob der eigene kulturelle Hintergrund bzw. die ethnische Zugehörigkeit anders ist als „Deutsch“, sowie ob der/die Partner/-in eine andere als die Deutsche hat und auch, ob bereits Erfahrungen mit Patient/-innen besteht, die nicht die Deutsche haben. Die Abbildungen, Abbildung 7, Abbildung 8 und Abbildung 9 zeigen die jeweiligen Häufigkeiten.

Insgesamt haben mit 24 und 17 Teilnehmern zu den Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  die meisten keinen und etwa ein Viertel der Teilnehmer einen anderen kulturellen Hintergrund als den „Deutschen“. Auch bezogen auf die Partner/-innen geben mit 19 und 13 Personen gut die Hälfte der Teilnehmer an, dass diese keinen anderen kulturellen Hintergrund als den „Deutschen“ haben, wobei auch je ein Viertel der Teilnehmer zu  $t_0$  und ein Fünftel zu  $t_1$  allgemein keine/-n Partner/-in haben.

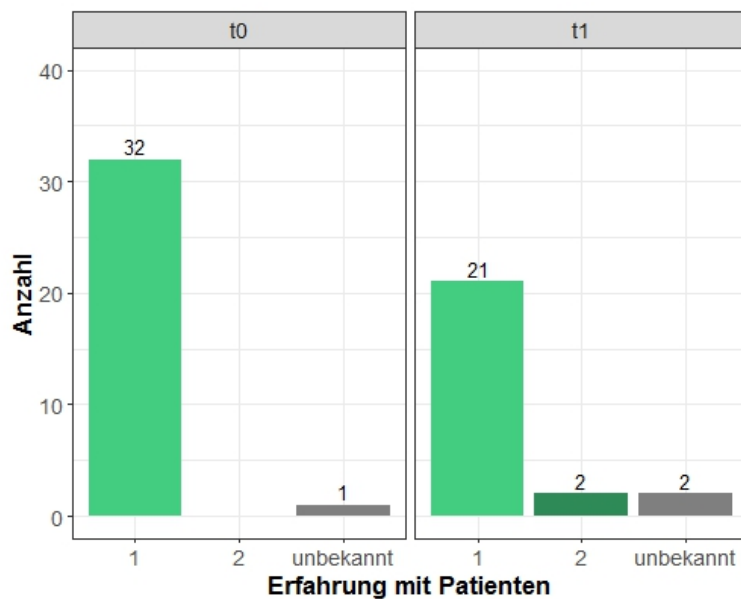


**Abbildung 7 Eigener kultureller Hintergrund anders als „Deutsch“ (1: ja, 2: nein) für die Zeitpunkte t0 und t1**



**Abbildung 8 Kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit der PartnerIn anders als „Deutsch“ (0: trifft nicht zu (keine PartnerIn), 1: ja, 2: nein) für die Zeitpunkte t0 und t1**

Anders ist es bei Erfahrungen mit Patient/-innen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben als „Deutsch“. Hier geben zum Zeitpunkt t<sub>0</sub> bis auf einen Teilnehmer alle an, bereits Erfahrungen gemacht zu haben und auch zum Zeitpunkt t<sub>1</sub> sind es mit 21 Teilnehmern 84,00%.



**Abbildung 9 Erfahrung mit PatientInnen mit anderem kulturellen Hintergrund/ethnischer Zugehörigkeit als „Deutsch“ (1: ja, 2: nein) für die Zeitpunkte t0 und t1**

Wie groß die Anzahl der Reisen der Teilnehmer ins EU- oder nicht europäische Ausland ist, ist in Abbildung 10 und Abbildung 11 dargestellt. Während knapp die Hälfte der Teilnehmer zum Zeitpunkt t<sub>0</sub> angibt, bereits mehr als zehn Reisen innerhalb der EU unternommen zu haben, sind es zum späteren Zeitpunkt t<sub>1</sub> mit 7 Teilnehmern noch 28,00%. Bei den Reisen in Länder außerhalb der EU liegt der Modus zu beiden Zeitpunkten bei ein bis vier Aufenthalten.

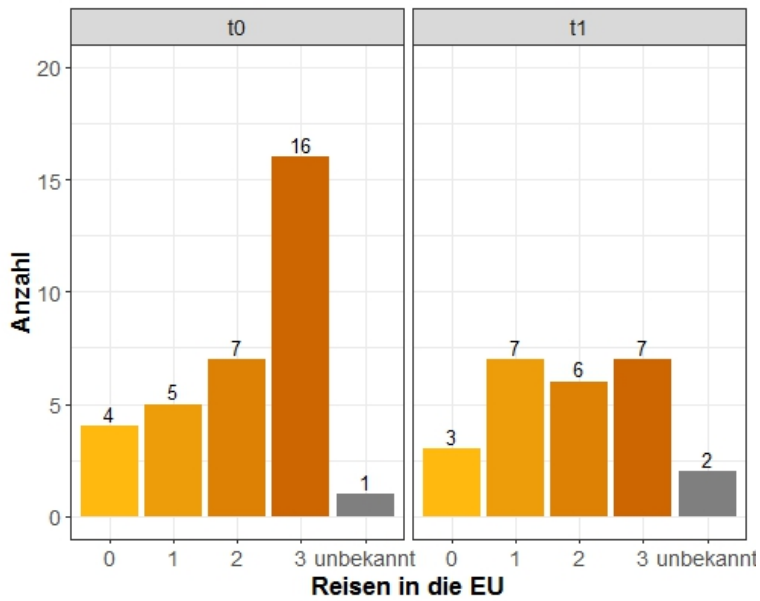


Abbildung 10 Anzahl der Reisen ins EU-Ausland (0: keine, 1: 1-4, 2: 5-10, 3: mehr als 10) für die Zeitpunkte t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>

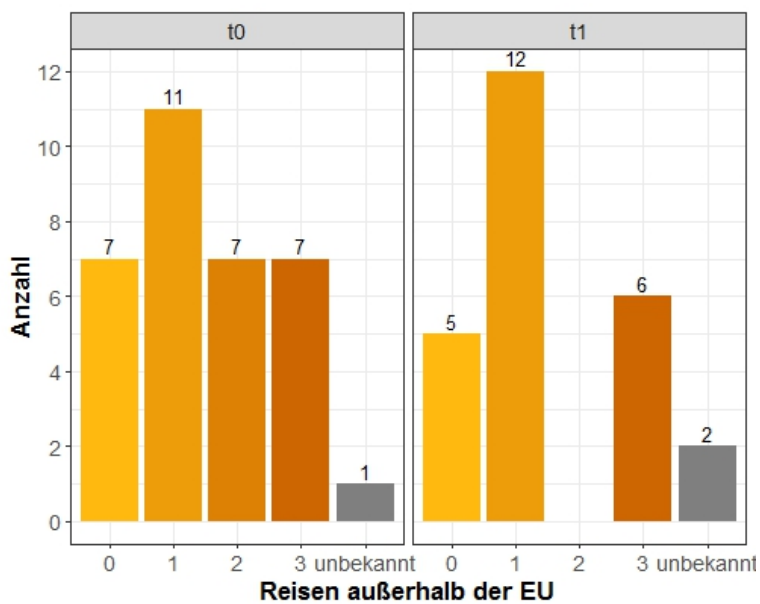


Abbildung 11 Anzahl der Reisen ins Nicht-EU Ausland (0: keine, 1: 1-4, 2: 4-10, 3: mehr als 10) für die Zeitpunkte t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>

## 5.1.4 Zusammenhangsanalyse

### 5.1.4.1 Explorative Analyse der Scores

Allgemein werden zu beiden Zeitpunkten t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub> für den Gesamtscore beider Fragebögen, sowie die enthaltenen Subskalenscores, jeweils über alle Teilnehmer hinweg die statistischen Kennzahlen, Minimum, Maximum, 1. Quantil, Median, 3. Quantil, Mittelwert, Standardabweichung und die Anzahl

an Teilnehmern berechnet, wobei die fehlenden Werte außen vor gelassen werden.

Zusätzlich wird für alle Subskalenscores die Standardabweichung in den Antworten pro Teilnehmer bestimmt. Die Streuung für die einzelnen Teilnehmer und die zugehörigen Gesamtscores ergibt sich dann als Mittelwert der Standardabweichungen für die Subskalen. Da die erste Subskala im Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing (KS-EBN) nur aus einer Frage besteht, kann hier keine Standardabweichung pro Teilnehmer berechnet werden und die Streuung für den Gesamtscore basiert nur auf der zweiten und dritten Subskala. Die Streuung des Gesamtscores zur kulturellen Achtsamkeit ergibt sich hingegen pro Teilnehmer als Mittel über die Standardabweichungen aller fünf Subskalen. Fehlende Werte im Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit werden auch hier nicht berücksichtigt, im zweiten Fragebogen existieren keine fehlenden Werte. Für die Streuung der einzelnen Scores werden ebenfalls über alle Teilnehmer hinweg wieder die genannten statistischen Kennzahlen berechnet.

Dargestellt werden die Ergebnisse der Verteilung der Gesamtscores und Subskalenscores, sowie die Verteilung der Streuung der Teilnehmer in diesen jeweils grafisch und tabellarisch. Zusätzlich existiert für beide Fragebögen ein tabellarischer bivariater Überblick mit denselben statistischen Kennzahlen, in dem der Gesamtscore und die Subskalenscores detaillierter nach den soziodemografischen Merkmalen dargestellt sind.

Aufgrund der resultierenden Menge an Grafiken und Tabellen, wird im Folgenden ein Ausschnitt vorgestellt und primär auf die Resultate für die jeweiligen Gesamtscores der beiden Fragebögen eingegangen.

### **Kulturelle Achtsamkeit**

Abbildung 12 beinhaltet die Verteilung der Gesamtscores aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit (CAS) und die nachfolgende Tabelle 3 zusätzlich eine Aufteilung nach den Mittelwerten und der Streuung in den Subskalen. Zu sehen ist, dass der Median mit 5,25 und der Mittelwert mit 5,21 für  $t_1$  geringfügig unter denen zum Zeitpunkt  $t_0$ , wo der Median 5,28 und der Mittelwert 5,21 beträgt, liegen. Größer ist hingegen die Streuung des Gesamtscores zum Zeitpunkt  $t_1$ . Allgemein haben allerdings, wie die Rücklaufquoten zeigten, weniger Teilnehmer die Fragebögen zu  $t_1$  ausgefüllt.

Ebenfalls kleinere Mittelwerte liegen in den Subskalen 1, 2, und 5 zu  $t_1$  vor, während sie für die Subskala 3 und 4 etwas höher sind. Die Standardabweichung wird hingegen in allen Subskalen größer bzw. bleibt in der Subskala 3 gleich.

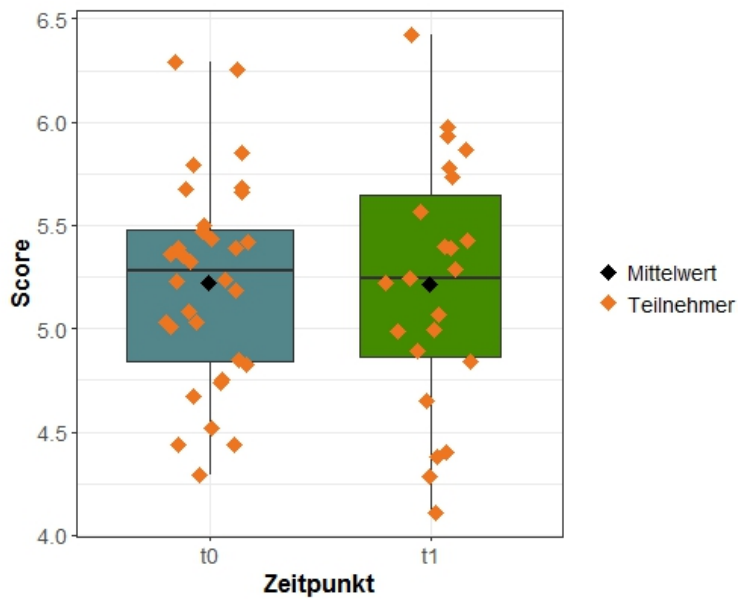


Abbildung 12 Verteilung des Gesamtscores aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte t0 und t1

	t <sub>0</sub>			t <sub>1</sub>		
	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Gesamtscore</b>	32	5,22	0,50	23	5,21	0,60
<b>Subskala 1</b>	32	5,03	0,61	23	4,95	0,76
<b>Subskala 2</b>	32	5,39	0,65	23	5,28	0,65
<b>Subskala 3</b>	32	4,78	0,98	23	4,96	1,15
<b>Subskala 4</b>	32	5,23	0,91	23	5,38	1,01
<b>Subskala 5</b>	32	5,69	0,88	23	5,48	1,09

Tabelle 3 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für den Gesamtscore (Minimum: 0; Maximum: 7) und die Subskalenscores (Minimum: 0; Maximum: 7) aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte t0 und t1

Die Streuung der Teilnehmer in ihrem Antwortverhalten ist in Abbildung 13 für den Gesamtscore dargestellt, die Mittelwerte und Standardabweichungen sind auch für die Subskalen in Tabelle 4 angegeben. Es zeigt sich, dass die Standardabweichung der Teilnehmer für den Gesamtscore zum Zeitpunkt t<sub>1</sub> mit 1,05 kleiner ist, als zum Zeitpunkt t<sub>0</sub> mit 1,12, die Teilnehmer demnach ähnlicher antworten. Ebenfalls liegt die mittlere Streuung der Teilnehmer in den Subskalen zum Zeitpunkt t<sub>0</sub> höher als zum Zeitpunkt t<sub>1</sub>. Nur für die Subskala 1 erhöht sich der Mittelwert über die Standardabweichungen.

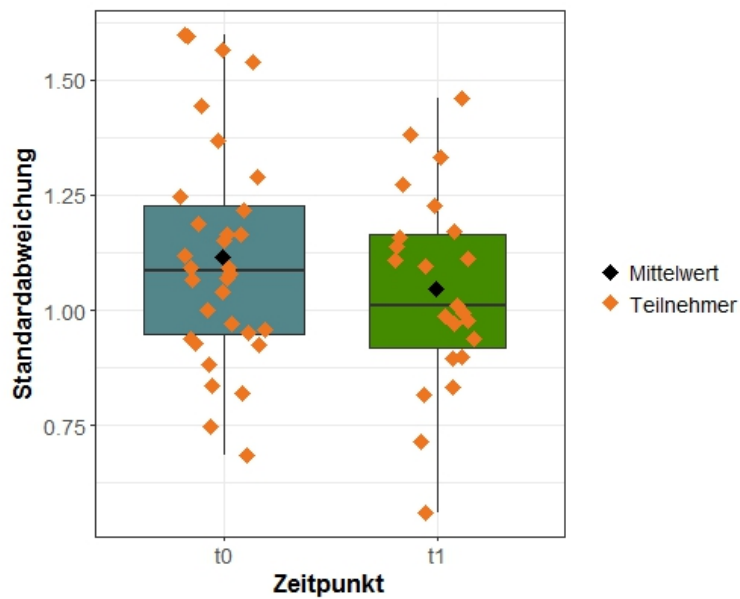


Abbildung 13 Verteilung der mittleren Streuung pro Teilnehmer über die Streuung in den Subskalenscores (1 bis 5) aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte t0 und t1

	t <sub>0</sub>			t <sub>1</sub>		
	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Gesamtscore</b>	32	1,12	0,24	23	1,05	0,21
<b>Subskala 1</b>	32	1,32	0,36	23	1,45	0,35
<b>Subskala 2</b>	32	1,09	0,44	23	1,03	0,45
<b>Subskala 3</b>	32	0,66	0,51	23	0,63	0,54
<b>Subskala 4</b>	32	1,49	0,74	23	1,18	0,74
<b>Subskala 5</b>	32	0,98	0,55	23	0,94	0,52

Tabelle 4 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD für die Streuung der Antworten der Teilnehmer in den Subskalenscores und die mittlere Streuung dieser für den Gesamtscore aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit für die Zeitpunkte t0 und t1

### Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing

In Abbildung 14 ist die Verteilung des Gesamtscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing dargestellt. Tabelle 5 beinhaltet anschließend einen Ausschnitt der statistischen Kennzahlen, die Anzahl an Teilnehmern, Mittelwerte und die Standardabweichung für den Gesamtscore und die drei Subskalenscores.



Zu sehen ist, dass sich der Mittelwert des Gesamtscores vom Zeitpunkt  $t_0$  zu  $t_1$  von 3,43 auf 4,51 erhöht. Noch deutlicher ist die Verbesserung in den durchschnittlichen Kenntnissen und Fähigkeiten bei der Betrachtung des Medians des Gesamtscores zu sehen, der von 3 auf 4,63 ansteigt. Auch in allen drei Subskalen sind die Mittelwerte zum Zeitpunkt  $t_1$  größer als zum Zeitpunkt  $t_0$ .

Die Standardabweichung liegt für den Gesamtscore bei 2,03 zu  $t_0$  und mit 1,62 zu  $t_1$  niedriger, womit die Streuung zwischen den unterschiedlichen Gesamtscores der Teilnehmer kleiner wird. Ebenfalls geringer wird die Standardabweichung für die Subskala 3, während sich die Streuung für die Subskala 1 und Subskala 2 erhöht.

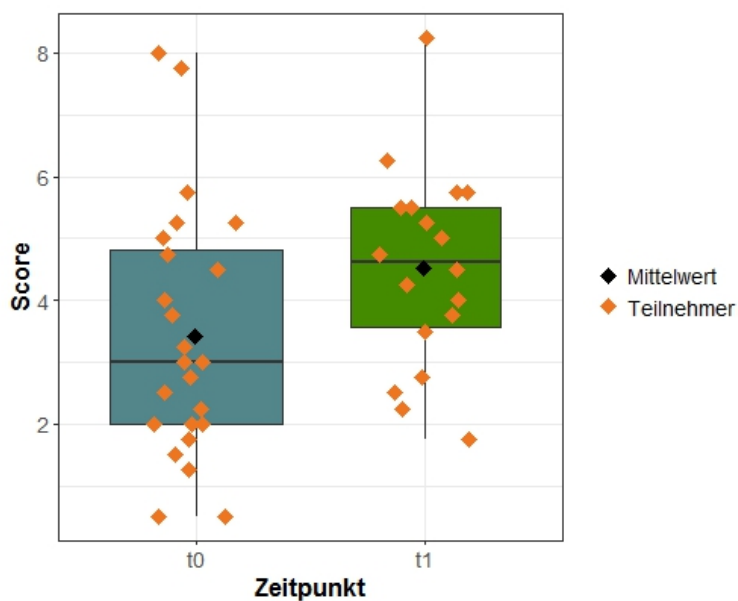


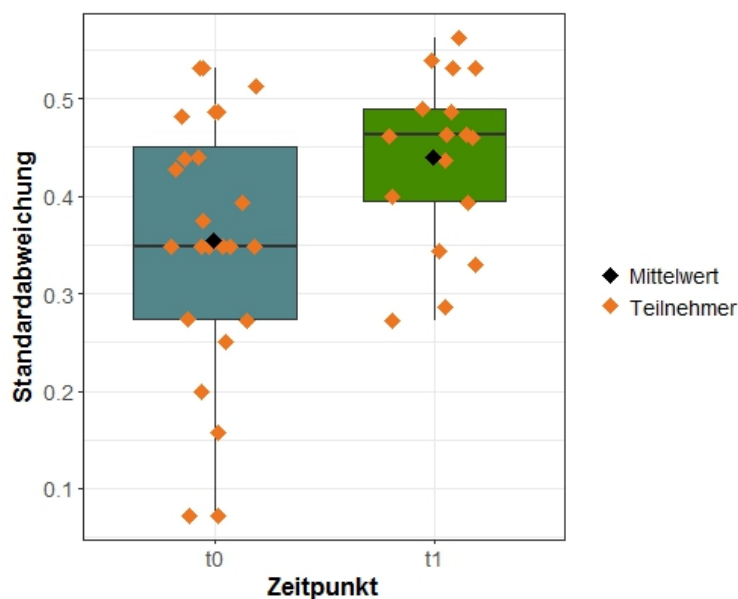
Abbildung 14 Verteilung des Gesamtscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte  $t_0$  und  $t_1$

	$t_0$			$t_1$		
	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Gesamtscore</b>	24	3,43	2,03	18	4,51	1,62
<b>Subskala 1</b> min.: 0; max.: 2	24	0,29	0,39	18	0,36	0,51
<b>Subskala 2</b> min.: 0; max.: 4	24	1,09	0,81	18	1,65	0,87
<b>Subskala 3</b> min.: 0; max.: 6	24	2,04	1,22	18	2,50	0,82

**Tabelle 5 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für den Gesamtscore (Minimum: 0; Maximum: 12) und die Subskalenscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte t0 und t1**

Die Ergebnisse, die Verteilung des Gesamtscores und die Mittelwerte und Standardabweichungen der Subskalenscores sind für die Streuung der Antworten der individuellen Teilnehmer in Abbildung 15 und Tabelle 6 angegeben.

Deutlich größer ist der Mittelwert der Standardabweichungen der einzelnen Teilnehmer für den Gesamtscore mit 0,44 zum Zeitpunkt  $t_1$  über dem Wert 0,35 zu  $t_0$ . Der Median liegt mit 0,46 sogar über dem 75%-Quantil der Standardabweichungen zu  $t_0$ . Insgesamt ist damit die Standardabweichung der Teilnehmer in ihren Antworten zum Zeitpunkt  $t_1$  im Schnitt höher, die Streuung der Standardabweichungen selbst wiederum ist dagegen kleiner. Analog sind die Werte von der Tendenz her in den beiden Subskalen.



**Abbildung 15 Verteilung der mittleren Streuung pro Teilnehmer über die Streuung in den Subskalenscores (2 und 3) aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte t0 und t1**

	t <sub>0</sub>			t <sub>1</sub>		
	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Gesamtscore</b>	24	0,35	0,13	18	0,44	0,09
<b>Subskala 2</b>	24	0,30	0,16	18	0,39	0,15
<b>Subskala 3</b>	24	0,41	0,17	18	0,49	0,05

**Tabelle 6 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für die Streuung der Antworten der Teilnehmer in den Subskalenscores und die mittlere Streuung dieser für den Gesamtscore aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing für die Zeitpunkte t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>**

#### 5.1.4.2 Signifikanztest

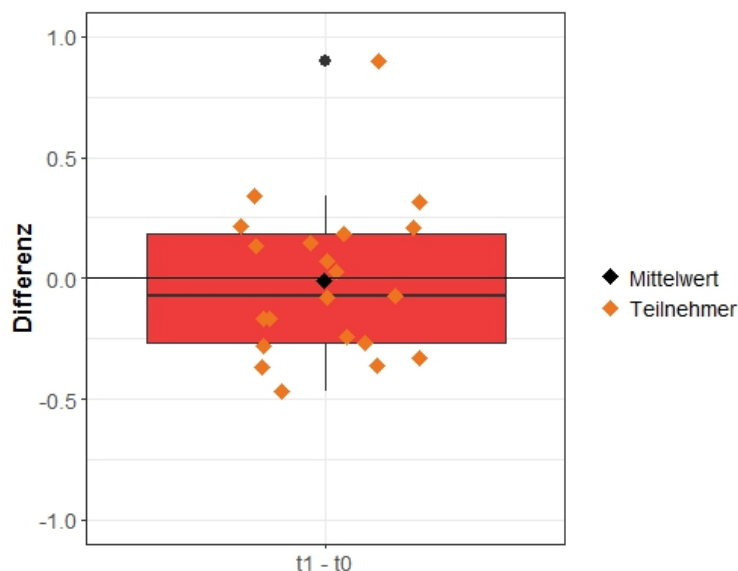
Um zu den Hypothesen zu untersuchen, ob sich eine signifikante Erhöhung des Gesamtscores für die kulturelle Achtsamkeit und die Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing nach der Teilnahme an dem Kurs mit dem neu konzipierten kompetenzorientierten Lehrkonzept zeigt, wird für beide jeweils ein einseitiger verbundener t-Test berechnet (Fahrmeir et al., 2007). Mithilfe des t-Tests für zwei Stichproben kann allgemein in diesen untersucht werden, ob sich die Mittelwerte eines Merkmals statistisch signifikant von einem anderen, unterscheiden. Ein einseitiger Test wird daher durchgeführt, da in den Hypothesen der Studie bereits die Richtung des Zusammenhangs, größere Gesamtscores zum Zeitpunkt t<sub>1</sub> gegenüber dem Zeitpunkt t<sub>0</sub>, festgelegt wurde. Die Verbundenheit ist notwendig, da in der vorliegenden Begleitstudie dieselben Personen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten befragt wurden und damit die Ergebnisse beider Zeitpunkte voneinander abhängig sind.

Voraussetzung des t-Tests ist die Annahme einer Normalverteilung für das Merkmal, das in den beiden Gruppen verglichen werden soll. Inhaltlich liegen hierzu keine Informationen zu den beiden Gesamtscores vor, auch ist der Stichprobenumfang nicht ausreichend groß genug, sodass allgemein eine approximative Normalverteilung der Scores angenommen werden könnte. Die Scores sind jedoch durch die vorgegebene Skala im Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit und die maximal zu erreichende Punktzahl im Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing nach oben und unten auf einen konkreten Wertebereich beschränkt, sodass keine Ausreißer vorliegen können, für welchen der t-Test instabil wäre. Robust ist er hingegen für den begrenzten Wertebereich, weshalb der Test in beiden vorliegenden Testproblemen angewendet wird.

### Verbesserung der kulturellen Achtsamkeit

Die zugrunde liegende Hypothese zur kulturellen Achtsamkeit ist, dass sich diese durch die Teilnahme der Student/-innen an dem neu konzipierten Kurs verbessert und dies in einer signifikanten Erhöhung des zugehörigen Gesamtscores resultiert.

Konkret wird getestet, ob der Mittelwert der Gesamtscores pro Person vom Zeitpunkt  $t_0$  zum Zeitpunkt  $t_1$  signifikant größer wird. Als Überblick ist in Abbildung 16 die Verteilung der Differenzen des Gesamtscores pro Teilnehmer dargestellt. Die Abbildung basiert nach Tabelle 1 auf den Fragebögen von 21 Teilnehmern. Zu sehen ist, dass sowohl der Median, als auch der Mittelwert negativ sind, demnach der Gesamtscore im Schnitt zum Zeitpunkt  $t_1$  geringfügig niedriger als zum Zeitpunkt  $t_0$  liegt. Insgesamt sind die Werte betragsmäßig mit  $-0,073$  und  $-0,013$  sehr klein. Die Standardabweichung der Differenz liegt bei  $0,32$ . Über den t-Test kann daher keine signifikante Erhöhung des Gesamtscores der CAS vom Zeitpunkt  $t_0$  zu  $t_1$  nachgewiesen werden ( $p$ -Wert:  $0.5714$ ).



**Abbildung 16** Verteilung der Differenzen des Gesamtscores ( $t_1 - t_0$ ) aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit und die konkreten Differenzen der einzelnen Teilnehmer

In Tabelle 7 sind weiter die Mittelwerte der Differenz des Gesamtscores genauer nach den soziodemografischen Merkmalen zum Zeitpunkt  $t_0$  enthalten. Die Teilnehmer, für die das jeweilige Merkmal unbekannt ist, da sie keine Angabe gemacht haben, sind in der Tabelle nicht dabei. Dies geschieht, da wie in Tabelle 2 zu sehen war, nur vereinzelt Teilnehmer die Fragen zu den soziodemografischen Merkmalen nicht beantwortet haben, weiterhin zur Berechnung der Differenz ohnehin nur die Teilnehmer mit einbezogen wurden, die den Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit zu beiden Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  ausgefüllt haben und somit die Zahl noch weiter reduziert ist. Zu beachten ist allgemein, dass die Mittelwerte lediglich auf Basis der genannten 21 Teilnehmer berechnet wurden und somit pro Kategorie für die soziodemografischen Merkmale teilweise nur die

Werte von Einzelpersonen darstellen, weshalb ergänzend die Häufigkeiten für die einzelnen Kategorien mit angegeben sind.

Der Großteil der Mittelwerte liegt nahe bei null, betragsmäßig etwas größer sind die Werte für die Anzahl an Reisen außerhalb Europas, wobei für 1 bis 4 Reisen der Gesamtscore zu  $t_1$  im Mittel um 0,309 höher liegt als zu  $t_0$  und für 5 bis 10 Reisen um -0,286 niedriger.

		N	MW			N	MW
<b>Geschlecht</b>	weiblich	20	-0,01	<b>Anzahl der Reisen ins Nicht-EU-Ausland</b>	keine	5	-0,11
	männlich	1	-0,17		1-4	6	0,31
<b>Alter</b>	18-21 Jahre	3	0,05		5-10	4	-0,29
	22 – 25 Jahre	17	-0,01		>10	6	-0,07
	26 – 29 Jahre	2	0,03	<b>Berufstätigkeit neben dem Studium in der Pflege</b>	keine	3	0,13
	>30 Jahre	2	0,13		geringfügig	2	0,12
<b>Kultureller Hintergrund<sup>1</sup></b>	ja	5	-0,06		Teilzeit <50%	7	0,01
	nein	16	0,00		Teilzeit 50%	9	-0,11
<b>Kultureller Hintergrund PartnerIn<sup>2</sup></b>	trifft nicht zu <sup>4</sup>	4	0,14		Teilzeit >50%	0	-
	ja	4	-0,09	Vollzeit	0	-	
	nein	13	-0,04	<b>Berufstätigkeit neben dem Studium nicht in der Pflege</b>	keine	17	-0,02
<b>Kultureller Hintergrund</b>	ja	21	-0,01		geringfügig	3	-0,01
	nein	0	-		Teilzeit <50%	0	-
<b>Anzahl der Reisen ins EU-Ausland</b>	keine	3	-0,14		Teilzeit 50%	1	0,13
	1-4	3	0,01		Teilzeit > 50%	0	-
	5-10	6	0,03	Vollzeit	0	-	
	>10	9	-0,01				

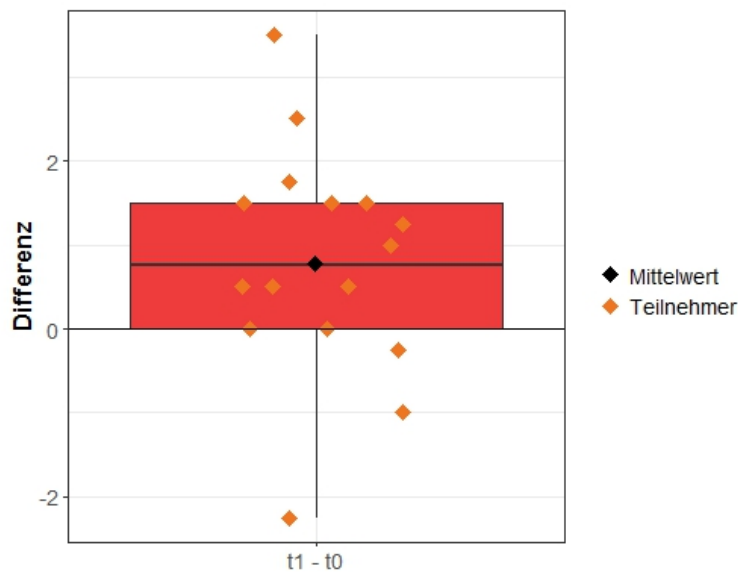
**Tabelle 7 Anzahl der Teilnehmer (N) und Mittelwerte (MW) der Differenz für den Gesamtscore zur kulturellen Achtsamkeit ( $t_1 - t_0$ ) für die Charakteristika der Studienpopulation (<sup>1</sup>: Eigener kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit anders als Deutsch, <sup>2</sup>: Kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit der PartnerIn anders als Deutsch, <sup>3</sup>: Erfahrung mit PatientInnen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben als Deutsch, <sup>4</sup>: trifft nicht zu (keine PartnerIn))**

### **Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing**

Analog zur Hypothese zur Verbesserung der kulturellen Achtsamkeit ist die zweite Hypothese zum Fragebogen mit den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing, dass sich diese durch die Teilnahme der Student/-innen an dem Kurs verbessert, was sich in einer Erhöhung des Gesamtscores zeigt. Damit ist auch hier die Grundlage für den t-Test, ob sich die Mittelwerte der individuellen Gesamtscores zu beiden Zeitpunkten  $t_0$  und  $t_1$  unterscheiden, speziell ob der Gesamtscore zum Zeitpunkt  $t_1$  höher liegt, als zum Zeitpunkt  $t_0$ .

Die Differenz der Gesamtscores pro Teilnehmer vom Zeitpunkt  $t_1$  und Zeitpunkt  $t_0$  zeigt Abbildung 17, wobei nach Tabelle 1 für insgesamt 16 Teilnehmer ausgefüllte Fragebögen zu beiden Zeitpunkten vorliegen und somit die Differenz berechnet werden kann. Im Gegensatz zu dem Gesamtscore bei

der kulturellen Achtsamkeit liegen hier, sowohl der Median, als auch der Mittelwert deutlich im positiven Bereich bei 0,75 und 0,78, auch die Standardabweichung ist mit 1,37 größer.



**Abbildung 17 Verteilung der Differenzen des Gesamtscores ( $t_1 - t_0$ ) aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing und die konkreten Differenzen der einzelnen Teilnehmer**

Die positive Tendenz bestätigt auch der t-Test, der für die vorliegenden Daten einen signifikanten Unterschied zeigt (p-Wert: 0.0185), sodass die Hypothese, dass sich der Gesamtscore aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing über die Teilnahme an dem neu konzipierten kompetenzorientierten Lehrkonzept erhöht, angenommen werden kann.

		N	MW			N	MW
<b>Geschlecht</b>	weiblich	15	0,80	<b>Alter</b>	18-21 Jahre	2	1,13
					22-25 Jahre	12	0,92
	männlich	1	0,50		26-29 Jahre	1	1,50
					>30 Jahre	1	-2,25

**Tabelle 8 Anzahl der Teilnehmer (N) und Mittelwerte (MW) der Differenz der Gesamtscores für die Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing ( $t_1 - t_0$ ) für die Charakteristika der Studienpopulation (1: Eigener kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit anders als Deutsch, <sup>2</sup>: Kultureller Hintergrund/Ethnische Zugehörigkeit der PartnerIn anders als Deutsch, <sup>3</sup>: Erfahrung mit PatientInnen, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben als Deutsch, <sup>4</sup>: trifft nicht zu (keine PartnerIn))**

In Tabelle 8 sind die Mittelwerte der Differenz des Gesamtscores nach den soziodemografischen Merkmalen zum Zeitpunkt  $t_0$  aufgeschlüsselt dargestellt. Abgebildet sind lediglich das Alter und Geschlecht, da die anderen Merkmale spezifisch für die kulturelle Achtsamkeit erhoben wurden. Den Part mit den soziodemografischen Fragen aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit haben

alle Teilnehmer, die zu beiden Zeitpunkten den Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing ausgefüllt haben, ebenfalls beantwortet.

Wie im vorhergehenden Abschnitt ist zu beachten, dass die Mittelwerte damit nur für die verbliebenen 16 Teilnehmer mit Fragebögen zu beiden Zeitpunkten berechnet wurden und somit wenige Personen pro Kategorie vorliegen. Der Vollständigkeit halber sind daher wieder die Häufigkeiten der Teilnehmer für die Kategorien mit angegeben. Teilnehmer, die keine Angaben gemacht haben, werden analog außen vor gelassen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Mittelwerte der Differenzen der beiden Zeitpunkte zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing im Gegensatz zu denen zur kulturellen Achtsamkeit betragsmäßig deutlich größere Werte annehmen, wie sich auch in Abbildung 17 und durch das Ergebnis des t-Tests zu sehen war. Genauer werden die Werte nicht verglichen, da beim Geschlecht bis auf einen Teilnehmer alle weiblich sind und beim Alter drei Viertel zwischen 22 und 25 Jahren.

#### 5.1.4.3 Korrelationen

Da die Teilnehmerzahl in dem Pilotprojekt gering ist, lässt sich insbesondere kein statistisches Regressionsmodell formulieren, in dem wie im t-Test nicht nur statistisch geprüft werden kann, ob sich die Gesamtscores der beiden Fragebögen allgemein jeweils zum Zeitpunkt  $t_1$  gegenüber  $t_0$  erhöhen, sondern auch weitere mögliche Einflussfaktoren auf die Verbesserung der Gesamt- oder Subskalenscores, wie beispielsweise die soziodemografischen Merkmale, identifiziert werden können.

Im Folgenden werden zur weiteren Überprüfung eines eindimensionalen Zusammenhangs der soziodemografischen Merkmale mit dem Gesamtscore und den einzelnen Subskalenscores Korrelationen zwischen diesen dargestellt. Für die soziodemografischen Merkmale mit zwei Ausprägungen wird dazu der Korrelationskoeffizient nach Pearson und für mehrkategoriale Merkmale der nach Spearman berechnet (Fahrmeir et al. 2007).

Allgemein sollte dabei wie gehabt bei der Interpretation der Korrelationen die geringe Anzahl an Teilnehmern in einigen Kategorien für die soziodemografischen Merkmale berücksichtigt werden, sodass die Korrelationen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Zugrunde liegen der Berechnung der Korrelationen abermals alle Teilnehmer, die die jeweiligen Fragebögen zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt haben.

## Kulturelle Achtsamkeit

Tabelle 9 enthält die Ergebnisse der berechneten Korrelationen zwischen dem Gesamtscore und den Subskalen aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit mit den soziodemografischen Merkmalen getrennt für die beiden Zeitpunkte  $t_0$  und  $t_1$ .

Die Subhypothesen bezogen auf die soziodemografischen Merkmale der Hypothese, dass sich die kulturelle Achtsamkeit nach Teilnahme an den Kursen erhöht, lauten:

- Die Berufstätigkeit parallel zum Studium in einem anderen Beruf als der Pflege korreliert positiv mit der kulturellen Achtsamkeit, vor allem mit Subskala 1 und Subskala 2.
- Der eigene kulturelle Hintergrund anders als „Deutsch“ korreliert positiv mit der kulturellen Achtsamkeit, vor allem mit Subskala 1 und Subskala 2.
- Der kulturelle Hintergrund der Partner/-in anders als „Deutsch“ korreliert positiv mit der kulturellen Achtsamkeit, vor allem mit Subskala 1 und Subskala 2.
- Die Erfahrung mit Patient/-innen, die einen kulturellen Hintergrund haben, der anders ist als „Deutsch“, korreliert positiv mit der kulturellen Achtsamkeit, vor allem mit Subskala 1, Subskala 2 und Subskala 5, wobei anzunehmen ist, dass alle Teilnehmer/-innen angegeben haben, Erfahrungen mit solchen Patient/-innen zu haben.
- Die Anzahl der Reisen außerhalb der EU korreliert positiv mit der kulturellen Achtsamkeit, vor allem mit Subskala 1 und Subskala 2.

Zum Zeitpunkt  $t_0$  sind größere negative Korrelationen zwischen der Berufstätigkeit in der Pflege und der Subskala 1, sowie der Anzahl der Reisen ins EU-Ausland und dem Gesamtscore und der Subskala 2 und 3 zu sehen. Ebenfalls ist die Korrelation zwischen der Anzahl der Reisen außerhalb der EU mit der Subskala 1 negativ, das heißt den Daten nach haben die Teilnehmer mit einer höheren Anzahl an Reisen außerhalb der EU kleinere Werte in der Subskala 2 und die Hypothese kann darüber nicht bestätigt werden. Neben diesen ist die positive Korrelation zwischen den Altersklassen und der Subskala 3 vergleichsweise hoch.

Für den Zeitpunkt  $t_1$  weist speziell der Zusammenhang zwischen der Berufstätigkeit in der Pflege und Subskala 4 eine höhere negative Korrelation auf. Ansonsten sind erneut größere negative Korrelation für die Anzahl der Reisen ins EU-Ausland und nun Subskala 1 und die Anzahl der Reisen außerhalb der EU und Subskala 2 zu sehen, womit analog die Hypothese, dass eine positive Korrelation zwischen der Anzahl an Reisen außerhalb der EU und Subskala 2 besteht, nicht bestätigt werden kann.

Die betragsmäßig kleineren Korrelationen werden aufgrund ihrer Größe und der teilweise geringen Teilnehmerzahl bezogen auf einzelne Kategorien in der Interpretation der Hypothesen nicht weiter berücksichtigt.



Charakteristika der TeilnehmerInnen	Erhebungszeitpunkt t <sub>0</sub>					
	Gesamtscore	Subskala 1	Subskala 2	Subskala 3	Subskala 4	Subskala 5
Geschlecht	-0,05	0,01	0,00	-0,09	-0,13	0,08
Alter	0,19	0,06	0,05	0,39	-0,04	0,24
Beruf in der Pflege	-0,20	-0,46	0,16	0,06	-0,21	-0,24
Beruf nicht in der Pflege	0,00	0,16	-0,11	-0,06	-0,09	0,16
Kultureller Hintergrund	-0,02	0,05	0,08	-0,15	-0,19	0,24
Kultureller Hintergrund PartnerIn	-0,14	0,00	-0,05	-0,12	-0,11	-0,12
Kultureller Hintergrund PatientInnen	-	-	-	-	-	-
Anzahl der Reisen ins EU-Ausland	-0,36	-0,18	-0,39	-0,38	0,09	-0,20
Anzahl der Reisen ins Nicht-EU Ausland	-0,17	-0,34	-0,10	0,03	-0,08	0,02
Charakteristika der TeilnehmerInnen	Erhebungszeitpunkt t <sub>1</sub>					
	Gesamtscore	Subskala 1	Subskala 2	Subskala 3	Subskala 4	Subskala 5
Geschlecht	0,02	-0,09	-0,14	0,11	-0,13	0,20
Alter	0,00	0,06	0,13	-0,09	-0,10	-0,02
Beruf in der Pflege	-0,24	-0,24	0,22	-0,10	-0,40	-0,14
Beruf nicht in der Pflege	0,09	0,15	-0,04	0,10	-0,11	0,14
Kultureller Hintergrund	0,00	-0,27	-0,07	-0,06	0,01	0,29
Kultureller Hintergrund PartnerIn	-0,15	-0,26	-0,13	-0,20	0,16	-0,03
Kultureller Hintergrund PatientInnen	0,30	0,19	-0,16	0,26	0,25	0,28
Anzahl der Reisen ins EU-Ausland	-0,22	-0,30	-0,22	-0,22	0,22	-0,26
Anzahl der Reisen ins Nicht-EU Ausland	-0,09	0,02	-0,32	-0,10	0,01	-0,07

**Tabelle 9 Korrelation zwischen den soziodemografischen Merkmalen und dem Gesamtscore und Subskalen aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit getrennt für beide Zeitpunkt t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub>**

### **Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing**

In Tabelle 10 sind die Korrelationen zwischen den soziodemografischen Merkmalen Alter und Geschlecht und dem Gesamtscore und den drei Subskalen aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing abgebildet.

Hypothesen zu Zusammenhängen zwischen den Merkmalen und den Skalen existieren nicht. Höhere negative Korrelationen sind zwischen dem Geschlecht und dem Gesamtscore, Subskala 2 und Subskala 3 zum Zeitpunkt t<sub>0</sub> und zum Zeitpunkt t<sub>1</sub> zusätzlich für Subskala 1 zu sehen. Da in Tabelle 8 aber bereits ersichtlich wurde, dass nur ein Teilnehmer männlich ist, wird für den Zusammenhang

keine genauere Aussage getroffen. Ähnlich ist es beim Alter, wo der Großteil der Teilnehmer im Alter von 22 bis 25 Jahren ist, weshalb auch hier die größeren positiven Korrelationen zum Zeitpunkt  $t_0$  zwischen dem Alter und dem Gesamtscore und der Subskala 3, sowie zum Zeitpunkt  $t_1$  mit dem Gesamtscore und Subskala 2 nicht detaillierter interpretiert werden.

	$t_0$			
	Gesamtscore	Subskala 1	Subskala 2	Subskala 3
<b>Geschlecht</b>	-0,49	-0,12	-0,33	-0,58
<b>Alter</b>	0,52	0,15	0,28	0,46
	$t_1$			
	Gesamtscore	Subskala 1	Subskala 2	Subskala 3
<b>Geschlecht</b>	-0,59	-0,56	-0,48	-0,30
<b>Alter</b>	0,40	0,18	0,59	-0,04

**Tabelle 10** Korrelation zwischen den soziodemografischen Merkmalen (Alter und Geschlecht) und dem Gesamtscore und Subskalen aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing getrennt für beide Zeitpunkte  $t_0$  und  $t_1$

#### 5.1.4.4 Sensitivitätsanalyse zur Plausibilität der RC-Fragen

Der Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit enthält insgesamt zwei umgekehrt skalierte Fragen in der Subskala 1 und vier in der Subskala 4. Ziel der Sensitivitätsanalyse ist es, zu überprüfen, ob die Teilnehmer erkannt haben, dass diese Fragen von der Skalierung her anders ausgerichtet sind und sie entsprechend beantwortet haben. Um die Plausibilität der umgekehrt skalierten Fragen zu überprüfen, wird für die beiden Subskalen die Korrelation der Einzelfragen mit dem Subskalenscore ohne diese bestimmt. Zusätzlich wird für alle Subskalen allgemein Cronbach's Alpha berechnet.

	Subskala 1	Subskala 2	Subskala 3	Subskala 4	Subskala 5
<b>Cronbach's Alpha</b>	0,74	0,59	0,87	0,47	0,74

**Tabelle 11** Cronbach's Alpha für die fünf Subskalen aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit

Die Werte für Cronbach's Alpha sind in Tabelle 11 angegeben, wobei sich zeigt, dass die Werte speziell für die Subskala 2 und Subskala 4 niedriger liegen, als in den anderen dreien.

Bei den Korrelationen in Subskala 1 zeigt sich für die Fragen 19 und 22 aus dem Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit eine negative Korrelation mit dem Subskalenscore, wobei die Frage 19 ursprünglich nicht umgekehrt skaliert ist. Die Subskala 4 besteht insgesamt nur aus fünf Fragen, wobei bereits vier von diesen umgekehrt skaliert sind, sodass hier zur Plausibilitätsüberprüfung die normal skalierte Frage betrachtet wird, deren Korrelation nahe Null positiv ist.

Abgesehen von den beiden negativen Korrelationen zeigen sich weiterhin in Subskala 1, 2 und 4 auch sehr kleine Korrelationen, die zusätzlich einen Hinweis darauf geben können, dass die Fragen der Subskalen nicht alle reliabel sind.

Vergleicht man die unter 4.1, 4.2 und 4.3 beschriebene Analyse der Gesamt- und Subskalenscores mit derselben Analyse, die ohne die Fragen 19 und 22, die negativ mit dem Subskalenscore 1 korreliert sind, durchgeführt wird, zeigen sich insgesamt keine nennenswerten Unterschiede. Somit können zur Auswertung der Pilotstudie die bereits vorgestellten Ergebnisse herangezogen werden.

## *5.1.5 Zusammenfassung und Ausblick*

### 5.1.5.1 Zusammenfassung

Für die Auswertung im „CANDo“-Pilotprojekt zur Untersuchung der Verbesserung der kulturellen Achtsamkeit und der Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing nach der Teilnahme an einem neu konzipierten Lehr- und Lernkonzept werden Fragebögen von insgesamt einmal 34 (CAS) und einmal 26 (KS-EBN) Student/-innen ausgewertet. Vollständige Informationen liegen für 21 und 16 Teilnehmer zu zwei Zeitpunkten, vor und nach dem Kurs, vor.

Um den Unterschied zwischen den beiden Zeitpunkten zu quantifizieren werden aus den Fragebögen zur kulturellen Achtsamkeit und für die Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing jeweils pro Teilnehmer ein Gesamtscore und Subskalenscores für einzelne Teile der Fragebögen gebildet. Die Überprüfung der Hypothese, ob sich die jeweiligen Scores nach der Teilnahme an dem Kurs erhöht haben, erfolgt über einen einseitigen t-Test, wobei sich für die kulturelle Achtsamkeit kein nachweisbarer Effekt zeigt (p-Wert: 0.5714), während eine signifikante Verbesserung der Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing in den Daten nachgewiesen werden kann (p-Wert: 0.0185). Für eine detaillierte Analyse der Unterschiede zwischen den verschiedenen Teilnehmern werden Korrelationen zwischen den Gesamt- und Subskalenscores mit den soziodemografischen Merkmalen berechnet.

Insgesamt ist die Teilnehmerzahl in den unterschiedlichen Kategorien der soziodemografischen Merkmale allerdings sehr gering und häufig gehört der Großteil der Teilnehmer derselben Kategorie an, sodass in anderen Kategorien nur vereinzelt oder gar keine Teilnehmer sind. Die Korrelationen werden daher nicht genauer interpretiert, wobei tendenziell die Subhypothesen zu den soziodemografischen Merkmalen nicht bestätigt werden können.

### 5.1.5.2 Ausblick auf eine weiterführende Studie und Desiderat

Im Hinblick auf eine weitere Studie wird neben den vorgestellten Analysen der Pilotstudie eine Fallzahlplanung durchgeführt. Grundlegende Annahmen dieser sind eine Power von 80%, ein Signifikanzniveau von 5%, sowie die, sich in den Analysen gezeigte Streuung für die Differenz des Gesamtscores der beiden Zeitpunkte für die kulturelle Achtsamkeit, also 0,32.

Um damit einen minimal relevanten Effekt der Hälfte dieser Streuung, also eine minimale Differenz von 0,16 zwischen den Zeitpunkten im Gesamtscore in neuen Daten zu sehen, ist eine Teilnehmerzahl mit vollständigen Fragebögen zu beiden Zeitpunkten von 34 Personen notwendig. Verkleinert man den minimalen Effekt auf 0,1 sind es 83 Teilnehmer. Da, wie die Rücklaufquoten und auch das Vorkommen vieler fehlender Werte für einzelne Teilnehmer in den Subskalen zeigen, mit Ausfällen zu rechnen ist, sind diese zusätzlich, je nach Rekrutierung der Teilnehmer, bei der Anzahl dieser zu berücksichtigen.

Zur Untersuchung der Verbesserung bietet sich dann weiterhin primär die dargestellte Durchführung eines t-Tests für die Differenz des Gesamtscores beider Zeitpunkte an. Die Beschreibung des Einflusses der soziodemografischen Merkmale kann, wenn ein Effekt für die Differenz vorliegt, anschließend über ein lineares Modell mit der Differenz als Zielgröße und den Merkmalen als Kontrollvariablen erfolgen. Hierzu ist es, bezogen auf die Kenntnisse und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing weiterhin sinnvoll, relevante soziodemografische Merkmale auch in diesem Fragebogen zu erheben, sodass sie auch bekannt sind, wenn ein Teilnehmer nur diesen, aber nicht den Fragebogen zur kulturellen Achtsamkeit ausgefüllt hat. In die soziodemografischen Merkmale sind Einflussfaktoren auf die Kenntnisse und Fähigkeiten in EBN einzubeziehen.

Die Generierung des fünfstelligen Codes zur Identifikation der Fragebögen sollte zukünftig über eindeutige und für die TeilnehmerInnen leicht zu erinnernde Daten erfolgen, beispielsweise erster Buchstabe des Vornamens der Mutter, Monat und Jahr des Geburtsdatums des Vaters im Format „mmjj“.

## 5.2 Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion (Herold-Majumdar Astrid)

### 5.2.1 Charakteristika der FokusgruppenteilnehmerInnen

Die leitfadengestützte Fokusgruppendifkussion fand in zwei Gruppen am 08.02.2017 (Fokusgruppe 0802, 4 TeilnehmerInnen) und am 09.02.2017 (Fokusgruppe 0902, 3 TeilnehmerInnen) statt. Aufgrund der geringen Stichprobengröße werden die Daten in tabellarischer Form dargestellt. Auf eine deskriptive Analyse wird verzichtet, weil bei  $n=7$  prozentuale Anteile statistisch wenig sinnvoll und aussagekräftig sind. Da sich in der Fokusgruppe nur ein Mann befand, wird auf die Zuweisung des Geschlechtes verzichtet, um die Anonymität zu wahren.

**Tabelle 12 Demographische Daten der FokusgruppenteilnehmerInnen**

Fokusgruppe	Alter	berufliche Qualifikation Pflege	Berufserfahrung i.d. Pflege	Fachweiterbildung i.d. Pflege	abgeschlossenes Studium i.d. Pflege	Fort-u. WB im Bereich Fallmanagement /Diagnostik	Vorerfahrung mit StudentInnen
1	25-31 Jahre	3	5-10 Jahre	1	0	0	1
1	25-31 Jahre	3	< 5 Jahre	0	0	0	1
1	25-31 Jahre	3	< 5 Jahre	0	0	0	1
1	39-45 Jahre	3	> 10 Jahre	0	0	1	1
2	46-52 Jahre	3	> 10 Jahre	1	0	0	0
2	60-65 Jahre	3	> 10 Jahre	1	0	1	1
2	53-59 Jahre	3	> 10 Jahre	1	0	1	1

**Legende 1: 0: „nein“ 1: „ja“ 3: examinierte Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn mit dreijähriger Ausbildung; „Studium Pflege“: abgeschlossenes Studium in der Pflege**

Die Altersspanne der TeilnehmerInnen ist hoch. Um die Anonymität der PartizipantInnen zu gewährleisten, wurde das Alter über Alterskorridore erfasst. Es gibt drei sehr junge TeilnehmerInnen mit einem Alter zwischen 25 und 31 Jahren und eine TeilnehmerIn, die über 60 Jahre alt ist. Nur ein Mann hat an der Fokusgruppendifkussion teilgenommen. Alle TeilnehmerInnen sind examinierte Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerInnen, wobei 4 TeilnehmerInnen über eine Fachweiterbildung in der Pflege verfügen. Keine TeilnehmerIn hat ein Studium in der Pflege absolviert, aber zwei TeilnehmerInnen studieren aktuell Pflegewissenschaft (B.Sc.). Drei PartizipantInnen haben eine Fort- bzw. Weiterbildung im Bereich Fallmanagement und Pflegediagnostik. Bis auf eine DiskutantIn haben alle Erfahrungen mit StudentInnen der Pflegewissenschaft. (vgl. Tabelle 12 *Demographische Daten der FokusgruppenteilnehmerInnen*)

Der Erhebungsbogen zu den demographischen Daten, der am Ende der Fokusgruppendifkussion von den PartizipantInnen ausgefüllt wurde, sah auch Fragen zu der beruflichen Qualifizierung und zur

beruflichen Weiterqualifizierung, sowie zum Studium mit offenen Antwortkategorien vor. Zudem gab es ein Feld, in dem freie Anmerkungen zu dem Angebot der kollegialen Beratung durch StudentInnen gemacht werden konnten. Die Freitextantworten werden in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 13: *Freitextantworten der FokusgruppenteilnehmerInnen*) zusammenfassend dargestellt.

**Tabelle 13: Freitextantworten der FokusgruppenteilnehmerInnen**

letzte, höchste berufliche Qualifikation	Fachweiterbildung	Studium Pflege	Fort-/WB	Tätigkeitsbereich	Anmerkung zum Angebot der kollegialen Beratung durch StudentInnen
examinierte Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn	Praxisanleiter	k.A.	k.A.	Kinderinfektiologie	k.A.
Examen	k.A.	k.A.	k.A.	Infektiologie	gute Möglichkeit der Verknüpfung Hochschule - Klinik, jedoch ausbaubar
Examen Gesundheits- und Krankenpflegerin	k.A.	k.A.	k.A.	Kinderinfektiologie	gute Erfahrung, viel Wissenszuwachs, hoffentlich mehr Fallberatungen in der Zukunft in die Praxis implementiert
PflegediagnostikerIn im Klinischen Fallmanagement	Leitung einer Station, Pflegediagnostik	k.A.	Fallmanagement (IfppS) und Pflegediagnostik (Herr Behel, Prof. Scapin)	Neonatologie	k.A.
gerontologische Fachpflegekraft	Stationsleitung	k.A.	k.A.	Krankenpflege, Kardiologie	für die Praxis sehr bereichernd
examinierte Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn	Qualitätsmanagement, Pflegedienstleitung, Case Management	k.A.	Case Management	Nothilfe	k.A.
examinierte Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn	Praxisanleiter, LIG, Wundassistent WuCert DGfW, Fachpflege I + I	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.

**Legende 2: k.A.: keine Angabe**

Fünf TeilnehmerInnen verfügen über Fachweiterbildungen und Fort- und Weiterbildungen, die ein breites Spektrum zeigen und schwerpunktmäßig in der fachlichen Vertiefung und nicht in der Weiterqualifizierung zur leitenden Pflegefachkraft liegen (vgl. Tabelle 13: *Freitextantworten der FokusgruppenteilnehmerInnen*). Drei PartizipantInnen äußern sich positiv zu dem Angebot der kollegialen Beratung, davon äußern zwei PartizipantInnen ausdrücklich den Wunsch, dass diese fortgesetzt wird.

## ***5.2.2 Transkription***

Die Transkription erfolgte in Microsoft Office<sup>®</sup> Word nach vorab definierten Transkriptionsregeln. Die Transkripte wurden absatzweise noch während der Transkription korrigiert. Bei unverständlichen Textstellen, an denen beispielsweise mehrere PartizipantInnen gleichzeitig redeten, wurde die Sequenz des Audio Files (VLC Media Player) mehrfach und verlangsamt angehört, um den Text möglichst genau zu rekonstruieren. Die Transkripte wurden als Gesamttext zweimal korrigiert, Zeitmarken wurden ggf. ergänzt, sodass jeder Absatz und alle unverständlichen Textstellen mit Zeitmarken versehen waren. Die Transkription der Fokusgruppendifkussion vom 08.02.2017 (Zeitdauer: 01:28:26) umfasst 27 Seiten und insgesamt 11.264 Wörter. Die Transkription der Fokusgruppendifkussion vom 09.02.2017 (Zeitdauer: 01:26:24) umfasst 27 Seiten und insgesamt 11.694 Wörter. Die Word-Dateien der anonymisierten Transkripte wurden in MAXQDA importiert und als getrennte Dateien in einer Dokumentengruppe angelegt.

## ***5.2.3 Codesystem und Kodierregeln***

Aus der theoretischen Fundierung und der explorativen Literaturanalyse von Tietze (2010) wurden systematisch Kategorien herausgearbeitet, die Einflussfaktoren für die kollegiale Beratung darstellen. Dieses Kategorienschema wurde deduktiv an das Material herangetragen. In der Literatur sind für diese Einflussfaktoren fördernde (im Kategoriensystem in MAXQDA mit „grün“ gekennzeichnet), hinderliche Wirkungen (im Kategoriensystem in MAXQDA mit „rot“ gekennzeichnet) oder unspezifische Wirkungen (im Kategoriensystem in MAXQDA mit „schwarz“ gekennzeichnet) auf den Beratungsprozess beschrieben. Das Codesystem umfasst **68 deduktiv entwickelte Subkategorien**, davon die nachfolgend aufgezählten **7 übergeordnete Kategorien**, die aus den bei Tietze (2010) beschriebenen Einflussfaktoren entwickelt wurden:

1. „Atmosphäre/Kultur“
2. „Rahmenbedingungen“
3. „Fallkonstellation“
4. „Haltung/Kompetenz der TeilnehmerInnen“
5. „Beratungsprozess“
6. „gruppendynamischer Prozess“
7. „handlungsorientierter Lösungsprozess“

Jeder Kategorie wird ein Code-Memo in MAXQDA angefügt, in dem Autor, Erstelldatum und Typ des Codes dokumentiert ist und in dem die Kategorie genau beschrieben und ggf. zusätzliche Kodierregeln formuliert sind. Im Memo wird auch dokumentiert, ob es sich um eine deduktive oder

induktiv entwickelte Kategorie handelt. Im Text werden die der Kategorie zugeordneten Sequenzen zusätzlich gewichtet, um Schlüsselzitate, also Sequenzen, die besonders typisch für die Kategorie sind, herauszuarbeiten. Somit entsteht ein Kodierschema, welches die regelgeleitete und nachvollziehbare Zuordnung des Materials zulässt.

#### ***5.2.4 neue, induktiv aus dem Material entwickelte Kategorien für Einflussfaktoren der kollegialen Fallberatung***

Aus den Sequenzen, die dem deduktiven Kategorienschema nicht zuzuordnen sind, werden induktiv neue Kategorien bzw. Subkategorien entwickelt. Insgesamt wurden **42 neue Subkategorien** und **4 neue übergeordnete Kategorien** aus dem Material entwickelt. Als übergeordnete Kategorien konnten aus dem Material folgende Konstrukte als förderliche Faktoren identifiziert werden:

- Kreativität
- Bewältigungsstrategien
- Wissenschaftlich fundiertes Wissen und Methodenkompetenz
- Motivation durch wahrgenommenen Nutzen.

In der Tabelle 14 werden die aus dem Material neu gewonnenen, übergeordneten Kategorien für förderliche Einflussfaktoren der kollegialen Fallberatung in der Pflege aufgeführt. Zu jeder Kategorie wird ein aussagekräftiges Schlüsselzitat genannt und die Kategorie wird hinsichtlich ihrer Bedeutung für die kollegiale Fallberatung in der Pflege beurteilt. Die vier übergeordneten Kategorien können auch als Konzepte verstanden werden, die spezifisch für die kollegiale Fallberatung in der Pflege beachtet werden sollten, sowohl bei Implementierung, der praktischen Umsetzung der kollegialen Fallberatung in der Klinik als auch bei zukünftigen Studien.



**Tabelle 14 übergeordnete Kategorien für Einflussfaktoren, die induktiv aus dem Material entwickelt wurden**

<b>Kreativität</b>
<p><b>Schlüsselzitat:</b></p> <p>P1: „Ähm. Also bei mir in der Gruppe das waren halt viele Studenten und Studentinnen da. Es ist wirklich ein Diskurs entstanden, innerhalb der Studierenden und hat mich dann selber auch noch einmal zum Nachdenken angeregt. Ähm. Ja, also das fand ich recht beeindruckend, dass die sich auch eingebracht haben und Ideen geäußert haben.“ (FG 0802 #00:00:42#)</p>
<p><b>Beschreibung und Bedeutung für die kollegiale Fallberatung in der Pflege:</b></p> <p>Zunächst konnte der letzte Satz der Sequenz der deduktiv angelegten, übergeordneten Kategorie „Haltung, Kompetenz der TeilnehmerInnen“ zugeordnet werden, jedoch fand sich im deduktiven Kategorienschema keine passende Subkategorie. In dem Text kommt nicht nur zum Ausdruck, dass der intensive Austausch und Diskurs als förderlich erlebt wird, sondern auch, das Einbringen von Ideen. Der Begriff der „Idee“ führte weiter zum Konzept der Kreativität, denn „Idee“ ist mehr als ein Gedanke oder ein wissenschaftlicher Beitrag zum Lösungsprozess. Der Begriff der „Idee“ beinhaltet, dass etwas Neues zum Fall kombiniert wird und Assoziationen durch die beratenden KollegInnen erfolgen, die neu sind und ungewöhnlich, also von der Alltagsroutine der ratsuchenden KollegIn abweichend. Kreativität „bezeichnet i.d.R. die Fähigkeit eines Individuums oder einer Gruppe, in phantasievoller und gestaltender Weise zu denken und zu handeln“<sup>1</sup>. Das sich Zeit nehmen können für den Fall und die Rückzugsmöglichkeit in den Konferenzraum, fernab von dem hektischen Praxisalltag, scheint eine Atmosphäre zu schaffen, die Kreativität ermöglicht. Dadurch dass die Studierenden von der Hochschule kommen und als nicht unmittelbar Betroffene mit einem frischen, unverstellten Blick auf den Fall schauen, können sie freier assoziieren und reflektieren. Sie können theoretische Hintergründe und Erfahrungen aus ähnlichen Situationen einbringen. Die Phantasie kann von der Moderation zusätzlich angeregt werden, indem mit Hilfe kreativer oder auch dramaturgischer Methoden der Blick auf den Fall verändert wird. In der kollegialen Beratung sieht die Phase der „Identifikationsrunde“ vor, dass die TeilnehmerInnen sich in die handelnden Personen hineinversetzen. Dies kann verstärkt werden, indem ggf. eine beratende KollegIn die Rolle der PatientIn übernimmt und konsequent aus dieser Rolle heraus spricht und argumentiert. Dabei kann sie auch typische Bewegungen nachahmen, um den Fall plastisch darzustellen. Oft können erst durch diese kreativen Methoden eingefahrene Denk- und Verhaltensmuster aufgelöst werden, um Lösungswege zu eröffnen. Bei besonders komplexen und schwierigen Fällen, bei denen das Behandlungsteam das Gefühl hat, auf der Stelle zu treten, kann die Kreativität der Peer-Gruppe eine Lösungsmöglichkeit eröffnen. Die dafür investierte Zeit kann sich mehrfach auszahlen, indem z.B. Komplikationen und Drehtüreffekte vermieden werden.</p>
<b>Bewältigungsstrategien</b>
<p><b>Schlüsselzitat:</b></p> <p>P1: „Ich fand es eine gute Erfahrung. Also, anfangs war man aufgeregt, und dann geht es irgendwie, wenn man den Fall vorträgt. Ähm. Also weder arg belastend noch arg entlastend. Aber einfach eine gute Erfahrung. (FG 0802 #01:15:11#)</p>
<p><b>Beschreibung und Bedeutung für die kollegiale Fallberatung in der Pflege:</b></p> <p>Gemeint sind hier Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Aufregung im Zusammenhang mit der Fallvorstellung und im Zusammenhang mit der Herausforderung, als FallerzählerIn im</p>

<sup>1</sup>Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Kreativität, online im Internet: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/82522/kreativitaet-v7.html>, zuletzt aufgerufen am 04.07.2017

Mittelpunkt des Kollegenkreises zu stehen. Die Sequenz konnte der deduktiv angelegten Kategorie „gruppenspezifischer Prozess“ zugeordnet werden, jedoch wird in der Literatur kaum beschrieben, dass ratsuchende KollegInnen mit der Rolle als FallbeobachterIn ggf. Aufregung erleben. Somit wurde aus dem Material die Subkategorie „Fallvorstellung erleichtert die anfängliche Hemmschwelle“ gebildet. Ein möglicher Grund für die Aufregung der FallbeobachterIn könnte die besondere Konstellation der Gruppe im „CANDo“-Projekt sein. Das Phänomen sollte im Auge behalten werden. Aufgrund der Geschichte der Pflege und der beruflichen Sozialisation kann es durchaus sein, dass Pflegefachpersonen Probleme damit haben, bei der Fallberatung als Fallbeobachterin im Mittelpunkt zu stehen. Bewältigungsstrategien im Umgang mit dieser Aufregung sind zu entwickeln und von der Moderation anzubieten. Deshalb wurde diese Kategorie auch als übergeordnete Kategorie induktiv aus dem Material entwickelt. In der Fokusgruppensitzung wurde berichtet, dass die strukturierte Fallvorstellung als entlastend in diesem Zusammenhang erlebt wurde.

### **Wissenschaftlich fundiertes Wissen und Methodenkompetenz**

#### **Schlüsselzitat:**

P4: „Also der theoretische Hintergrund, also es ist schon, also man geht ja ganz anders an den Fall, als wenn man jetzt vor Ort in der Pflege arbeitet. Man arbeitet das ja ganz anders auf. Also das ist schon wichtig, denke ich (...) da jemandem im Team zu haben, der das (..) WEIß, wie man so etwas angeht, die theoretischen Kenntnisse dazu hat, weil das fehlt einfach tatsächlich in der Praxis. Also.“ (FG 0802 #01:19:16#)

#### **Beschreibung und Bedeutung für die kollegiale Fallberatung in der Pflege:**

In der Literatur wird zwar die Gruppenzusammensetzung als wichtiger Einflussfaktor diskutiert, aber dass „Pflegefachpersonen mit Studium im Team“ [11 Codierungen] für die kollegiale Fallberatung in der Pflege förderlich sind, wurde in der Literatur noch nicht so deutlich wie in der Fokusgruppensitzung herausgearbeitet. Hervorzuheben ist, dass es nicht nur auf die theoretischen Kenntnisse ankommt, die von den Studierenden in den Fall eingebracht werden können, sondern auch darauf, dass der Fall aufgrund des wissenschaftlichen Hintergrundes ganz anders „aufgearbeitet“ und systematisch analysiert werden kann. Diese Kategorie überschneidet sich etwas mit der Kategorie „Systematik der Fallanalyse“ [12 Codierungen], die ebenfalls induktiv entwickelt werden konnte, stellt aber einen unmittelbaren Bezug zum wissenschaftlich fundierten und methodischen Wissen der Pflegefachpersonen mit Studium her.

### **Motivation durch wahrgenommenen Nutzen**

#### **Schlüsselzitat: (Nutzen für ähnlich gelagerte Fälle, Nutzen für die eigene, persönliche Entwicklung)**

P1: „Ja und durch das, dass du da über das mal wieder drüber nachdenkst gehst du beim nächsten Mal, wenn so ein Fall wieder kommt, ganz anders wieder damit um. Das ist ja/du entwickelst dich ja da // drin weiter. Macht ja jeder, das ist ja immer eine Weiterentwicklung // vom eigenen Handeln.“ (FG 0902 #00:59:48#)

#### **Schlüsselzitat: (Nutzen für die Klinik)**

P2: „Definitiv ist es auch, weil ich denke es ist ja (husten) auch für die Kliniken essentiell, weil so wiederkehrende Patienten bringen uns ja im Prinzip kein Geld, weil wenn sie immer wegen der gleichen, ähm, Diagnose oder Gesundheitsproblematik wieder kommen, dann generiert das für uns nichts mehr an Finanziellem, sondern, ähm, das sind Fälle, die uns enorm viel Geld kosten. Und ich denke halt mal, also da ist für mich Effizienz auch, ähm, also die Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen auf Effizienz ist für mich auch was ganz, ganz Entscheidendes. Weil, wenn/Das hat ja sowohl, als auch/das bedeutet für mich zum Einen, ähm, ich sag mal ganz überspitzt, ich müsste da drauf gar keinen Raupenberg legen, weil das sowieso keine Effizienz hat ODER sie ist so groß, dass

das was ganz, ganz Wesentliches wäre. Also, ähm, in diesem Spannungsfeld bewegen wir uns dann ja und, ähm, also da halte ich das schon für Wichtig.“ (FG 0902 #01:10:47#)

**Beschreibung und Bedeutung für die kollegiale Fallberatung in der Pflege:**

Nehmen die KollegInnen einen Nutzen der kollegialen Fallberatung unmittelbar wahr, fördert dies die Motivation, an der Fallberatung teilzunehmen. Der Nutzen wird dabei von den PartizipantInnen auf verschiedenen Ebenen gesehen: die Entwicklung eigener, persönlicher, beruflicher Kompetenzen der TeilnehmerIn, der Nutzen für die PatientIn, über dessen Fall beraten wurde, der Nutzen für PatientInnen in ähnlichen Situationen und der Nutzen für die Klinik.

Die Moderation könnte diesen Nutzen verstärkt herausarbeiten, um die Motivation der TeilnehmerInnen zu fördern. Interessant ist hierbei, dass es den TeilnehmerInnen nicht nur um die Lösung des Falles als unmittelbaren Nutzen der kollegialen Fallberatung geht, sondern auch um ihre eigene persönliche Entwicklung und um den Nutzen für die Klinik als Ganzes.

### ***5.2.5 Häufig diskutierte und bedeutungsvolle fördernde und hemmende Faktoren aus Sicht der Pflegefachpersonen der Klinik***

Folgende fördernde Faktoren, die unter Punkt 5.2.6 näher erläutert werden, wurden in den Fokusgruppendifkussionen besonders häufig (10 und mehr Codierungen) thematisiert und scheinen für die Pflegefachpersonen hohe Bedeutung zu haben:

- **Rahmenbedingungen/ „sich Zeit nehmen können für den Fall“** (induktiv aus dem Material entwickelte Subkategorie, Anzahl der Codierungen n= 12),
- **Haltung und Kompetenz der TeilnehmerInnen/ „Praxis“**, Erfahrungen in der beruflichen Praxis der beratenden KollegInnen (deduktive Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 12),
- **Beratungsprozess/ „fachliche Hilfe zur Problemlösung“** (induktiv aus dem Material entwickelte Subkategorie, Anzahl der Codierungen n= 16),
- **Beratungsprozess/ Systematik der Fallanalyse** (NANDA-I® Pflegediagnosen mit Gesundheitsmuster nach M. Gordon, Anschlussfähigkeit der Systematik an die in der Klinik verwendeten Systematiken) (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 12),
- **gruppendynamischer Prozess/ „förderliche Moderation“** (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 10),
- **Gruppenzusammensetzung/ Pflegefachpersonen mit Studium im Team** (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 11),
- **handlungsorientierter Lösungsprozess/ „verstehender Zugang zur PatientIn“**

- (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 13),
- **handlungsorientierter Lösungsprozess/ „Perspektivenwechsel“** (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 19),
  - **handlungsorientierter Lösungsprozess/ „Reflexion“** (deduktive Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 16), wobei die induktiv aus dem Material entwickelten Subkategorien zur Kategorie „Reflexion“, „Reflexion von Stigmatisierungen“ zweimal codiert und „Reflexion von Hintergrundüberzeugungen“ einmal codiert wurden.

Folgende **hemmende Faktoren** wurden in der Fokusgruppendifkussion besonders häufig (10 und mehr Codierungen) thematisiert und scheinen hohe Bedeutung zu haben:

- **Rahmenbedingungen/„mangelnde, organisationale Strukturen“** (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 19),
- **Rahmenbedingungen/„nicht genügend Zeit“** (deduktive Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 14),
- **Fallkonstellation/„Fall zu komplex“** (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl der Codierungen n= 10),

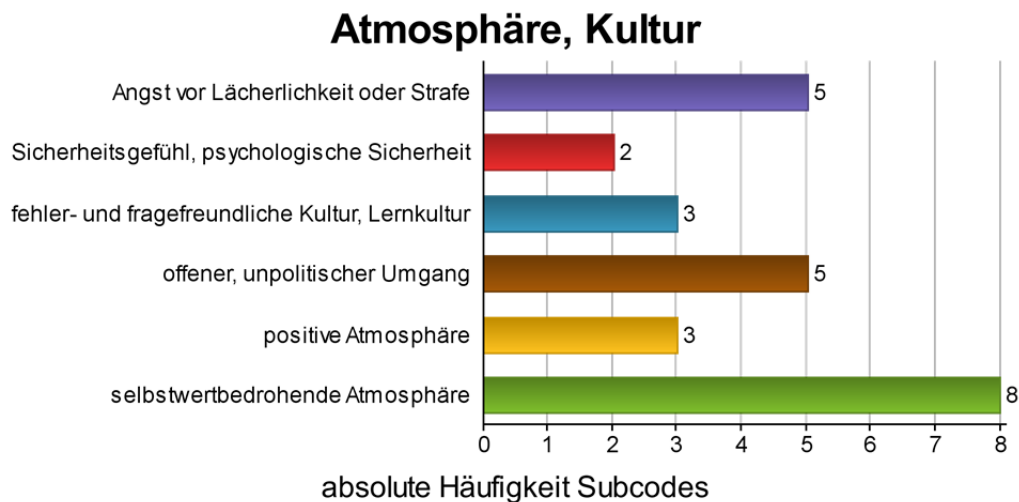
### ***5.2.6 Statistik der Code-Häufigkeiten und inhaltsanalytische Auswertung nach Kategorie***

Die Statistik der Code-Häufigkeiten kann aufzeigen, wie häufig Subcodes einer bestimmten, übergeordneten Kategorie codiert wurden. Die Häufigkeit der Codierungen kann ein Hinweis sein, wie bedeutungsvoll der Einflussfaktor für die PartizipantInnen ist. Je mehr Sequenzen dem Subcode zugeordnet werden konnten, desto höher war die absolute Häufigkeit der Codierung, d.h. desto intensiver wurde der Faktor diskutiert.

#### **Atmosphäre, Kultur**

Diese übergeordnete Kategorie wurde aus den von Tietze 2010 in der Literatur identifizierten Einflussfaktoren für die kollegiale Beratung entwickelt und deduktiv an das Material herangetragen. In Abgrenzung zu den Rahmenbedingungen geht es hier um die weichen, z.T. wenig greifbaren Bedingungen, die den Beratungsprozess und den Gruppenprozess als förderlich oder hinderlich erleben lassen. Kultur zeigt sich in Grundannahmen, Werten, Hintergrundüberzeugungen, die sich wiederum in Artefakten greifbar und sichtbar darstellen. Eine Atmosphäre, die ein Sicherheitsgefühl

den TeilnehmerInnen vermittelt, äußert sich vielleicht in der Art und Weise, wie die TeilnehmerInnen sitzen, sich bewegen, sich zuwenden und gegenseitig öffnen können. Einer fehler- und fragefreundlichen Kultur liegen die Annahmen zugrunde, dass Fehler, Chancen zu lernen bieten und Fragen wichtig sind, um Dinge zu klären. Dies äußert sich beispielsweise, dass über Fragen nicht gelacht wird und Fragen der KollegInnen stets ernsthaft aufgenommen werden, auch wenn sie zunächst abwegig erscheinen mögen. Ein Artefakt könnte sein, dass die Gruppe bei Fragen zunächst innehält, schweigt, um dann die Frage ernsthaft aufzunehmen und zu bearbeiten. Die Art und Weise, wie sich die Gruppenmitglieder begrüßen, wie die KollegInnen sitzen und sich zuwenden, sind Beispiele für Artefakte, als nach außen hin sichtbare Ausdrücke der Kultur und der Atmosphäre. Kollegiale Beratung ist gekennzeichnet durch eine Begegnung auf Augenhöhe und einem offenen, unpolitischen Umgang (Tietze 2010: 87). Informationen über den Fall können in der Organisation den Einfluss auf Entscheidungen erhöhen oder ggf. auch heikel sein, wenn es Abhängigkeitsbeziehungen beispielsweise durch die Linienorganisation gibt (Bernard & Goodyear 2009 zit. in Tietze 2010: 87). Dadurch dass die Professorin und die StudentInnen formal keine Abhängigkeitsbeziehungen zu den FallerzählerInnen aufweisen, können sich die TeilnehmerInnen der Peer-Group offen begegnen, ohne Bedenken haben zu müssen, dass Insider-Informationen über den Fall im Arbeitsumfeld ausgenutzt werden, um sich einen Vorteil zu verschaffen. Es geht dann auch weniger um die Selbstdarstellung der beratenen und beratenden KollegIn sondern um die Lösung des Falls und um den damit verbundenen Erkenntnisgewinn. Nach Tietze (2010) kann Insiderwissen das Risiko der beratenen KollegIn für Selbstdarstellungsfehler erhöhen (Tietze 2010: 87). Wenn die FallerzählerIn sich in den Mittelpunkt des Falles rückt, gerät der Fall in den Hintergrund und die Interpretationen der FallerzählerIn können die Falleinschätzung und Beurteilung verfälschen. Dennoch sind auch in der Peer-Gruppe mit den StudentInnen Selbstdarstellungsfehler auf beiden Seiten, sowohl bei den beratenden und beratenen KollegInnen, nicht ausgeschlossen. Auch die beratenden StudentInnen können die Fallberatung als Gelegenheit nutzen, ihr Wissen und ihre Methodenkompetenz zur Selbstprofilierung darzustellen. Wie die Fokusgruppendifkussion in der Subkategorie „selbstwertbedrohende Atmosphäre“ zeigt, können die in der Praxis ausgetragenen Statuskämpfe zwischen Pflegefachpersonen mit und ohne Studium durchaus in die kollegiale Fallberatung hineingetragen werden und dazu führen, dass sich sowohl die StudentInnen als auch die Pflegefachpersonen ohne Studium mit ihrer jeweiligen Kompetenz in den Mittelpunkt rücken. Während die einen ggf. mit ihrem wissenschaftlichen und theoretisch fundierten Wissenangaben, können die anderen ihre langjährige Berufserfahrung und ihren Praxisbezug vor sich hertragen. Beides behindert den Prozess und soll im Sinne der Lösung des Falls vermieden werden.



**Abbildung 18 „Atmosphäre, Kultur“ absolute Häufigkeit der Subcodes**

Die Auswertung der absoluten Häufigkeiten der Subcodes in der Kategorie „Atmosphäre, Kultur“ zeigt, dass die **„selbstwertbedrohende Atmosphäre“** als hemmender Faktor häufig (Anzahl der Codierungen n= 8) ein Thema in der Fokusgruppendifkussion war. Dabei wurde beispielsweise in der Fokusgruppe 0802 diskutiert, dass sich studierende Pflegefachpersonen auf Station im Pfltegeteam nicht akzeptiert fühlen und deshalb mit Einschätzungen und Handlungsempfehlungen zu dem Fall eher zurückhaltend sind. Der Selbstdarstellungsfehler kehrt sich hier um in einen Selbstnegationsfehler, indem das Studium und das damit verbundene Wissen und Können in den Hintergrund gedrängt werden, bis hin zur Verleugnung des Studentenstatus.

*P1: „Mm (überlegt) Da würde ich gar nicht, nicht so denken (unv.) Es ist einfach schwierig, dieses ähm / so zu sagen, ich komme von der Hochschule und dann / jetzt bin ich auf Station. Wie ist es gerade? Und dann irgendwie so Handlungsempfehlungen zu geben. Also, ich glaube da fehlt es insgesamt einfach noch so an (...) entweder Akzeptanz oder so bisschen auch Wissen über das Studium und so weiter, also / Man geht nicht unbedingt Hausieren mit dem Studium // Als Schüler versteckt man es auch eher, je nachdem wie die Station oder wie die Kollegen auch sind.“ (FG 0802 #00:47:53#)*

Zwei KollegInnen, die aktuell Pflegewissenschaft studieren, äußern sich, dass sie sich mit dem Studium nicht ernst genommen fühlen. Es wird sogar beschrieben, dass man als StudentIn Hemmungen habe, auf Station zu gehen, um noch Fragen zu dem Fall zu stellen. Es bestünde Angst vor Lächerlichkeit, sodass diese Sequenzen auch dem Subcode „Angst vor Lächerlichkeit oder Strafe“ (Anzahl der Codes n= 5) zugeordnet wurden. Strafe kann sich dabei auch darin äußern, dass KollegInnen, die offen mit ihrem wissenschaftlichen Hintergrund umgehen, aus dem Team ausgeschlossen, ggf. sogar gemobbt werden.

*P2: „Ja, dass man, vielleicht, wenn man auf die Station kommt ähm sich dann / also dass die Studierenden denken, man wird jetzt hier nicht so (lacht) ernst genommen. Man stellt vielleicht Fragen zum Patienten / Es hat auch/ Es nimmt sich keiner dann wirklich Zeit dafür, also // könnte ich mir vorstellen. Davor hat man Angst. Es ist nicht // überall so. Also ich habe das auf meiner Station auch selbst erlebt, dass das Studium überhaupt nicht ernst genommen WIRD oder wurde und ähm ich glaube, diese Angst ist dann einfach da / oder man will / oder nicht Angst, sondern man will sich das ersparen da, auf die Station zu gehen und da / Ja (.) keine wirklich zufriedenstellenden Antworten zu bekommen. (FG 0802 #00:48:46#)*

In der Fokusgruppe 0902 wird unter dem Punkt „selbstwertbedrohende Atmosphäre“ auch diskutiert, dass man in der kollegialen Fallberatung mit Studierenden als Vertreterin der klinischen Praxis in eine Rechtfertigungsposition kommen kann.

*P2: „Was für mich auch noch ganz wichtig/ Wie kann man das schreiben, also so dieses Hinterfragen, dieses Tools, ähm also einfach die Frage, warum ich jetzt so vorgegangen bin, ähm, also das war für MICH auch nochmal, also es war nicht so einfach, weil ähm man ist ganz schnell in der Rechtfertigungshaltung, aber, ähm, trotzdem fand ich das interessant für MICH einfach so eine Frage auch zu kriegen, weil man hat ja so einen Automatismus.“ (FG 0902 #00:58:33#)*

Die PartizipantIn beschreibt hier ein Spannungsverhältnis zwischen Rechtfertigungshaltung und positiv erlebter Reflexion des eigenen Handelns. In die Situation zu kommen, sich für sein Handeln rechtfertigen zu müssen, kann den Selbstwert jedoch bedrohen und den Lernprozess behindern, weil nicht frei vom eigenen Handeln berichtet und auf das eigene Handeln geschaut werden kann.

*P2: //Ja, ja!// Darum fand ich das ja so, weil ich mir gedacht habe, also/darum hab ich ja gesagt, das hat zwei Aspekte, also das ist nicht so ohne, einfach auch so ein bisschen mit sich selbst konfrontiert zu werden (lacht). Also, ähm, aber ich fand es einfach gut, weil ich mir gedacht hab, „siehst du, das tut dir gut“, du musst auch mal wieder über dein eigenes Tun einfach wesentlich nachdenken und auch mal einfach Hinterfragen. (FG 0902 #01:12:52#)*

Das begleitende Lachen mit der Äußerung, dass man mit sich selbst konfrontiert wird bei der kollegialen Beratung, kann darauf hinweisen, dass dies einen gefühlsmäßig bedeutungsvollen Moment darstellt. Das Lachen scheint im Zusammenhang mit der Äußerung der schmerzlichen Selbstkonfrontation etwas unstimmig zu sein. Weit interpretiert, kann dies auf einen inneren Konflikt der PartizipantIn hinweisen. Situationen, in denen die ratsuchenden KollegInnen, in eine Rechtfertigungshaltung kommen können, sollten unbedingt vermieden werden. Es ist Aufgabe der Moderation solche Situationen vorzubeugen und zu vermeiden. Wenn sie dennoch im Verlauf des Prozesses entstehen, muss die Moderation unterstützen, um die FallerzählerInnen zu schützen und um eine positive Lernatmosphäre zu wahren. Es kann auch vorkommen, dass die FallerzählerIn in eine Rechtfertigungssituation gegenüber dem Handeln anderer Mitglieder des Behandlungsteams kommt oder das Handeln Dritter, nicht anwesender Personen, beurteilt wird. Auch hier muss die Moderation eingreifen, um Dritte zu schützen. Falldiskussionen können an dieser Stelle auch

abgeleitet in allgemeine, oft auch entlastend empfundene, Gespräche über Team- oder Interessenkonflikte, die dem lösungsorientierten Fallberatungsprozess nicht unbedingt zuträglich sind. Die Auswertung der absoluten Häufigkeiten der Subcodes in der Kategorie „Atmosphäre, Kultur“ zeigt, dass der **„offene, unpolitische Umgang“** als förderlicher Faktor häufig (Anzahl der Codierungen n= 5) ein Thema in der Diskussion der Fokusgruppe 0902 (keine Codierung in der Gruppe 0802) war.

*P3: „Ich glaube stationär ist es einfach die/. Wenn sie im Stationseinsatz sind, die Schüler bekommen ja Beurteilungen (.) Und jetzt haben sie da ein Urgestein oder mehrere Urgesteine und dann kommen sie mit ihren Ideen und dann: “Nee, also das geht bei uns nicht, das haben wir bei uns schon immer nicht so gemacht.“ Und, ähm, von daher war das natürlich ein deutlich offenerer RAHMEN, wo keiner von vornherein sie irgendwie auch abgeblockt hat, sondern wo sie einfach auch wirklich zu Wort kommen konnten.“ (FG 0902 #00:07:01#)*

Die Autorität einer Pflegefachperson mit mehrjähriger Berufserfahrung, im Zitat als „Urgestein“ bezeichnet, scheint in der Praxis das Einbringen von Ideen und Lösungsvorschlägen durch jüngere KollegInnen mit Studium zu behindern. In diesem Zitat kommt zum Ausdruck, dass die BerufskollegInnen der Klinik den Eindruck hatten, dass sich die StudentInnen bei der kollegialen Fallberatung im „CANDo“-Projekt ermutigt fühlten, ihre Sicht der Dinge und ihre Ideen zum Fall zu äußern.

### **Rahmenbedingungen**

Tietze (2010) beschreibt Rahmenbedingungen als wichtigen Einflussfaktor auf die kollegiale Beratung, die jedoch im Hinblick auf die spezifische Situation in der Klinik und in der Pflege nicht näher erläutert werden. Die übergeordnete Kategorie wird deduktiv an das Material angelegt. Diese Kategorie fasst Subkategorien zusammen, die sich auf greifbare Bedingungen der organisationalen Strukturen und der Ablaufprozesse beziehen, die entweder förderlich oder hinderlich auf den Beratungsprozess wirken. Die Rahmenbedingungen können sich auf die Bedingungen der Klinik, der Beratungssituation selbst oder auf die Bedingungen von Seiten der Hochschule beziehen. Ggf. können weitere, übergreifende Rahmenbedingungen, wie z.B. rechtliche Rahmenbedingungen wirken. So entstehen bspw. Fragen im Zusammenhang mit der Schweigepflicht, wenn es darum geht, dass StudentInnen der Hochschule, die nicht in der Klinik angestellt sind, auf Station gehen, KollegInnen befragen oder PatientInnen visitieren wollen.



## Rahmenbedingungen

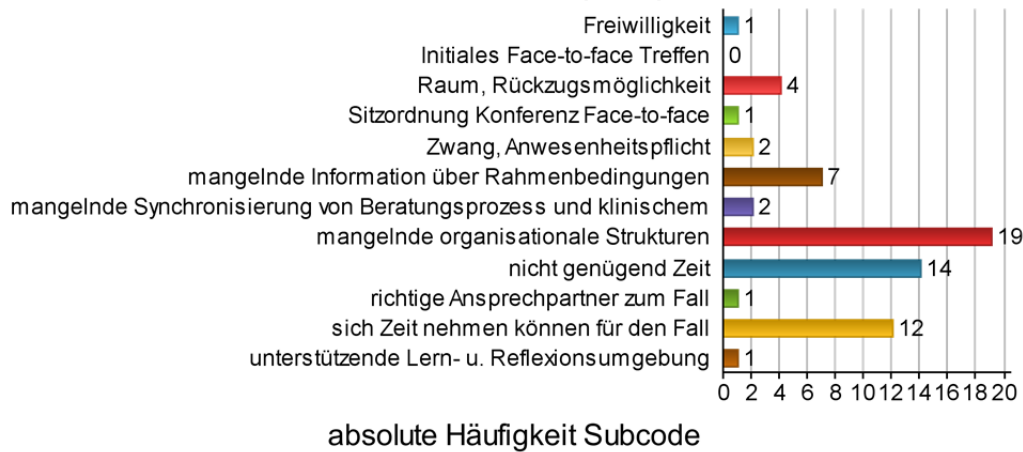


Abbildung 19 „Rahmenbedingungen“ absolute Häufigkeit der Subcodes

„Mangelnde organisationale Strukturen“ werden am häufigsten codiert (n= 19). Diese Subkategorie wurde induktiv aus dem Material entwickelt. An dieser Stelle wurde perspektivisch und hypothetisch darüber diskutiert, was notwendige Rahmenbedingungen für die Implementierung der kollegialen Fallberatung in der Klinik wären. Dabei wurde auf die Erfahrungen mit der kollegialen Beratung im „CANDO“-Projekt zurückgegriffen. PartizipantInnen berichten davon, dass mangelnde organisationale Strukturen der Klinik, z.B. fehlende Besprechungsstrukturen für die kollegiale Fallberatung, die Integration der kollegialen Fallberatung in den klinischen Alltag behindern. Die Unterstützung der kollegialen Fallberatung durch die Klinikleitung oder Stationsleitung wird als wichtige Voraussetzung von den PartizipantInnen eingeschätzt. Eine mangelnde Unterstützung der kollegialen Beratung durch die Leitung wird hingegen als hinderlich empfunden. Hinderlich sei es nach Ansicht der DiskutantInnen auch, wenn es keinen Rückzugsraum für die kollegiale Fallberatung gebe.

*P1: Ja, es, ähm, so eine kollegiale Fallberatung, das ist wirklich was Wichtiges, aber man braucht halt wirklich die Zeit und den Rahmen dazu, dass man das in Ruhe einfach machen kann. Das geht nicht zwischen Tür und Angel, da müssen ALLE eben auch dabei sein und das geht auch nicht in einer Viertelstunde, sondern, da muss man halt muss man halt auch manchmal ein bisschen länger sich dafür Zeit nehmen. Und das ist oft im Praxisalltag, ähm, wenn man normale Dienstzeiten hat, das ist einfach manchmal schwierig. (FG 0902 #01:16:13#)*

Dieses Zitat verdeutlicht sehr gut, dass die kollegiale Fallberatung als bedeutungsvoll für die Alltagspraxis angesehen wird und einen strukturellen Rahmen (Zeit, Raum, TeilnehmerInnen) braucht. In der Besprechungsstruktur der Abteilung oder Station könnten beispielsweise kollegiale Beratungen besonders komplexer und problematischer Fälle vorgesehen werden.

*P2: „Also für mich / Das ist aber auch im täglichen Arbeits-/ Ähm Prozess so, ähm. Zur Zeit macht man ähm eigentlich zur gleichen Zeit ähm fünf Aspekte // Und ähm ich merke einfach, wie heute Morgen, es war schon wieder SO viel, ähm, dann merke ich einfach wie unkonzentriert ich bin, bei diesem tausend verschiedene ähm Sachen. Und dann muss ich SEHR, SEHR aufpassen (husten), damit ich nichts vergesse, was wesentliches, ähm, und ich merke einfach, dass ich mich ständig frage: „Was war jetzt nochmal? Ähm, wie war was //und ähm was muss ich jetzt?“//“ ( FG 0902 #01:22:03#)*

Dieses Zitat der PartizipantIn 2 veranschaulicht die Zerrissenheit des klinischen Alltags durch die Arbeitsverdichtung. P2 schildert, dass mehrere Verrichtungen zur gleichen Zeit durchgeführt werden müssten und sie sich nicht auf die jeweilige Tätigkeit voll konzentrieren könne. Dies kann für das Fallmanagement bedeuten, dass Fälle nicht mehr ganzheitlich erfasst und strukturiert bearbeitet werden können. Von der PartizipantIn wird dies als ein Sich Verlieren in vielen Einzeltätigkeiten, die meist parallel zu erledigen sind, empfunden. Zudem schildert P2 die Sorge, durch den Druck wesentliche Dinge zu vergessen.

*P3: „(lacht) Ich weiß es nicht. Dadurch, dass ich es einfach nicht kenne, kann ich es auch nicht beurteilen. Und ich glaube einfach in der Praxis, also. Ich frage mich immer, welcher Studierende wird schon bei uns auf der Station weiter arbeiten wollen? Das glaube ich, macht man nicht lange mit. Außer vielleicht im Studium. Das heißt, es wird in der Praxis wahrscheinlich gar nicht umsetzbar sein, dass jemand Studiertes da ist, die das durchführt.“ (FG 0802 #01:20:14#)*

Die PartizipantIn P3 beschreibt hier, dass sie die Anreize für studierte Pflegefachpersonen für nicht ausreichend hält, um diese an die Station bzw. an die Klinik zu binden. Von den PartizipantInnen wird eingeschätzt, dass eine von der Leitung getragene und gut organisierte kollegiale Fallberatung, in der die studierten Pflegefachpersonen ihr Wissen und ihre Fähigkeiten einbringen können, zur Bindung dieser hochqualifizierten MitarbeiterInnen beitragen könnte. Scheinbar wird die Teilnahme von „Studierten“ als wesentlich erachtet, um kollegiale Fallberatungen in der Praxis umzusetzen. Vielmehr noch kommt in dem Zitat zum Ausdruck, dass die studierte Pflegefachperson als federführend bei der Durchführung von kollegialen Fallbesprechungen gesehen wird.

„**Nicht genügend Zeit**“ für die kollegiale Fallberatung zu haben, wird in der Literatur (Tietze 2010: 83) als hinderlicher Einflussfaktor beschrieben und als deduktive Kategorie an das Material herangetragen. Es konnten n= 14 Sequenzen der Fokusgruppendifkussion dieser Kategorie zugeordnet werden, was ihre Bedeutung für die PartizipantInnen herausstreicht. Hier geht es darum, dass nicht genügend Zeit zur Verfügung steht, um einen Fall adäquat zu reflektieren und die kollegiale Beratung im Gruppenmodus durchzuführen, oder die Zeitkorridore sind zersplittert, sodass kein zusammenhängender Beratungsprozess zustande kommen kann.

P1: //Der Zeitfaktor//, das ist halt was, was halt so in der //Praxis// oftmals nicht so möglich ist. Wir haben ja auch bei uns/in / bei der Weiterbildung auch so eine Kollegin, die Fallberatung und so Sachen macht. Das wäre SO gut, ich mein, das ist eigentlich das, was ich auch gern für meine Demenzpatienten machen würde, aber die Zeit ist in der Regel immer nicht so da, weil es immer nur zwischen Tür und Angel irgendwie gehen muss. Weil man sich die Zeit nicht mehr nehmen kann, dafür, dass man das richtig in Ruhe anschauen kann, EBEN aus verschiedenen Blickwinkeln oder so. Und das ist da halt wirklich schön gewesen. (FG 0902 #00:19:03#)

P2: „Und natürlich auch die Zeit, die haben wir natürlich gar nicht. Also ich weiß, gerade bei den Mukoviszidose-Patienten da haben wir eine Ärztin, die haben/ ich weiß gar nicht, wie oft die <Name> / jede Woche / da haben die eine Fallbesprechung. Ich glaube mit Physiotherapie, die Psychologen sind dabei und die Ärzte, die / Seit ich die kenne die Ärztin will die, dass einer von uns in der Pflege wenigstens einmal in der Woche oder alle zwei Wochen für eine Stunde runter kommt und mit an dieser Fallbesprechung teilnimmt. Und ich habe es noch NIE erlebt, dass es geklappt hat bisher. Ja, noch nie.“ (FG 0802 #01:21:40#)

„Sich Zeit nehmen können für den Fall“ wird sehr häufig (n= 12) als förderlicher Faktor diskutiert. Diese Subkategorie der "Rahmenbedingungen" wurde induktiv aus dem Material entwickelt.

In der kollegialen Fallberatung wird es als förderlich wahrgenommen, wenn sich die ratsuchenden KollegInnen Zeit für den Fall nehmen und Dinge aufdecken können, die in der Alltagsroutine verloren gehen oder verdeckt bleiben. Aspekte genauer anzuschauen und zu analysieren, wird als förderlich erlebt. Unterbrechungen, z.B. durch den Piepser werden dabei als störend und hinderlich erlebt. Sich Zeit nehmen können, meint, am Stück am Fall mit den KollegInnen arbeiten zu können, ohne andere Aufgaben parallel übernehmen zu müssen.

P1: „Auch überhaupt, also der Rahmen, ähm, (.), dass man eben die Zeit gehabt hat, dass man auch der Raum war (..) sehr GUT förderlich für das, also dass einfach die Diskussion auch gut zustande kam. Und so/(.) Ähm, das hat mir eigentlich sehr gut gefallen.“ (FG 0902 #00:22:51#)

Die „mangelnde Information über Rahmenbedingungen“ der kollegialen Fallberatung mit Studierenden wurde induktiv aus dem Material als Kategorie für einen hinderlichen Faktor entwickelt. Mangelnde Information über die Dauer und den Ablauf der kollegialen Beratung mit den StudentInnen wirkt eher hinderlich, weil sich die ratsuchenden KollegInnen nicht darauf einstellen und sich nicht entsprechend vorbereiten können. Eine TeilnehmerIn berichtet davon, dass ihr gar nicht bewusst gewesen sei, dass es sich um eine kollegiale Fallberatung handele und sie eine Beratungsfrage an die KollegInnen stellen sollte. Sie schilderte das Gefühl, überrumpelt worden zu sein und improvisieren zu müssen.

P1: „Also was ich am Anfang (..) Also zu mir ist die Frau <Name Kursleitung W\_05a> gekommen und hat gesagt „<Name>, haben Sie einen Fall, den Sie vorstellen können?“ Und dann ist mir halt der Patient dann gleich eingefallen und dann habe ich mir gedacht „ja mach ich, kein Problem“. Ähm, dass das dann eine kollegiale Fallberatung wird, hab ich dann erst IM Laufe der, ähm, Fallvorstellung dann festge/ ähm also mitgekriegt. Also, das war leider/ Wenn das vorher bisschen anders kommuniziert worden WÄRE, ähm, bin ich momentan dann da gestanden „Was sag ich denn jetzt eigentlich für eine Frage?“ Weil ja klar, man ist halt selber in seinem, ähm, seinem Ablauf drin, das machen wir so und so und so und so. Gut, manche Sachen kann man eh nicht ändern, bei anderen ist man ja eh schon dran. Gut, sie haben jetzt das auch nochmal rausgearbeitet, was wir ja eh schon praktisch mehr oder weniger in die Wege geleitet haben, mit der häuslichen Versorgung und so weiter. Ähm, aber dass man einfach dann nochmal speziell dann eben drauf schauen soll, oder so. Das hab ich dann natürlich auch nochmal so weitergeben. Aber für mich persönlich war es, ähm (.), ich bin mit einer anderen Voraussetzung hingegangen. So, es war ja so/“ (FG 0902 #00:26:15#)

„Raum, Rückzugsmöglichkeit“ wird als eine Kategorie für förderliche Faktoren induktiv aus dem Material entwickelt und insgesamt viermal codiert. Ein Konferenzraum, abgeschirmt vom Stationsalltag, der als Rückzugsmöglichkeit wahrgenommen wird, wirke förderlich auf den Beratungsprozess.

P1: „Auch überhaupt, also der Rahmen, ähm, (.), dass man eben die Zeit gehabt hat, dass man auch der Raum war (..) sehr GUT förderlich für das, also dass einfach die Diskussion auch gut zustande kam. Und so/(.) Ähm, das hat mir eigentlich sehr gut gefallen.“ (FG 0902 #00:22:51#)

Die demokratische Konferenzsitzordnung (vgl. Abbildung 20), bei der sich die TeilnehmerInnen anschauen können und alle auf gleicher Höhe im Rechteck ohne Vorsitz sitzen, wurde als förderlich erlebt. Damit kann auch die Statusgleichheit der TeilnehmerInnen unterstützt werden.

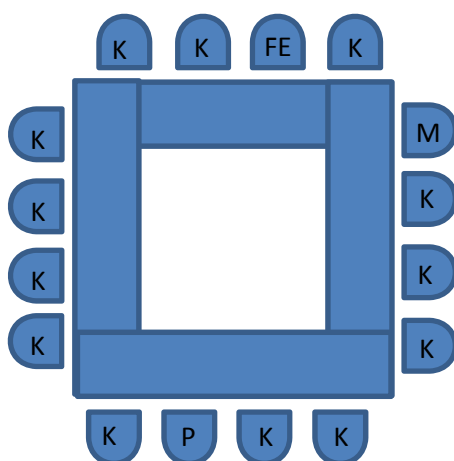


Abbildung 20 demokratische Konferenzsitzordnung bei der kollegialen Fallberatung mit beispielhafter Sitzanordnung, Legende: K: beratende KollegIn, FE: FallzählerIn, M: ModeratorIn, P: Protokollant

Die förderliche Wirkung der „**Freiwilligkeit**“ der Teilnahme an der kollegialen Fallberatung wird in der Literatur mehrfach beschrieben (Bürgisser 2006; Fengler et al. 2000, Harnik & Lauterburg 1994, Hamlin & Timberlake 1982, Lippmann 2004, Schlee 2004, Steffan 2008 zit. in Tietze 2010: 86). Somit wurde diese Subkategorie deduktive an das Material angelegt. Die organisationsübergreifende Zusammensetzung der Peer-Group mit TeilnehmerInnen der Hochschule und TeilnehmerInnen der Klinik kann die Freiwilligkeit von Seiten der KlinikmitarbeiterInnen erhöhen. Zudem scheint die freiwillige Teilnahme eher mit einem aufrichtigen Interesse verbunden zu sein, was den beratenen KollegInnen das Gefühl geben kann, dass sich die beratenden KollegInnen ernsthaft dem Fall zuwenden. Auf Seiten der StudentInnen ist die Freiwilligkeit nicht ganz gegeben gewesen, weil diese den Kurs belegen müssen, um die nötigen Punkte für den Bachelorabschluss (nach dem European Credit Transfer System, ECTS) zu erhalten. Wahlmöglichkeit besteht zwischen den beiden Schwerpunktseminaren, A: Kinder und Jugendliche und B: Erwachsene und ältere Menschen, die parallel angeboten werden. Da die Gruppen jedoch annähernd gleich groß sein sollen, kommt es dennoch zu einer Zuweisung durch die Studiengangorganisation, sodass mehr oder weniger unfreiwillig auch StudentInnen in dem jeweiligen Schwerpunktseminar sitzen. Da wesentlich weniger Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen studieren als Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ist besonders die Seminargruppe mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche davon betroffen, dass auch TeilnehmerInnen dabei sind, die sich eigentlich nicht für diesen Schwerpunkt entschieden hatten. Dies führte ggf. dazu, dass das Interesse der TeilnehmerInnen an dem Fall von den beratenden KollegInnen stellenweise als gering wahrgenommen wurde, was unter den Kategorien Aufmerksamkeitszuwendung, Wertschätzung und Motivation von den TeilnehmerInnen angesprochen wurde. Deshalb wurde auch aus dem Material die Kategorie „**Zwang, Anwesenheitspflicht**“ induktiv entwickelt und zweimal als hinderlicher Faktor codiert. Zu der teilweise unfreiwilligen Gruppeneinteilung kam noch hinzu, dass der Leistungsnachweis der Studierenden u.a. darin bestand, dass eine mindestens 80%-ige Anwesenheit bei den Beratungsterminen nachzuweisen war. Dies scheint aus Sicht der Pflegefachpersonen der Klinik hinderlich auf den Beratungsprozess zu wirken, weil das Interesse der beratenden StudentInnen als nicht authentisch wahrgenommen wurde. Die passive Teilnahme, ohne dass sich die KollegInnen aktiv und interessiert dem Fall zuwandten, wirkte auf die beratenen KollegInnen interesselos und wenig wertschätzend ihnen selbst und dem Fall gegenüber, was den Prozess behinderte.

*P3: „Also die Vorstellung, die (Studenten) sitzen da, weil sie es müssen und wenn sie/ wahrscheinlich ihre Stunden und so, keine Ahnung (lacht)? Ähm, und dass sie auch so, einen Fall, den sie ja im Grunde gar nicht nachvollziehen können, gar nicht kennen und so Interesse haben müssen. [...]“ (FG 0802 #00:18:06#)*

*P1: „Ich glaube es gab welche / da lag ein bisschen das Problem / denn ich habe mit einer Studentin gesprochen / Es gibt ähm fünfzig Studierende und vierzig davon sind aus dem Erwachsenenbereich und zehn sind aus dem Kinderbereich. Es gibt, glaube ich, zwei Gruppen mit dreißig, dreißig oder fünfundzwanzig, fünfundzwanzig ein Kinderbereich und ein Erwachsenenbereich. Ich könnte mir vorstellen, dass fünfzehn Leute in der Gruppe, die im Kinderbereich sind, einfach schon mal weniger Interesse haben oder zeigen, weil die gar nicht aus dem Fachbereich kommen und das gar nicht unbedingt ihr Steckenpferd ist.“ (FG 0802 #00:33:33#)*

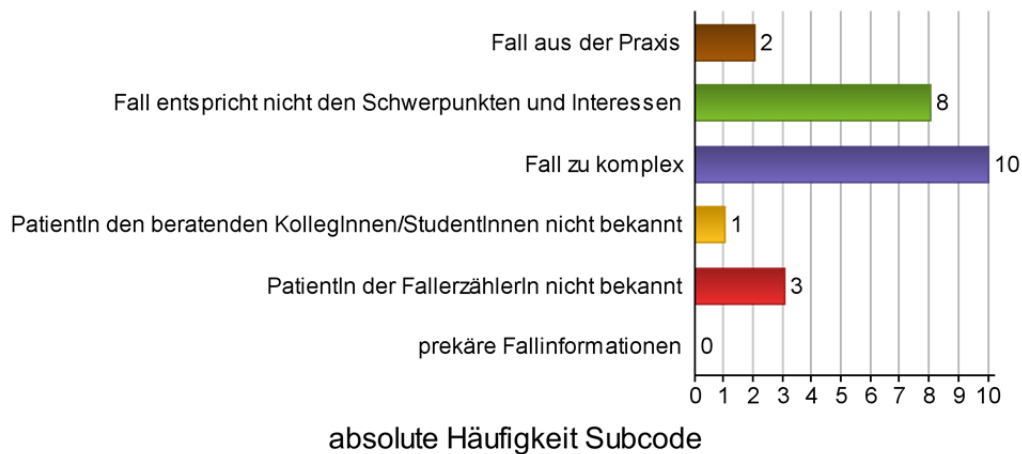
Es wurde als förderlich erlebt, wenn man über die Fallerzählerin hinaus die Möglichkeit hatte, mit weiteren Pflegefachpersonen auf Station zu sprechen, die den Fall bzw. die PatientIn gut kennen. Dies wurde einmal in der Fokusgruppendifkussion thematisiert und mit der induktiv entwickelten Subkategorie „richtige AnsprechpartnerInnen zum Fall“ codiert.

*P2: „Nein. Das / Die sollen ja nicht / Also die sollen ja nicht direkt zum Patienten gehen //, sondern ähm zum Personal auf Station und denen eben Fragen stellen können über den PATIENTEN oder wie aktuell / wie der sich aktuell entwickelt hat und ähm / Und ich glaube, dass / also entweder man sucht sich gezielt dann Leute aus, mit denen man dann sprechen kann oder macht zum Beispiel einen Termin aus vielleicht? // dass man/ dass man sich halt / dass die Studierenden Zeit haben, sich noch einmal mit dem Fall zu beschäftigen und Fragen zu überlegen und dann direkt einen Termin mit jemanden ausmachen, der den Patienten oft betreut hat und den gut kennt und vielleicht außerhalb der Arbeitszeit, weil / Ich meine, jeder kennt das, wenn viel los ist auf Station, hat man vielleicht nicht so viel Zeit, sich dann hinzusetzen und alle Fragen zu beantworten, dass man da halt extra noch einmal einen Tag ausmacht. Oder zum Beispiel nach dem Frühdienst oder vor dem Spätdienst, dass man sich da eine Stunde Zeit nimmt. Also, dass man das vielleicht besser organisiert.“ (FG 0802 #00:50:203#)*

### **Fallkonstellation**

Die übergeordnete Kategorie wurde aus den von Tietze (2010) in der Literatur identifizierten Faktoren der Fallkonstellation entwickelt und deduktiv an das Material angelegt. Die Fallkonstellation, z.B. zugrundeliegendes Krankheitsbild, Pflegephänomene, aus einem Bereich bzw. Setting, das den beratenden KollegInnen bekannt oder unbekannt ist, kann sich förderlich oder hinderlich auf den kollegialen Beratungsprozess auswirken. Darunter fallen alle Subkategorien, die sich auf die Struktur des Falles und auf die Informiertheit der KollegInnen über den Fall beziehen.

## Fallkonstellation



**Abbildung 21 „Fallkonstellation“ absolute Häufigkeit der Subcodes**

Die Subkategorie „Fall zu komplex“ wurde am häufigsten (n= 10) codiert und induktiv aus dem Material entwickelt. Die Komplexität des Falls sei nach Aussagen der TeilnehmerInnen vor allem dadurch bedingt, dass die psychosoziale Situation sowie die "Persönlichkeitsstruktur" der PatientIn bei der Beurteilung des Falls eine wichtige Rolle spielten. Insbesondere wenn zudem die beratenden KollegInnen/StudentInnen die PatientIn persönlich nicht kennen, kann dies hinderlich auf den Beratungs- und Lösungsprozess wirken.

*P3?: „Also, ich habe mir dann danach auch gedacht, weil unser Fall ja wirklich SEHR komplex war, ähm, die haben ganz viele Punkte angebracht und die Patientin ist auch eine sehr schwierige (lacht kurz) Persönlichkeit und vielleicht war das für die Studierenden, die sie ja nicht kennen, ähm die Patientin, bisschen schwierig, sich in den Fall reinzusetzen. Also, das habe ich mir im Nachhinein gedacht, dass das vielleicht auch so ein Punkt war.“ (FG 0802 #00:35:23#)*

*P2: Also, ich denke, dass es bei dem Fall auch helfen könnte. Das kommt halt darauf an, mit wem man vielleicht diese Fallbesprechung macht. Also, ich denke, bei DER Fallbesprechung wäre es halt wichtig gewesen, dass vielleicht alle die Patientin kennen, auch persönlich kennen, und ihren Verlauf und ihre Krankheitsgeschichte. Und, ich glaube, dass es dann schon möglich ist, neue Entscheidungen zu treffen oder andere Entscheidungen zu treffen eventuell. Ähm, aber dafür muss man sich einfach in diesem komplexen Fall besser auskennen. (FG 0802 #01:11:08#)*

**„Fall entspricht nicht den Schwerpunkten und Interessen der beratenden KollegInnen“** (Anzahl Codierungen n= 8) ist eine Subkategorie, die induktiv aus dem Material entwickelt wurde und eng verwoben ist mit der Kategorie „Freiwilligkeit“. Die Freiwilligkeit der Zuordnung zu den Gruppen und Fällen kann eine wichtige Voraussetzung sein, dass die beratenden KollegInnen sich die Fälle nach Ihren Interessen und Schwerpunkten aussuchen können. Von P4 wird in der Fokusgruppe 0802 z.B. beschrieben, dass sich die StudentInnen, die aus der Erwachsenenpflege kommen weniger für Fälle aus der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege interessierten und umgekehrt.

*P4: Ähm, ja, bei mir war es jetzt so, also ich kenne ja auch nur diese eine Fallvorstellung, die ich selber vorgestellt habe, die anderen Kurse kannte ich jetzt nicht, ähm ich hatte auch so den Eindruck, also die Gruppe war so geteilt, also es waren, wahrscheinlich eher so die, die auf die Kinderkrankenpflege spezialisiert waren, die waren SEHR interessiert, die haben GANZ viel hinterfragt, also WIRKLICH viele Fragen gestellt, wo man tatsächlich vielleicht in der Praxis jetzt nicht drauf schaut. Und ja ein Teil eben eher, also wirklich wenig Interesse gezeigt, aber ich denke, das kommt dann immer auf die Schwerpunkte der einzelnen Studierenden an. [...].(FG 0802 #00:05:42#)*

*P2: Mhm. Aber ich kann mir auch vorstellen, dass es daran liegt, was <Name P1> auch gesagt hat, dass die Gruppenkonstellation vielleicht ungünstig war, dass diejenigen aus dem Erwachsenenbereich sich vielleicht /ja / nicht so gut ausgekannt haben eben im Kinderbereich oder sie es einfach nicht so interessiert hat. Ich weiß es nicht. Also, ich denke, dass das so der Hauptpunkt ist, warum sich die nicht wirklich so beteiligt haben. (FG 0802 #00:34:39#)*

**„PatientIn der FallerzählerIn nicht bekannt“** (Anzahl Codierungen n= 3) wird als Kategorie induktiv aus dem Material entwickelt. In einem Fall berichtete eine Kollegin von einem Patienten, der ihr selbst nicht persönlich bekannt war. Weil die Fallerzählerin kurzfristig erkrankt war, musste sie einspringen und den Fall in der Gruppe vorstellen. Die Informationen kamen somit aus „zweiter Hand“. Dieser Faktor kann verschieden auf den Beratungsprozess wirken. Wenn die PatientIn der FallerzählerIn nicht bekannt ist, kann das ggf. auf das Sicherheitsgefühl der FallerzählerIn einen Einfluss haben. Von P3 (FG 0902) wurde dies nicht als hinderlich erlebt. Es wird in der Fokusgruppendifkussion jedoch mehrfach erwähnt und scheint eine Rolle zu spielen.

*P3: „Nein, eigentlich nicht, weil ich/ Also, ich hätte mich mit ihr eh nicht, auch mit der Mutter nicht austauschen können, weil auch ich kann nicht tschetschenisch. Ja, und einen Dolmetscher für eine Fallerzählung holt man sich eigentlich nicht. Und, ich kannte die aber sehr viel aus Erzählungen von Kollegen, die das Kind eben jetzt auch betreut haben und hab es halt dann aus der Sicht PLUS den Unterlagen, die ich hatte, hab ich den Fall zusammengestellt. Meine zweite Patientin, ähm, wär ganz anders gewesen, die kannte ich persönlich. Da hab ich lange die Wunden versorgt, die war jetzt auch schon nicht mehr im Haus und das wäre nochmal in eine ganz andere Richtung gegangen.“ (FG 0902 #00:26:07#)*

In der Fokusgruppe 0802 wurde diskutiert, dass es sogar als förderlich erlebt wurde, wenn die beratenden KollegInnen den Fall nicht kennen. Somit könnten diese mit unverstelltem Blick auf den Fall schauen und Dinge hinterfragen, die das Behandlungsteam aufgrund der „Betriebsblindheit“ nicht mehr sehen. Diese Kategorie „PatientIn den beratenden KollegInnen nicht bekannt“ wurde induktiv aus dem Material entwickelt und einmal codiert.

*P2: „Also, förderlich fand ich auch ähm, ja eben diese vielen Fragen, die gestellt wurden, weil ich denke, wenn man den Patienten vielleicht nicht kennt, denkt man immer auch in eine*



*andere Richtung und es wurden ja doch Fragen gestellt, oder Dinge hinterfragt, an die man selbst jetzt nicht gedacht hatte davor, und das fand ich eigentlich schon gut, dass die noch Denkanstöße gegeben haben, die Studierenden und man sich ähm noch einmal intensiver mit dem Patienten beschäftigt hat. Und. Vor allem die psychische Situation, ja, bei ihr auch/ Ähm. Sie hat schon viele Schwierigkeiten, dass man da auch noch einmal über Vieles nachgedacht hat. Das habe ich jetzt als förderlichen Aspekt auch mit rausgezogen.“ (FG 0802 #00:08:12#)*

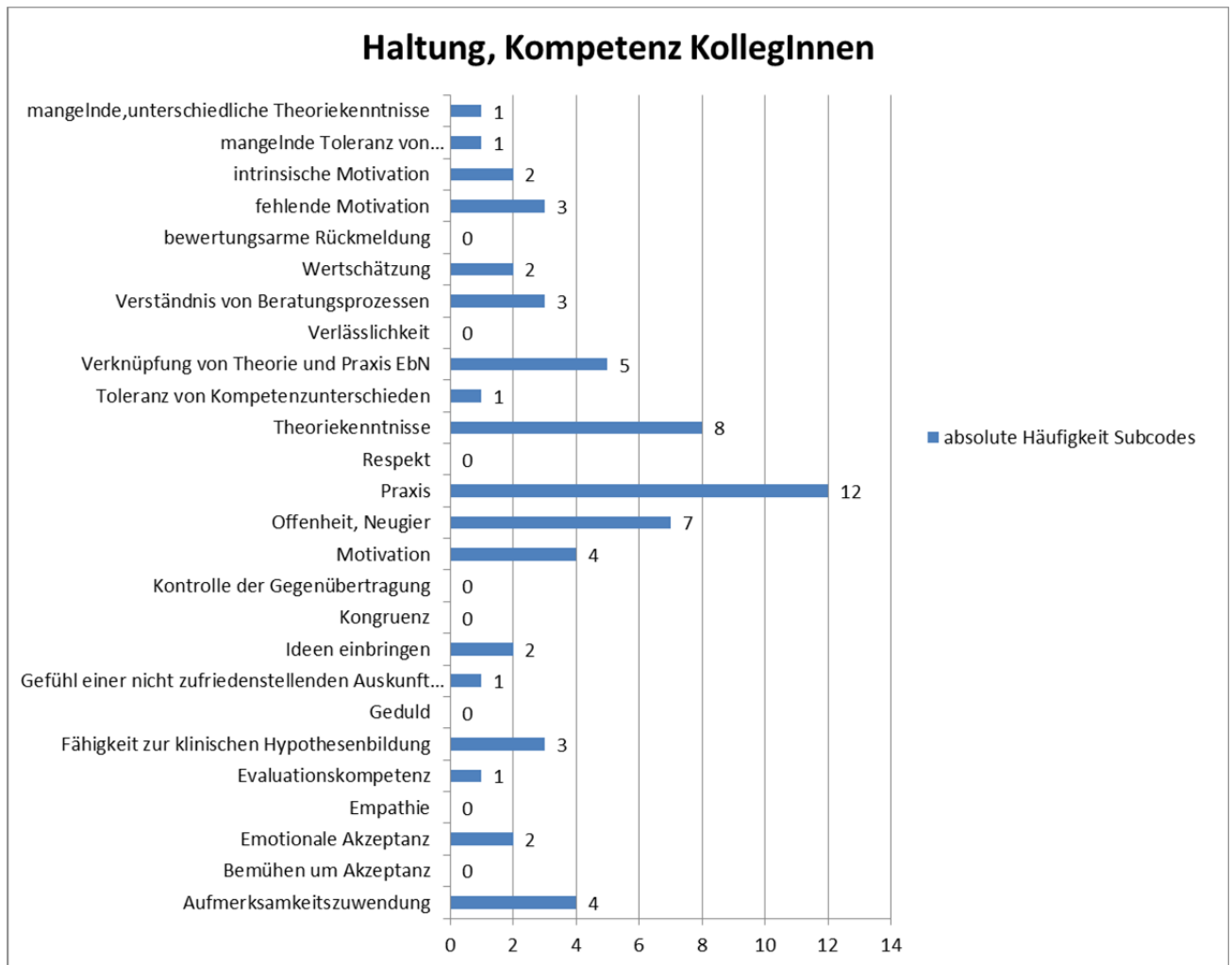
Es wird als förderlich erlebt, wenn ein realer „**Fall aus der Praxis**“ (induktiv aus dem Material entwickelte Kategorie, Anzahl Codierungen n= 2) beraten wird und KollegInnen unmittelbar von ihrer Arbeit mit der PatientIn berichten können.

*P4: „Vor allem weil es ja auch aus der Praxis kommt. Also, es ist ja ein realer Fall, der da besprochen wird und im Austausch mit der Kollegin, die eben vor Ort arbeitet.“ (FG 0802 #01:26:57#)*

Reale Fälle scheinen Fallvignetten vorgezogen zu werden. Es kann vermutet werden, dass die aktuelle Betroffenheit der FachkollegIn zur Motivation beitragen kann. Die FallrählerIn kann Details berichten und stellenweise tiefer in den Fall blicken lassen. Vignetten und konstruierte Fälle können oft die Komplexität der Praxis nicht vollumfänglich abbilden. Häufig ist es nicht zu vermeiden, dass die Vignette an irgendeiner Stelle der Diskussion zu Widersprüchen führt. Die Aussicht der KollegInnen, dass das Ergebnis der Fallberatung der PatientIn und den KollegInnen des Behandlungsteams unmittelbar noch zu Gute kommen kann, stellt ebenfalls eine Motivation dar, die unter der Kategorie „wahrgenommener Nutzen“ diskutiert wurde.

### **Haltung, Kompetenz der TeilnehmerInnen**

Zu dieser übergeordneten Kategorie „Haltung, Kompetenz der TeilnehmerInnen“ finden sich in der Literatur verschiedene Belege, inwiefern unterschiedliche Haltungen, Einstellungen und Kompetenzen der TeilnehmerInnen an kollegialen Beratungen auf den Prozess förderlich oder hinderlich auswirken (Tietze 2010: 47 ff.) Die Subkategorien beziehen sich alle auf die Haltungen und Kompetenzen der TeilnehmerInnen in ihrer Rolle als beratene und beratende KollegIn, nicht auf die Kompetenzen der ModeratorIn oder ProtokollantIn, auch wenn es Überschneidungen geben kann.



**Abbildung 22 „Haltung, Kompetenz der TeilnehmerInnen“ absolute Häufigkeit der Subcodes**

Am häufigsten codiert ( $n=12$ ) wurde der Subcode „**Praxis**“, der deduktiv an das Material herangetragen wurde. In der Literatur wird mehrfach beschrieben, dass die berufliche Erfahrung der beratenden KollegInnen förderlich auf den Beratungsprozess wirke. Hierbei schien die Berufserfahrung der dual Studierenden als hilfreich von den FallerzählerInnen wahrgenommen zu werden. Insbesondere, wenn die StudentInnen in Settings arbeiten, die sich von der akutstationären Pflege unterscheiden, kann dies den Beratungsprozess unterstützen. Bringen beispielsweise StudentInnen Erfahrungen aus der häuslichen Pflege ein, kann dies die Sicht auf den Fall erweitern und bei Überleitungsproblemen im Lösungsprozess sehr gut unterstützen. Die Studierenden des 7. Semesters haben ihre Berufsausbildung bereits absolviert und arbeiten häufig in ihrem Beruf in Teilzeit oder als geringfügig Beschäftigte parallel zum Studium.

*P1: „Ja, eigentlich bei meinem Fall schon, weil bei meinem Fall war wirklich der wichtigste und höchste Interventionsbedarf, einfach die häusliche Versorgung und das haben sie eigentlich ganz gut gemacht. Nachdem da eben auch jemand dabei war, der auch im häuslichen, also im*

*ambulanten Dienst arbeitet WAR dann natürlich auch/ ist Hintergrundwissen da gewesen, auf was man da noch speziell achten muss. Und das ist immer hilfreich bei so einem Fall dann, dass man da einfach schon einmal mehr nochmal weiß, wie das ist. Weil wenn man nur in der Klinik arbeitet, kriegt man das nicht mit, was zu Hause wirklich alles genau gebraucht wird.“ (FG 0902 #00:51:27#)*

Interessant ist, dass neben der Praxiserfahrung auch die „**Theoriekenntnisse**“ als förderlicher Faktor sehr häufig (n= 8 Codierungen) diskutiert wurden. Diese Kategorie wurde deduktiv an das Material herangetragen und ist in der Literatur als förderlicher Faktor beschrieben (Tietze 2010: 109).

Mit Bezug auf Fengler (1996) beschreibt Tietze Theoriekenntnisse neben Praxis, Empathie, der Fähigkeit zur klinischen Hypothesenbildung und der Kontrolle der Gegenübertragung als „notwendige Ressourcen aufseiten der Teilnehmer“ (Fengler 1996 zit. in Tietze 2010: 60f.). Die Theoriekenntnisse werden hier nicht näher erläutert, wahrscheinlich, weil die kollegiale Beratung im Kontext unterschiedlicher Berufsfelder untersucht wurde. Für die Pflege können Theoriekenntnisse z.B. in Bezug auf den Fall (z.B. Krankheitsbild, Pflegephänomen), auf den Beratungsprozess selbst (z.B. Modelle über den Ablauf von kollegialer Fallberatung), auf die Hilfsmittel zur Einschätzung des Falls (z.B. NANDA-I® Pflegediagnosen, standardisierte Assessmentverfahren) förderlich für den Beratungsprozess wirken.

*P1: „Naja, einige kannten sich halt mmh (.) mit der medizinischen Situation, wie ich so geschildert habe, um einiges besser als ich jetzt selber, also, wo man dann auch noch mal irgendwie bisschen Input bekommt. Und halt / aha, deswegen ist das so. Also, wo man selber im Prinzip etwas erklärt bekommt dadurch.“ (FG 0802 #00:28:04#)*

Von StudentInnen wird erwartet, dass sie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in den Beratungsprozess einbringen, wie P3 in dem nachfolgenden Schlüsselzitat zum Ausdruck bringt.

*P3: „Naja, ich erwarte eigentlich von Studentinnen und Studenten der Pflegewissenschaft, dass sie neue pflegewissenschaftliche Aspekte, Studien und der Gleichen zur Hand haben und dann entsprechend auch einbringen, dass man sich darüber austauschen kann.“ (FG 0902 #01:04:06#)*

*P3: „Ich hätte gerne eine Vernetzung zwischen Uni und Klinik, was im Prinzip auf das Gleiche rausgeht und das hinterlegt mit EVALUIERTEN Studien, ja. Weil glaube keiner Studie, die du nicht selbst angefertigt hast. (..) Und wir wenden ja so viele Sachen an, die alles andere als evaluiert sind. Und, ähm, und das finde ich eigentlich schade.“ #01:08:13#*

*I: „Also, dass man die Studierenden auch wieder mehr dafür einsetzt, dass sie wirklich die Studien auch evaluieren, ist sie/kann man diese gebrauchen, sind die Kriterien erfüllt?“ #01:08:25#*

*P3: „Genau! Ich/“ (FG 0902 #01:08:26#)*

Zunächst bringt P3 in dem ersten Zitat (FG 0902 #01:04:06#) die Erwartung zum Ausdruck, dass Studierende zu dem Fall und zu den damit verbundenen Fragestellungen entsprechende wissenschaftliche Erkenntnisse sofort „zur Hand haben“ und einbringen. Der EBN Prozess schien für die KollegInnen ohne wissenschaftlichen Hintergrund hier noch wenig nachvollziehbar.

Die „**Verknüpfung von Theorie und Praxis**“ scheint die dual Studierenden in besonderer Weise auszuzeichnen. Dies wurde in der Fokusgruppe 0902 thematisiert und insgesamt fünfmal codiert. Die Kategorie wurde induktiv aus dem Material entwickelt und scheint für die kollegiale Beratung in der Pflege als förderlicher Faktor von besonderer Bedeutung. Die Theorie bezieht sich hier vor allem auf die Fähigkeit der dual Studierenden, relevante Fragen zu stellen, Studien zu recherchieren, kritisch zu beurteilen und in die Praxis einzubringen (EBN).

*P1: „Ja, eigentlich beides. Also, ähm / Man kann das oftmals gar nicht so trennen, weil das greift ja doch ineinander. Ähm, das was sie in der Praxis eben schon gelernt haben, einfach mit dem, was sie von der Theorie her verknüpfen können und das ist ja eigentlich das, was sie sehr gut gemacht haben, dass sie eben beides/“ (FG 0902 #00:16:00#)*

*P3: „[...] Da haben uns Studenten die ganzen entsprechenden Studien herausgesucht, haben sie auch gelesen, haben evidenzbasierte VORGESTELLT, dass man auf denen weiterarbeiten kann. Und so etwas erwarte ich auch von solchen Studenten, dass sie sich eben genau mit solchen Problemen dann beschäftigen. DAS kann natürlich nicht in der ersten Sitzung sein, ja, weil ich ja überhaupt nicht weiß, um was geht es jetzt, dann kann ich keine EVB- Studie vorziehen, aus meiner Tasche schütteln, sondern dass man dann halt eventuell auch mal was/einen Fall über längere Zeit sich anschaut. Was wurde daraus? Also, dein Patient ist jetzt wieder mit Rollator unterwegs, hat sein Pflegebett unter der Isarbrücke und es kommt zwei Mal am Tag der Pflegedienst oder sowas, ja, also das ist jetzt natürlich ein Hirngespinnst, aber dass man halt auch einfach sieht, wie geht es dann weiter. Oder wie//“ (FG 0902 #01:09:34)*

Die „**Fähigkeit zur klinischen Hypothesenbildung**“ wird deduktiv an das Material als Kategorie für einen förderlichen Faktor in der übergeordneten Kategorie „Haltung, Kompetenz der TeilnehmerInnen“ herangetragen. Sie spielt im Zusammenhang mit der kooperativen Fallberatung bei der Ausbildung der Fähigkeiten und Fertigkeiten für EBN der StudentInnen eine wichtige Rolle. N= 3 Textstellen wurden in dieser Kategorie codiert, u.a. die nachfolgende Sequenz:

*P2: „// Den Theorie-Praxis Transfer. Die Anpassung auf die Patientin. Dass man, wenn man sie kennt, vielleicht nur vom Lesen / dass man sagt, die und die Diagnose würden auf sie zutreffen, aber wenn man sie kennt, weiß man, nein, eigentlich trifft das nicht zu, sondern etwas ganz anderes. Deswegen würde ich schon damit arbeiten, aber, dass ähm, auch wie*

*gesagt (lacht) viele Dinge mit rein spielen und dass man sie halt gut kennen MÜSSTE, um damit zu arbeiten.“ (FG 0802 #01:12:49#)*

Dabei wird u.a. der diagnostische Prozess beschrieben, bei dem Hypothesen über mögliche, zutreffende Pflegediagnosen nach der NANDA-I® Systematik gebildet werden und anschließend anhand des spezifischen Einzelfalls überprüft werden.

Interessant war in diesem Zusammenhang auch, dass sich die Pflegefachpersonen bei der kollegialen Beratung kompetent in Bezug auf die Evaluation erlebten. Da die Phase der Evaluation in der klinischen Praxis häufig vernachlässigt wird (Bartholomeyczik 2004), soll dies an dieser Stelle herausgestrichen werden, auch wenn der induktiv aus dem Material entwickelte Subcode „**Evaluationskompetenz**“ nur einmal codiert wurde. Bei der Reflexion klinischer Entscheidungsprozesse im Rahmen der kollegialen Beratung erleben sich die TeilnehmerInnen als kompetent in Bezug auf die Evaluation im Pflegeprozess - was als förderlich erlebt wird. Die beratenden KollegInnen helfen, klinische Beurteilungs- und Entscheidungsprozesse sowie das Handeln kritisch zu hinterfragen und auf ihre Effektivität hin zu überprüfen. Umgesetzte Pflegemaßnahmen können bzgl. Zielerreichung überprüft werden.

*I: „Und die letzten zwei, Strukturleitfaden, Bestärkung der eigenen Entscheidungen? #01:01:25#*

*P2: Naja, also das gehört fast für mich hier mit zur Reflektion, oder? Die Entscheidung? Das ist ja so das Endergebnis. #01:01:37#*

*I: Geht es eher in die Richtung der Planung, der Evaluation oder der Analyse? #01:01:43#*

*P3: Das geht in die Evaluation rein, wenn ich in meinen eigenen Entscheidungen bestärkt werde. #01:01:53#*

*P2: Ja, aber es hat auch etwas mit Ergebnis (husten) // zu tun würde ich sagen. #01:01:58#*

*P1: //Ja.//*

*P3: //Ja.//*

*I: Das ist die Evaluationskompetenz. #01:02:00#*

*P2: Eigentlich ja!“ #01:02:01# (FG 0902)*

In dieser Sequenz wird ein Dialog dokumentiert, der aufgrund der Aufforderung der Moderatorin, Einzelbeiträge zu kategorisieren, entstand. Dabei entwickelten die TeilnehmerInnen die Kategorie „Evaluationskompetenz“, die auch induktiv aus dem Material als förderlicher Faktor herausgearbeitet wurde.

Das „**Verständnis vom Beratungsprozess**“ wurde dreimal codiert und ist in der Literatur als förderlicher Faktor und als wichtige Kompetenz der TeilnehmerInnen einer kollegialen Beratung beschrieben (Tietze 2010: 70)

"Um Fallberatung realisieren zu können, erscheint es notwendig, dass Mitglieder von Peergruppen ein gemeinsam geteiltes Verständnis einerseits von geeigneten und bearbeitbaren Fällen und andererseits von den Prinzipien von Fallberatung und ihren Implikationen hinsichtlich des Beratungsprozesses und der sozialen Struktur gewinnen." (Tietze 2010: 70)

Für das hier vorliegende Setting ist dies eine große Herausforderung, weil Studierende ein wissenschaftlich geprägtes Vorverständnis aus dem theoretischen Unterricht mitbringen, was sich ggf. die Pflegefachpersonen der klinischen Praxis erst erarbeiten müssen. Umgekehrt haben Pflegefachpersonen der Klinik ggf. schon reichhaltige Vorerfahrung mit kollegialer Beratung und subjektive Theorien entwickelt, die nun an die wissenschaftlich fundierten Theorien angeknüpft werden müssen.

*P2: „Auf jeden Fall. Ich finde es gut, dass man im Rahmen des Studiums auch dieses Seminar HAT und weiß, wie Fallbesprechungen ablaufen und wie die durchgeführt werden sollen, damit man auch darauf vorbereitet wird, nach dem Studium, das man das dann auch selbständig machen und planen kann. Deswegen finde ich das wichtig.“ (FG 0802 #01:26:44#)*

Intensive „**Aufmerksamkeitszuwendung**“ wirkt nach Tietze (2010) förderlich (Tietze 2010: 108) und wird deduktiv als Kategorie vorausgesetzt.

*"Darüber hinaus korrespondiert das Verständnis von Kollegialität im Sinne prosozialen Verhaltens mit psychoanalytisch-interaktionellen Grundeinstellungen für die Gruppentherapie (vgl. Heigl-Evers & Ott, 1997): intensive Aufmerksamkeitszuwendung, Respekt vor dem Beratenen, die Einstellung einer emotionalen Akzeptanz dem Beratenen gegenüber sowie das Bemühen, dem Beratenen gegenüber authentisch zu sein. Wenn solche Wirkfaktoren und Grundeinstellungen begünstigend für psychotherapeutische Prozesse sind, kann angenommen werden, dass sich auch kollegiale Beratung, in der diese Faktoren realisiert werden, wirksam bei der instrumentellen, kognitiven und emotionalen Bewältigung beruflicher Schwierigkeiten sein kann." (Tietze 2010: 108)*

Aufmerksamkeitszuwendung äußert sich im aktiven Zuhören, wenn beispielsweise der Fall vorgestellt wird. Beiträge der KollegInnen werden aktiv und aufmerksam aufgenommen und wert geschätzt, indem beispielsweise die eigenen Gedanken zu dem Fall an den jeweiligen Beitrag angeschlossen werden. Das Zitat von P3 (FG 0902 #00:04:54#) veranschaulicht sehr gut, wie wichtig, diese Aufmerksamkeitszuwendung und das aktive Mitarbeiten der KollegInnen an dem Fall für die Fallrätlerin sind. Die Erläuterung von Tietze mit Bezug auf psychotherapeutische Prozesse lässt die Grenze der kollegialen Beratung zur Therapie und zur Supervision etwas verschwimmen. Dennoch scheint die achtsame Zuwendung zum Fall und zur ratsuchenden Kollegin ein bedeutendes Element zu sein, das vor allem (dreimal codiert) in der Fokusgruppe 0902, aber auch in der Fokusgruppe 0802 (einmal codiert) thematisiert wird.

*P3: „Ja, ich fand schön, dass die Studenten GUT dabei waren. Die, ähm (.), haben sich aktiv mit Fragen beteiligt, MEHR/. Also ich unterrichte ja auch sehr viel bei unseren Schülern und (.) im Vergleich dazu war das/. Aber das merkt man auch schon am Unterricht, Bachelor-Schüler sind ganz ANDERS drauf und/ beim gleichen Unterricht, ähm, wie unsere normalen Schüler und da hat es sich auch herauskristallisiert, es ist einfach mehr Biss dahinter. Also BISS dahingehend, dass ich MEHR dabei bin, dass ich anders hinterfrage und dass ich nicht nur erwarte, ich werde jetzt (.) bespaßt, sozusagen. (FG 0902 #00:04:54#)*

In beiden Fokusgruppen wurde die „Emotionale Akzeptanz“ als deduktive Kategorie (Tietze 2010: 82) einmal codiert. P1 berichtet in der FG 0802, dass für sie die kollegiale Beratung eine „gute Erfahrung“ gewesen sei. Daraus wurde geschlossen, dass eine offene Atmosphäre herrschte, bei der sich die TeilnehmerInnen auch mit ihren Gefühlen im Zusammenhang mit dem Fall akzeptiert und angenommen fühlten. Im Fall eines wohnungslosen Patienten wurde beispielsweise das Gefühl von den ratsuchenden KollegInnen geschildert, den Patienten lieber „weiterziehen“ zu lassen und nicht zu überreden, sich helfen zu lassen. Ein Gefühl, das auf einen Konflikt hindeuten kann, wenn man davon ausgeht, dass die Pflege in der Gesellschaft die Funktion des helfenden Berufs übernimmt.

*P1: „Ich fand es eine gute Erfahrung. Also, anfangs war man aufgeregt, und dann geht es irgendwie, wenn man den Fall vorträgt. Ähm. Also weder arg belastend noch arg entlastend. Aber einfach eine gute Erfahrung.“ (FG 0802 #01:15:11#)*

*P2: „Also, ich glaub, dass also/. Ich fand ganz gut, diesen offenen Dialog. (.)Also, das find ich gut (.). Und, weil eigentlich nur so kann man sich auch gegenseitig stützen.“ (FG 0902 #00:21:52#)*

**„Offenheit, Neugier“** (Anzahl der Codierungen n= 7) ist nach Tietze (Tietze 2010: 93) ein förderlicher Einflussfaktor, der deduktiv an das Material angelegt wurde, jedoch in Bezug auf die kollegiale Fallberatung in der Pflege noch weiter ausgeführt werden muss. Die Haltung der TeilnehmerInnen, sich offen und neugierig dem Fall zuzuwenden, wirkt förderlich. Den Fall und die Beurteilung des Falls nicht einfach hinzunehmen, sondern kritisch zu hinterfragen und dabei auch offen für neue Aspekte zu sein, kann förderlich sein. Das Interesse für den Fall und für den Prozess der Beratung sowie für die dahinterliegende Theorie und Systematik kann den mit der Beratung zusammenhängenden Lernprozess unterstützen.

*P1: „Ja, sie haben aber auch alle auch am/eigentlich am selben Strang gezogen und weil sie natürlich alle, ähm, dann auch dieselben Voraussetzungen haben. Also bei mir haben sie angefangen dann mit den , ähm, Pflegediagnosen überlegt, was könnte jetzt DA passen, was könnte DA passen. Das ist für mich Neuland, das hab ich nicht gelernt, das weiß ICH NICHT. Und, ähm, ja aber da kamen dann einfach von den verschiedene Seiten her, „wie man jetzt das macht, da könnte das ja auch passen und das könnte passen“ und also, da waren sie einfach, da haben sie sich auch gegenseitig bereichert, die Studenten, dass sie einfach da, ähm, gesehen haben, das ist HIER der Fall und da könnte man das noch sehen und so. Das war auch ein gutes Miteinander, wo sie sich auch gegenseitig einfach auch bestärkt haben und geschaut haben, was könnte jetzt noch sein. (.) /“ (FG 0902 #00:07:50#)*

*P1: „Ja, es ist/ ähm, gibt ja uns in der Praxis ja auch wieder neue Blickwinkel, die einfach auch wichtig sind, dass man das in der praktischen Arbeit einfach auch dann vielleicht umsetzen kann oder einfach mal wieder anders drauf zu schauen und nicht einfach das Eingefahrene, was man immer schon macht, auch mal/AUCH wieder hinterfragt, so wie du es schon gesagt hast, reflektiert, was man macht und dass man das dann VIELLEICHT auch ändert, weil wir wo in dem Bereich drin sind, auch wenn wir uns/wenn wir sagen, ja wir machen so was, wir stellen einen Fall vor, machen eine kollegiale Fallberatung sind ja bereit, irgendwas zu ändern und das können wir ja dann auch wieder in unser Team mit reinbringen. Das ist denke ich schon wichtig und deswegen soll es schon weitergehen. #01:26:14#*

*P2: Ich finde es wichtig, dass diese Offenheit und diese/ #01:26:20#*

*I: bestehen // bleibt. #01:26:20#*

*P1: //Genau!// #01:26:20#*

*P2: //Dass das bestehen bleibt, ja! //“ (FG 0902)*

In dem Zitat kommt auch zum Ausdruck, dass FallbeobachterInnen sich selbst so einschätzen, dass sie bereit sind, Routinen aufzubrechen und neue Ideen aufzugreifen. Sie sehen sich als MultiplikatorInnen und möchten, Erkenntnisse aus der kollegialen Fallberatung ins Team hineinbringen, damit auch andere KollegInnen profitieren können. An dieser Stelle wird deutlich, dass



kollegiale Beratung zur lernenden Organisation beitragen kann. Wissen und Erfahrung werden unter den KollegInnen ausgetauscht und werden damit in der Organisation multipliziert. Zudem kann der kollegiale Austausch auch zu einem Wissenszuwachs und einer vermehrten Anzahl von Verhaltens- und Handlungsalternativen führen, die dann für ähnlich gelagerte Fälle genutzt werden können. Organisationales Lernen kann als „Veränderung, Abgleichung und Erweiterung der geteilten mentalen Modelle“ (Kluge & Schilling 2000: 188) verstanden werden und scheint sich „über die direkte Interaktion in (selbstorganisierten) Netzwerken zu vollziehen“ (Kluge & Schilling 2000: 188). Aus der Perspektive der strategischen Unternehmensführung hat organisationales Lernen hohe Bedeutung für die Fähigkeit einer Organisation, sich an veränderte Anforderungen des Umfeldes anzupassen und damit zu überleben. In der kollegialen Fallberatung wird nicht nur kognitiv-instrumentelles Wissen ausgetauscht, sondern auch moralisch-praktisches und ästhetisch-praktisches Wissen. Wenn über Fälle kollegial diskutiert wird, werden auch die ethischen Implikationen beispielsweise von Fallbeurteilungen und Interventionsentscheidungen reflektiert. Dies trägt dazu bei, dass Werthaltungen überhaupt erst einmal bewusst gemacht, vor dem Berufsethos und den gesellschaftlich getragenen Grundwerten reflektiert und weiterentwickelt werden. Somit kann sich die Unternehmenskultur weiterentwickeln und in die umgebende Kultur der Gesellschaft integrieren bzw. gestaltend auf sie zurückwirken.

## Beratungsprozess

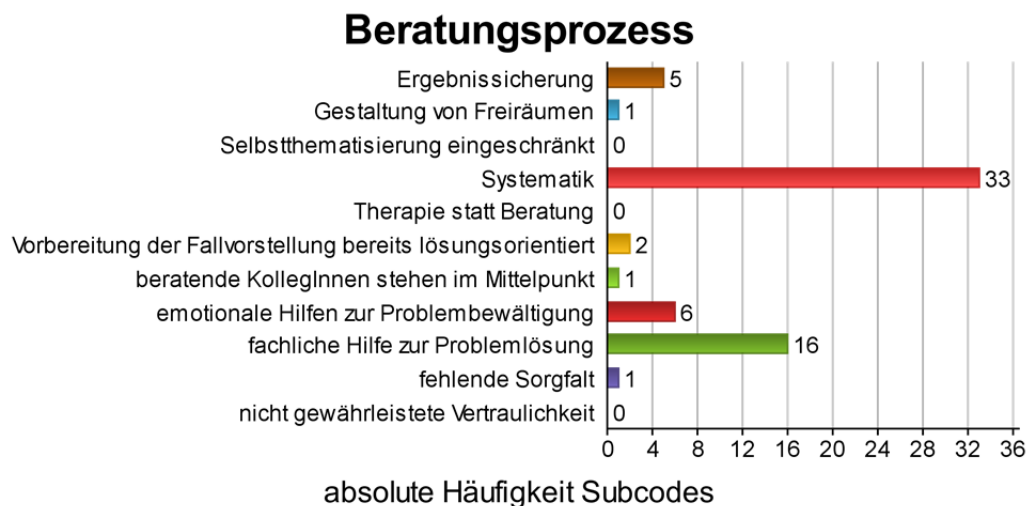


Abbildung 23 „Beratungsprozess“ absolute Häufigkeit der Subcodes

„**Emotionale Hilfen zur Problemlösung**“ wird als deduktive Subkategorie (Tietze 2010: 54, mit Bezug auf Schmidt & Wahl 1999) sechsmal codiert. Neben Reflexion, Klärung und Lösungsvorschläge kann kollegiale Beratung auch „emotionalen Rückhalt“ (Tietze 2010: 73) bieten. Emotionale Entlastung

und emotionaler Rückhalt wirken förderlich auf die kollegiale Beratung. Die beratene und beratende KollegIn können beispielsweise Unterstützung bei der Emotionsarbeit erfahren, wenn es um Fälle geht, bei denen starke und belastende Gefühle erlebt wurden. Beispielsweise in Fällen, in denen Entscheidungen konfliktbehaftet sind, scheint der emotionale Rückhalt durch die beratenden KollegInnen sehr bedeutungsvoll. Zweifel an der Beurteilung des Falls und an der getroffenen Entscheidung über die Intervention sind ja grundsätzlich berechtigt und auch gut für die Qualitätsentwicklung. Um aber handlungsfähig zu bleiben, ist es auch wichtig, dass einmal getroffene Entscheidungen (vorausgesetzt sie wurden sorgfältig unter Abwägung wichtiger Grundlagen getroffen) von den Entscheidungsträgern auch akzeptiert und getragen werden können.

*P1: „Und das andere ist das einfach, das man das, was man selber schon bisher erarbeitet hat, das man dabei bestärkt worden // ist, also dass ICH bestärkt worden bin, dass wir auf dem richtigen Weg sind.“ (FG 0902 #00:57:12#)*

Wenn wir uns die in der kollegialen Fallberatung thematisierten Themen und Probleme genauer ansehen, geht es in der Klinik ja häufig um für die Patienten existenziell bedeutungsvolle Entscheidungen. Dies waren beispielsweise Entscheidungen über die Verlegung in ein Pflegeheim ohne Perspektive der Rückkehr in die eigene Wohnung oder die Entscheidung über die Initiierung einer Sterbebegleitung für einen schwer alkoholkranken Patienten mit hepato-renalem Syndrom und co-abhängiger Partnerin. Oft müssen solche Entscheidungen aufgrund der Arbeitsdichte im akutstationären Bereich schnell getroffen werden, sodass die damit verbundenen Emotionen auf Seiten der Kliniker, die in die Entscheidung involviert sind, oft nicht mehr *verarbeitet* und *bearbeitet* werden können. Pflegefachpersonen erkennen aufgrund ihres ganzheitlichen Ansatzes die Tragweite und die Bedeutung solcher Entscheidungen für die betroffene Person. Die PartizipantInnen schätzen ihre Einflussmöglichkeiten auf die Entscheidung jedoch gering ein. Manchmal unterschätzen Pflegefachpersonen aber auch ihre Einflussmöglichkeiten und manchmal scheuen sie auch die Auseinandersetzung mit KollegInnen und Angehörigen anderer Berufsgruppen. In den meisten Fällen sind es aber die Pflegefachpersonen, die diese Entscheidungen mitzutragen haben. Sie erleben in der intensiven Arbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen, welche Bedeutungen Entscheidungen haben können. Wenden sich Pflegefachpersonen professionell und empathisch den Patienten in solchen Situationen zu, ist viel Emotionsarbeit zu leisten, um nicht unprofessionell zu distanziert oder zu involviert zu sein.

*P1: „Ähm, gut, das meiste von dem, was, ähm, die Studenten vorgeschlagen haben, haben wir sowieso schon gemacht, aber das hat mich bestärkt, in dem, dass wir auf dem richtigen Weg waren, und dass man, ähm, (.) auch wirklich nochmal einfach die häusliche Komponente, dass man da einfach auch nochmal einen besonderen, ähm, Blick darauf gehabt hat. Dass man da*

*mit den Angehörigen das Ganze eben nochmal weiter besprochen haben und weiter/ dass wir da weitergemacht haben, dass der zu Hause einfach gut versorgt ist. (.) Das/ Klar, wenn zu Hause die Versorgungen bei so hochkomplexen Patienten einfach nicht passt, dann sind die sehr schnell wieder in der Klinik und das wollen wir ja vermeiden, weil ja jeder Klinikaufenthalt schadet noch mehr und von daher WAR das ganz gut, dass die Studenten auch, dass die, ähm, auch nochmal gesagt haben, ja auf die Häuslichkeit einfach nochmal besonders zu achten. Und das hat uns schon auch weitergeholfen auf der Station, ich hab das eben auch an die Ärzte dann so weitergegeben. Also es hängt ja auch vieles/viele Sachen, die eben auch die Ärzte, ähm, eben einleiten müssen. Das jetzt von uns, von der Pflege her nicht/oftmals nicht so möglich ist. Und auch die sind immer dankbar und froh, wenn man einfach da mit neuen Aspekten daherkommt. Also das ist/da ist Gott sei Dank eine gute Zusammenarbeit da.“ (FG 0902 #00:46:41#)*

Die kollegiale Beratung wird wohl auch dazu genutzt, um bereits getroffenen Entscheidungen zu reflektieren und zu bestärken. „Neue Aspekte“, die in der kollegialen Fallberatung entdeckt worden sind, werden von P1 als bereichernd wahrgenommen, nicht nur für die Pflegekräfte sondern auch für die Ärzte. Dies kann sehr komplexe Fälle betreffen oder Fälle, bei denen das Behandlungsteam das Gefühl hat, auf der Stelle zu treten.

Die „**Systematik**“ (Häufigkeit der Codierung n= 33) des Beratungsprozesses wird in der Diskussion beider Fokusgruppen sehr häufig als förderlicher Faktor angesprochen. Die Systematik unterscheidet die kollegiale Beratung von Alltagsgesprächen oder anderen Entscheidungsprozessen und wurde als deduktive Kategorie (Tietze 2010: 81) an das Material herangetragen. Nach Tietze geht es hier um die Systematik des Beratungsprozesses, der einen bestimmten Phasenverlauf zeigt. Diese einzelnen Schritte des kollegialen Beratungsprozesses umzusetzen, ist u.a. eine Aufgabe der Moderation. In der Literatur werden mehrere, meist iterative Phasenmodelle mit unterschiedlicher Phasen-Anzahl beschrieben. Nach Tietze bilden die Ablauf- und Rollensystematik ein "stabilisierendes Gerüst" (Tietze 2010: 81) für die kollegiale Beratung. Zugleich ist in der Moderation darauf zu achten, dass bei Bedarf zu einzelnen Prozessschritten zurückgesprungen werden kann. Auch stellt jede einzelne Fallberatung einen individuellen Prozess mit eigener Dynamik dar, dem die Moderation gerecht werden muss. In beiden Gruppen spielte die so verstandene Systematik eine große Rolle in der Diskussion der förderlichen und hilfreichen Faktoren (Anzahl der Codierungen n= 8).

*P2: „Ähm, was ich noch gerne hinzufügen würde, das ist was, was für mich auch ganz wichtig war, dieses CHRONOLOGISCHE Abarbeiten in dem Fall. Also dieses strukturierte Vorgehen würde ich jetzt einfach mal sagen.“ (FG 0902 #00:13:40#)*

Aus dem Material heraus konnten aber weitere Subkategorien zur Systematik entwickelt werden. Die „**Systematik der Fallanalyse**“ (Anzahl der Codierungen n= 12) scheint eine herausragende Rolle für die PartizipantInnen zu spielen.

P2: „Also, was mir zum Beispiel auch aufgefallen ist, in diesem Dialog, dass einfach/. Aber das ist ja jetzt eigentlich das, was du schon gesagt hast <Name P3>. Dass, ähm, der Schwerpunkt dann vorwiegend auf diesen klinischen, medizinischen Aspekten vorwiegend liegt, dass man das als aller erstes eigentlich immer sofort präsent hat, aber diese ANDEREN Aspekt, wie jetzt bei diesem Einen/dem Fall den ich jetzt vorgestellt hab, diese ganzen Obdachlosenproblematiken, diese sozialen Problematiken, um es mal GANZ groß zu überschreiben. Also, die waren da denke ich mal, das haben wir dann rausgearbeitet miteinander. Also was bedeutet, ähm, jetzt auch, ähm, für den Patienten, aber auch für uns als Klinik, wo einfach da auch die RISIKEN liegen. Also das fand ich dann ganz interessant.“ (FG 0902 #00:24:50#)

Die Fokussierung der beratenden KollegInnen auf pflegerische Phänomene und Konzepte lenkt den Blick auf die pflegerisch, bedeutungsvollen Dimensionen des Falls. Die in der Praxis der Akutpflege häufig vernachlässigten psychosozialen Aspekte und pflegerischen Phänomene konnten in der kollegialen Fallberatung nach Einschätzung von P2 herausgearbeitet werden. Dies wird nicht nur bedeutungsvoll für den Patienten sondern auch für die Klinik gesehen.

Ein weiteres Thema auch im Zusammenhang mit der Komplexität des Falls und der Wahrnehmung, dass diese Komplexität des Falls eher hinderlich auf den kollegialen Beratungsprozess wirkt, ist die förderliche Wirkung der Systematik auf die **Priorisierung der wichtigsten Aspekte**.

*P2: „Hm, eigentlich NEIN, kann ich/ NEIN, da fällt mir überhaupt nichts ein. Im Gegenteil, ich hab ja nur gerade überlegt, weil die Fälle, so kommt es mir jetzt vor, haben,/ die jetzt vorgestellt wurden, haben ja eine enorme Komplexität. Und, ähm, was für mich, und das ist eigentlich mit förderlich oder hilfreich, ist, das man, ähm jetzt die (.) HAUPTASPEKTE raus/ also für mich/ sich nochmal rauskristallisiert haben und, ähm (.), weil ich kann mich ja nicht in der Regel um ALL diese Thematiken in gleicher Art und Weise kümmern, sondern ich muss ja auch hier priorisieren und ähm, gucken, was ist denn dringend und woran kann ich dann auch wirklich was, ähm, tun. Und das würde für mich/Also das war für mich eher nochmal so auch von Vorteil.“ (FG 0902 #00:29:51#)*

Das Zitat bringt zum Ausdruck, dass das systematische Vorgehen bei der Fallanalyse auf Basis der NANDA-I® Pflegediagnosen dazu beitrage, dass bei komplexen Fällen, der Blick für das Wesentliche aus Sicht der Pflege nicht verloren geht und die Pflege damit auch handlungsfähig bleibt.

In beiden Gruppen, aber vor allem in der Fokusgruppe 0802, spielt die „**Anschlussfähigkeit der Systematik**“ (Anzahl der Codierungen in der FG 0802: n= 8, Anzahl der Codierungen in der FG 0902 n= 1) eine wichtige Rolle in der Diskussion. Dabei wurde unter anderem diskutiert, dass es hilfreich sei, wenn die Systematiken, nach denen die KollegInnen bei der Fallaufbereitung vorgehen, kompatibel mit denjenigen der Klinik sind. Konkret versuchte P4 in der Fokusgruppe 0802 die Diagnosen des NANDA-I® Klassifikationssystems auf die sog. „situativen Problematiken“ der Selbstpflegedefizittheorie nach D. Orem, nach der in der Klinik gearbeitet wird, zu übertragen.

*P4: „[...] Ähm (.) was bei mir und es ist ja dann auch, also mir ist auch aufgefallen, also wir haben ja erst die Fallvorstellung gemacht und die hat auch lang gedauert und dann wurde es ja dann nach den NANDA-I® Diagnosen aufbereitet ähm, wo alle dann nach den Büchern geschaut haben. Genau. Ich selber habe meine Ausbildung zur Selbstpflegedefizittheorie und ich kenne es ja, also wir hinterfragen ja schon auf unserer Station ähm nach einer Struktur / bei uns sind es ja dann die Eltern von den Babys / ähm, also schon immer erst das Baby und dann müssen wir mit den Eltern arbeiten ähm / wird schon nach verschiedenen, ja nicht Diagnosen, aber äh Punkten, situativen Problematiken, heißt das ja bei uns, dann ähm aufbereitet. Genau. Da hat sich viel überschritten [...]. (FG 0802 #00:05:42#)*

Für die DiskutantInnen spielte auch die „**Systematik der Fallvorstellung**“ als förderlicher Faktor eine wichtige Rolle (Anzahl der Codierungen n= 4).

*P4: Die Power Point Präsentation fand ich / ich weiß nicht, ob alle die gemacht haben/ aber die fand ich ganz gut jetzt. Dadurch haben / glaube ich / die Studenten einfach mehr Einblick gehabt. Vielleicht ist dadurch auch das Interesse mehr geweckt worden. (FG 0802 #00:24:05#)*

*P1: Und das ist übersichtlicher. Dann hat man was, auf (das man kucken kann?) (FG 0802 #00:25:21#)*

„**Fachliche Hilfen zur Problemlösung**“ (Anzahl der Codierungen n= 16) wurde als Kategorie für einen förderlichen Faktor induktiv aus dem Material entwickelt. Es wird als förderlich und hilfreich wahrgenommen, wenn die kollegiale Fallberatung eine fachliche Unterstützung und Hilfe bietet, in Fällen, in denen das Behandlungsteam/Pflege team nicht mehr weiter kommt oder in Fällen, in denen eine fachliche Bestärkung der klinischen Entscheidung gesucht wird. Hier scheinen die beratenden StudentInnen vor allem den Blick auf die psychosoziale Situation zu lenken, der in der klinischen Praxis unterzugehen scheint.

*P2: „Genau. Ähm weil da muss ich sagen, also ich habe mich da noch einmal mehr mit der Krankheitsgeschichte befasst der Patientin und auch mit dem Krankheitsbild und da habe ich noch einmal einiges für mich mitgenommen. Ähm, jetzt werden da Fallberatungen / eben diese Denkanstöße der Studierenden und dass man sich also auch im Nachhinein, habe ich mir auch noch einmal mehr Gedanken über das Psychosoziale einfach gemacht von der Patientin. [...] (FG 0802 #00:56:41#)*

Die induktiv entwickelte Subkategorie „**Ergebnissicherung**“ scheint hohe Bedeutung für die beratenen KollegInnen zu haben und wurde mehrfach (Anzahl der Codierungen n= 5) in der Fokusgruppe 0802 diskutiert. Die Sicherung und Rückmeldung der Ergebnisse der Fallberatung ist den ratsuchenden KollegInnen wichtig und wird erwartet. Eine mangelnde Ergebnissicherung und Rückmeldung führt zur Enttäuschung. Ratsuchende KollegInnen aus der klinischen Praxis können manchmal die Fallanalyse nicht bis zuletzt mitverfolgen, weil sie z.B. in den Stationsdienst zurückgerufen werden und erwarten dann über das Ergebnis der Fallberatung informiert zu werden, um diese auch möglichst strukturiert in das Team und in den klinischen Entscheidungsprozess hineinzutragen.

*P4: Würde ich gleich noch einmal weiter machen. Genau. Also, das, wie gesagt, dieses Hinterfragen war schon noch einmal hat noch einmal einen Denkanstoß gegeben, also ich habe mir schon auch ein paar Fragen aufgeschrieben und habe die mitgenommen und an die ich jetzt selber auch nicht gedacht habe, aber so im Große und Ganzen ähm ist jetzt nicht mehr dazu gekommen. Ich habe mir jetzt erwartet, also ich habe gedacht /gut einmal ging es nicht, weil da war ich nicht da an dem Tag/ die Frau <Name (Kordinatorin der Klinik)> kam dann tatsächlich, glaube ich, mit einer Studentin/ ähm das, ich musste damals früher gehen/ und die haben das noch ausgearbeitet. Und ich habe gedacht, da kommt jetzt noch jemand und sagt mir jetzt, was noch ausgearbeitet worden ist, wo kann ich jetzt noch hinschauen oder haben wir das schon gemacht /also ich habe möglicherweise dann gehört / Also, das fand ich jetzt bisschen schade eigentlich, nicht hinderlich, aber schade, weil da hätte ich mir jetzt erwartet / weil zwei sind in dem Kurs auch gesessen, die auf meiner Station arbeiten, ähm, die haben mich zwar dann im Verlauf noch paarmal gefragt, was jetzt mit dem Kind passiert ist, aber mehr habe ich nicht mehr gehört. (FG 0802 #00:07:09#)*

Die Rolle des „Schreibers“ wird in der Literatur beschrieben (Kopp/Vonesch 203: 181 f.). Der „Schreiber“ bzw. Protokollant wirkt wesentlich bei der Ergebnissicherung mit, die auch für die PartizipantInnen des „CANDo“-Projektes große Bedeutung zu haben scheint. In dem Zitat kommt zum Ausdruck, dass die Rückmeldung der Ergebnisse in diesem Fall wohl unbefriedigend und sogar enttäuschend war. Das könnte auch Auswirkungen auf die Motivation der FallrätInnen, weitere Fälle in die Peer-Gruppe einzubringen, haben. Zukünftig ist deshalb auf eine zeitnahe Rückmeldung der Ergebnisse an die beratene Kollegin zu achten. Die langwierigen Prozesse der wissenschaftlichen

Recherche und Bewertung sowie der Korrektur der studentischen Arbeiten erschweren ein zeitnahes Feedback. Dafür werden zukünftig Lösungen zu entwickeln sein.

Dass die „Vorbereitung der Fallvorstellung bereits lösungsorientiert“ und förderlich für den Beratungsprozess wirkt, wurde in der Fokusgruppe 0802 diskutiert (Anzahl der Codierungen n= 2) und als Subkategorie induktiv aus dem Material entwickelt. Bereits die Vorbereitung der Fallvorstellung für die kollegiale Beratung scheint dazu zu führen, dass sich die ratsuchende Kollegin intensiver mit dem Fall auseinandersetzt, was von der ratsuchenden KollegIn als persönlicher Lerngewinn empfunden wird. Diese Subkategorie könnte somit auch der übergeordneten Kategorie „handlungsorientierter Lösungsprozess“ zugeordnet werden. Da aber die Vorbereitung der Fallvorstellung als ein vorbereitender Schritt im Beratungsprozess darstellt, wurde es der Kategorie „Beratungsprozess“ zugeordnet.

*P2: „Ja. Ähm. Fällt da auch die Vorbereitung mit rein für die / #00:55:55#*

*I: „Inwiefern meinen Sie die Vorbereitung. Die SIE gemacht haben für die Fallvorstellung?“ #00:55:58#*

*P2: „Genau. Ähm weil da muss ich sagen, also ich habe mich da noch einmal mehr mit der Krankheitsgeschichte befasst der Patientin und auch mit dem Krankheitsbild und da habe ich noch einmal einiges für mich mitgenommen. [...]“ (FG 0802 #00:56:41#)*

## Gruppendynamischer Prozess

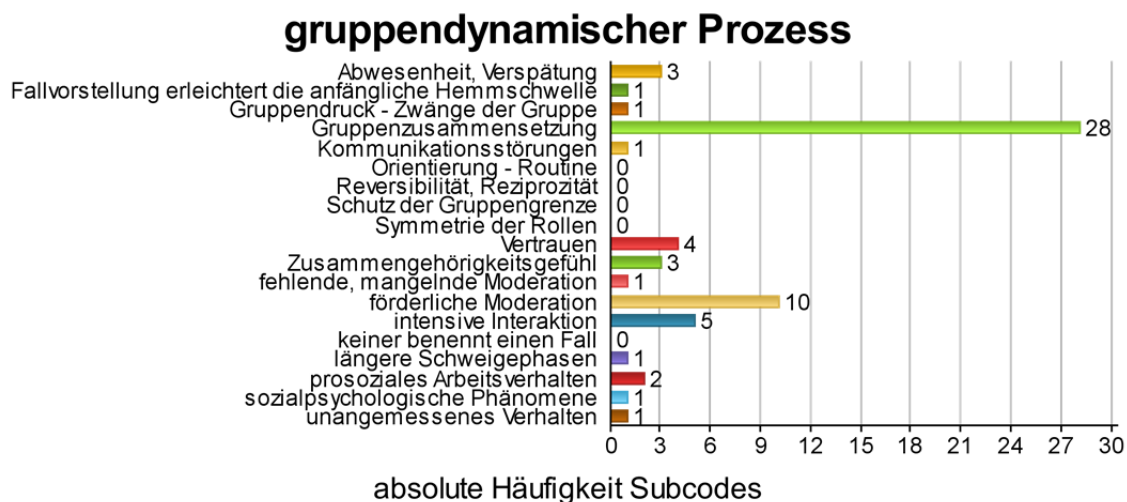


Abbildung 24 „gruppendynamischer Prozess“ absolute Häufigkeit der Subcodes

Unter der Kategorie „gruppodynamischer Prozess“ wurde die Gruppenzusammensetzung sehr häufig (N= 28 Codierungen) diskutiert. Als Subcode wurde die Kategorie „Leiterlosigkeit, aber keine Leitungslosigkeit“ (Tietze 2010: 90f. und 94 f.) deduktive an das Material herangetragen und zweimal codiert. Förderliche Faktoren der Leiterlosigkeit nach Tietze sind ein stärkeres Engagement der Mitglieder, ein gleichberechtigter Beratungsprozess, eine bereichernd erlebte Verantwortung und eine stärkere Identifikation mit der Peer-Gruppe. Gruppenmitglieder erlebten sich gleichrangig und gleichgestellt. Damit könnten Themen freier und offener angesprochen werden. Leitungslosigkeit soll dabei aber vermieden werden, d.h. eine Moderation zur Einhaltung einer gewissen Struktur und der Regeln einer demokratischen Diskussion in der Peer-Gruppe ist förderlich.

*P2: „Also ich fand es schon hilfreich, dass sie dabei war und weil sie eben, so ein bisschen auch moderiert hat und motiviert hat ähm die Diskussion angeregt hat. Also ich fand schon / und auch bisschen Struktur auch noch mit reingebracht hat / deswegen fand ich das schon wichtig.“ (FG 0802 #01:25:28#)*

Das Zitat bringt zudem zum Ausdruck, dass die Moderation wohl auch eine Rolle bei der Motivation der TeilnehmerInnen spielt. Die ModeratorIn kann auch Diskussionen, die ins Stocken geraten wieder anregen. Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass auch Pausen in der Falldiskussion die Reflexion und die Kreativität anregen und ausgehalten werden können.

Anonymität wird von Tietze als hinderlicher Faktor beschrieben (Tietze 2010: 89) und als deduktive Subkategorie an das Material herangetragen, jedoch nicht codiert. Bei zu großen Gruppen entstehe Anonymität, die das Vertrauen störe, die Verantwortungsübernahme für den Fall ungünstig beeinflusse und somit hinderlich wirke. Zudem schwäche die Anonymität die Kohäsion der Gruppe. Dass Vertrautheit entsteht, wenn sich die Mitglieder kennen, wird hingegen in der Fokusgruppe 0902 mehrfach (Anzahl der Codierungen= 4) diskutiert und schließlich wird induktiv aus dem Material der Subcode „Die Mitglieder kennen sich, Vertrautheit“ entwickelt. Dass sich die Mitglieder der Gruppe kennen und keine Scheu voreinander haben, wird als förderlich erlebt. Sich aus dem beruflichen Alltag zu kennen, erzeugt eine gewisse Vertrautheit, die die Kontaktaufnahme und das sich anvertrauen von auch heiklen Informationen zum Fall erleichtert.

*P3: „Und dass sie sich halt untereinander kannten, und von//daher// ähm, auch keine Scheu voreinander gehabt haben.“ (FG 0902 #00:22:59#)*

*P2: „Es war auch eine, ich sag mal, Vertrauensbasis irgendwo //da, wo man sich auch einfach getraut hat und wo man einfach // genau //“ (FG 0902 #00:23:12#)*



*P3: „//Genau!// (...) Ich glaub hätten sich die alle ÜBERHAUPT nicht gekannt, dann wäre das nicht so in die Richtung gegangen. Weil „Da muss man ja vorsichtig sein, was ich da sage.“ (FG 0902 #00:23:25#)*

*P2: „Ja, ja!“ (FG 0902 #00:23:29#)*

*P1: „Ja, genau!“ (FG 0902 #00:23:29#)*

In diesem Zusammenhang wurde auch einmal in der FG 0902 die „**Gruppengröße**“ diskutiert.

Eine Gruppengröße zwischen vier und zehn Personen kann förderlich wirken (Tietze 2010: 88f.). Zu große Gruppen erhöhen die Anonymität, die hinderlich wirken kann, weil z.B. das Vertrauen bzw. die Vertraulichkeit gestört wird. "Mit wachsender Personenzahl mindern sich die Chancen zur Beteiligung an der Gruppeninteraktion, womit die zugemutete Passivität der Anwesenden automatisch steigt." (Kieserling 1999, Marks & Hixon 1986 zit. in Tietze 2010: 89). Die Passivität einzelner Mitglieder, die sich hinter den anderen, die aktiv diskutieren in gewisser Weise verstecken, kann zudem als Interesselosigkeit von der beratenen KollegIn interpretiert werden, was für den Beratungsprozess und für die Motivation hinderlich wirkt.

*P2: „Gruppe. Mhm. (zustimmend) Sollte vielleicht auch keine allzu große Gruppe sein. (.) Also oder man muss einfach festlegen, die Aktiven, das ist für mich eine Gruppe und die Zuhörer, könnte man ja auch machen.“ (FG 0902 #01:23:19#)*

Es scheint für die FallrätlerIn und beratene KollegIn relevant zu sein, im Vorfeld die Rollen hinsichtlich Aktivität zu klären. Dadurch, dass das Lehr-Lernkonzept jedoch vorsieht, dass sich die StudentInnen freiwillig entscheiden können, welchen Fall sie beraten und weiter bearbeiten wollen, kann es ggf. schwierig sein, die Rollen vorab zu bestimmen. Die StudentInnen müssen ja zunächst den Fall näher kennenlernen, bevor sie sich entschließen können, dafür die „Patenschaft“ zu übernehmen. Ggf. muss im Vorfeld dieser didaktische Ansatz den KollegInnen aus der klinischen Praxis näher erläutert werden, sodass für sie nachvollziehbar wird, warum sich einige StudentInnen mehr und andere weniger einbringen. Dabei sollte auch die förderliche Wirkung der Freiwilligkeit dargelegt werden.

„**Statusgleichheit, gemeinsam geteilte Entscheidungsmacht**“ (zweimal codiert) wird als förderlicher Faktor in der Literatur diskutiert (Tietze 2010:101 mit Bezug auf Rotering-Steinberg 2001a, 103). Die gleiche Berufszugehörigkeit (zur Pflege) und die hierarchische Gleichstellung wirken förderlich, wobei Schattenhofe und Götz (2000 zit. in Tietze 2010) die Zusammenarbeit mit fremden Kollegen empfehlen. Im Fall der kollegialen Beratung in der Klinik sind die StudentInnen als externe KollegInnen gleichgestellt und zugleich fremd, was die „Vogelperspektive“ auf den Fall ermöglicht.

Die Anwesenheit der Professorin scheint dabei die Statusgleichheit nicht gestört zu haben, weil ja auch sie außerhalb der organisationalen Hierarchie steht.

*P3: „Die Professoren sind von außen, das ist eine ganz andere Sache, als wenn die Frau <Name>, die Frau <Name> oder ich so etwas moderieren, ja. Wir gehören doch zum Haus und sind in einer anderen (.) Beziehung zueinander. Und, wenn das jemand externes ist, der hier weder Dienstvorgesetzter noch sonst irgendwas ist, dann ist das immer, finde ich, besser. Und ja einfach/mei, von manchen Leuten kennt man auch die Eigenheiten, ja // und wenn der dann dabei ist, dann hat man unter Umständen schon Vorurteile, steckt die schon in seine Schublade rein. Und jemand, der die Leute überhaupt nicht kennt kann das nicht machen.“ (FG 0902 #01:18:39#)*

Trotz Statusgleichheit ist eine „**ausgewogene Mischung der Gruppe**“ ein förderlicher Faktor (Tietze 2010: 87 mit Bezug auf Powell 1996). Die Teilnahme von KollegInnen, die Erfahrungen aus unterschiedlichen medizinischen Fachgebieten und Settings mitbringen, kann zu der erwünschten Vielfalt der Perspektiven, von denen aus auf den Fall geschaut wird, beitragen. In beiden Fokusgruppen wurde die Diversität der Peergruppe vor allem im Hinblick auf die Praxiserfahrung und das theoretische, wissenschaftlich fundierte Wissen diskutiert. Mit Bezug auf Heinold-Krug (2003) nimmt Tietze an, dass „zum Erfolg von kollegialer Beratung eine ausgewogene Mischung von Ähnlichkeit und Differenz beiträgt, wobei jedoch offen sei, in welchen Bereichen Ähnlichkeit und in welchen Differenz konstruktiv wirke.“ (Tietze 2010: 87)

*P2: „Aber ich glaube, dass gerade das auch, der „oide Has“ aus der Praxis und die Theoretiker, dass das genau das richtige Zusammenwirken dann ist.“ (FG 0902 #00:25:00#)*

*P4: „Also der theoretische Hintergrund, also es ist schon, also man geht ja ganz anders an den Fall, als wenn man jetzt vor Ort in der Pflege arbeitet. Man arbeitet das ja ganz anders auf. Also das ist schon wichtig, denke ich (...) da jemandem im Team zu haben, der das (..) WEIß, wie man so etwas angeht, die theoretischen Kenntnisse dazu hat, weil das fehlt einfach, tatsächlich in der Praxis. Also.“ (FG 0802 #01:19:16#)*

„**Pflegefachpersonen mit Studium im Team**“ wurde dann schließlich auch induktiv aus dem Material als Subkategorie eines förderlichen Faktors entwickelt (n= 11 Codierungen). Es wird von den TeilnehmerInnen als förderlich wahrgenommen, wenn jemand im Team einen pflegewissenschaftlichen Hintergrund mit entsprechenden theoretischen Kenntnissen und mit Wissen über aktuelle Studien, die relevant für den Fall sind, hat.

P2: [...]Also das fand ich für MICH auch eine enorme Bereicherung und für mich, weil ich bin eigentlich dann mit der Meinung auch ein Stück weit aus dieser, ähm, Sitzung gegangen, dass ich mir gedacht hab, eigentlich kann man nur SO: In diesem Zusammenwirken zwischen (.) Akteuren vor Ort, also den Werk tätigen und, ähm, wissenschaftlich Tätigen. NUR SO können wir es schaffen SOLCHE Fälle auch in BAHNEN zu kriegen, ähm (.), dass auch, ähm, ein gewisser Effekt für die Patienten, einfach, ähm, sich ergibt. Also das war für MICH so die Quintessenz, die ICH mit aus dem, ähm, genommen habe. Also ich fand das enorm. Ähm, einfach auch diese Vielschichtigkeit und auch dieses Überlegen und Hinterfragen, also ich fand das einfach super. (.) Hat mich SEHR beeindruckt. Und auch MIR ein ganzes Stück weit weiter geholfen, weil ich mir (gedacht hab, ach ja?) (unv., Husten, 03:17), darüber hast du jetzt selber noch gar nicht nachgedacht, ne, also, ähm, doch/." (FG 0902 #00:03:22#)

### Handlungsorientierter Lösungsprozess

Die Kategorie „handlungsorientierter Lösungsprozess“ wurde deduktiv an das Material herangetragen. Es handelt sich um eine übergeordnete Kategorie, die alle Prozesse, die der Bearbeitung der Beratungsfrage dienen, beinhaltet. Hierbei können Faktoren hinderlich oder förderlich wirken. Der Lösungsprozess in der Fallberatung bezieht sich auf die Beratungsfrage und auf das Anliegen der ratsuchenden KollegIn, die mit Hilfe der beratenden KollegInnen selbst den Fall einschätzt und die Lösung entwickelt. Durch den systematischen Einbezug von anderen Perspektiven, von neuen Fragen und Ideen der KollegInnen können Grundannahmen und Hintergrundüberzeugungen in Bezug auf den Fall kritisch hinterfragt werden. Nach Tietze (2010) setzt dies bei den TeilnehmerInnen Problemlösungskompetenz, Reflexionskompetenz, berufliche Handlungskompetenz und Sozialkompetenz voraus (Tietze 2010: 47).

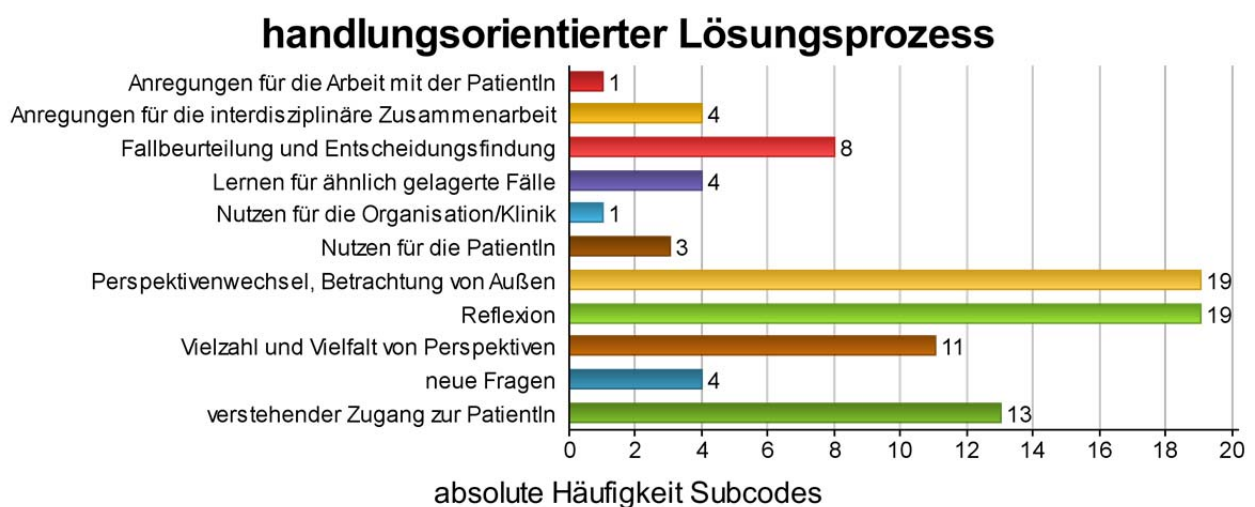


Abbildung 25 „handlungsorientierter Lösungsprozess“ absolute Häufigkeit der Subcodes

Am häufigsten (n= 19 Codierungen) wurde in dieser Kategorie die Subkategorie **„Perspektivenwechsel, Betrachtung von außen“**, die induktiv aus dem Material entwickelt wurde, codiert.

*P1: „Also der Blickwinkel würde ich jetzt sagen, dass man einfach auch, ähm, DURCH die Studenten auch mal anders auf den Patienten einfach wieder schauen kann. Dass man den/Dass man das anders/“ (FG 0902 #00:16:22#)*

*P1: „Weil man ja eigentlich in seinem/oftmals in seinem, ähm, Pflegeprozess, ja eingefroren ist. Das macht man immer so, da hat man so seine Struktur,// wie man das// so macht. Und dann kriegt man von außen, durch die Studenten, einfach nochmal einen anderen Blickwinkel, andere, ähm, (...) ja, einfach, ähm, durch vielleicht eine andere Begrifflichkeit dann auch, das man sieht, ach Mensch, ja stimmt, so könnte man das Ganze aber auch sehen. Das ist dann das, was du eben auch gesagt hast, <Name>, gel, dass du eben auch manche Sachen eben bei deinem Fall auch durch den anderen Blickwinkel der Studenten nochmal neu hast/“ (FG 0902 #00:17:11#)*

Das zweite Zitat von P1 zeigt, dass wohl auch neue Begriffe, die StudentInnen ggf. aus der Theorie einbringen, den Blick auf den Fall erweitern und verändern können. Bei einem Fall wurde beispielsweise die „Verwahrlosung“ diskutiert, wobei hier der Begriff „Verwahrlosung“ als soziale Konstruktion von den StudentInnen kritisch hinterfragt wurde. Dabei wurde bewusst, dass die Einschätzung der Verwahrlosung immer auch etwas mit gesellschaftlichen Normen und mit der Kultur zu tun hat.

Nicht nur der Perspektivenwechsel und die Betrachtung des Falles von außen, sondern auch die **„Anzahl und Vielfalt der Perspektiven“** (Anzahl der Codierungen n= 11) scheinen für den handlungsorientierten Lösungsprozess förderlich wahrgenommen zu werden. Tietze (2010) beschreibt diese Kategorie auch als förderlichen Faktor (Tietze 2010: 82), wobei er die Ideen für Handlungsoptionen, die im Beratungsprozess entwickelt werden, herausstellt.

*P 3: „Ähm. Ja, also ich kenne die Patientin, die wir hatten, jetzt seit 8 Jahren und ähm ich fand es auch schon interessant / ich komme super mit ihr klar / und ich weiß, sie hat psychische Probleme und da redet man auch ganz viel miteinander, aber ich fand halt diese ganze soziale Problematik, auch wenn ich sie schon lange kenne, und gut kenne, ähm aber im Alltag reflektiert man das gar nicht SO sehr. Man ist zwar dann für den akuten Fall dann da, aber wie es bei der dann auch nach dem Krankenhaus aussieht, was die für Probleme daheim hat, mit Sauerstoffgabe, allein schon mit dem Rollstuhl, ähm all die Sachen, die dazu kommen, oder soziales Umfeld bei ihr, daran DENKT man gar nicht so wirklich. Ist ja wahrscheinlich auch auf einer/in einer Akutklinik nicht so schlecht, dass man das nicht mit nach Hause trägt,*

*aber ich fand es halt interessant, einfach, obwohl ich sie so gut kenne, dass ich mir nie so sehr Gedanken darüber gemacht habe, wie es bei der eigentlich daheim abläuft. Wie die das schafft, wie die den Alltag bewältigt, und das / hat man dann schon zumindest mal dran gedacht und ähm einen anderen Fokus /glaube ich, was man dann kriegt (unv.) #00:09:57-00:09:58# ähm ja, kann ich jetzt nicht beschreiben, ähm, das fand ich jetzt sehr interessant, dass man überhaupt so einen Fall so aufdröseln kann, macht man nicht, hat man gar keine Zeit für im Alltag. Das fand ich halt sehr spannend.“ (FG 0802 #00:10:10#)*

*P2: „Also, ich war ja bei Herrn <Name> als ZuhörerIn dabei. Ähm. In der einen Gruppe, weil es gab ja zwei Gruppen, ähm und hab dann selber in der anderen Gruppe zwei (lacht) den Vortrag gehalten und was mir in der Gruppe von / , also wo der Herr <Name> eben ähm seinen Vortrag gehalten hat, aufgefallen ist, ähm wie er auch schon gesagt hat, dass die Studierenden an ganz viele Dinge gedacht haben und Vieles hinterfragt haben auch, und in Richtungen gedacht haben, an die man selber jetzt gar nicht gedacht hat, wenn man sich irgendwie mit dem Fall beschäftigt hat und da wurde richtig diskutiert und da ist ein Meinungs austausch auch entstanden und das war jetzt in meiner Gruppe irgendwie gar nicht so. Und also, ich habe mir dann auch überlegt warum, vielleicht lag das an den Fällen, aber ich bin noch nicht so ganz dahinter gekommen, aber das fand ich wirklich erstaunlich, dass, dass ähm die Studierenden wirklich über eine Stunde oder eineinhalb Stunden lang über diesen Fall diskutiert haben.“ (FG 0802 #00:02:25#)*

In diesem Zitat von P2 wird die unterschiedliche Gruppendynamik beider Peer-Gruppen in den Modulen angesprochen. Auch wenn eine zu große Gruppe die Vertrautheit und Offenheit ggf. stören kann, wird von den PartizipantInnen wahrgenommen, dass eine höhere Anzahl an beratenden KollegInnen den Vorteil hat, dass ganz verschiedene Ideen und Sichtweisen in den Fall eingebracht werden können. Dies hängt jedoch stark mit dem Interesse an dem Fall und mit den jeweiligen Schwerpunkten der beratenden KollegInnen zusammen.

Durch den Perspektivenwechsel wird auch eine „**Reflexion**“ des Falles angeregt. Die Reflexion wird als förderlicher Faktor von Tietze aus der Literatur extrahiert (Tietze 2010: 47-48) und deduktiv als Subkategorie des handlungsorientierten Lösungsprozesses an das Material herangetragen. Mit Hilfe anderer den Fall zu reflektieren und das eigene Handeln kritisch zu hinterfragen, wird in den Fokusgruppen häufig (Anzahl der Codierungen n= 16) als förderlicher Faktor diskutiert.

*P2: „(...) Hm. Ich glaub, also den Fall, den ich jetzt vorgestellt habe mit diesem Obdachlosen, (.) ähm, das sind ja nun, ich sag mal, so ganz pauschal mal, ähm, Fälle, die (..), oder auch Menschen, die man gerne ziehen lässt. Um es mal ganz, ähm, so einfach zu sagen. Und, ähm, ich glaube einfach, ähm (.), dass, ähm, also, das wird mir auch so ein bisschen, ähm,*

*rückgemeldet, dass das so ist, das man die dann lieber gehen lässt. Aber je tiefer man in die Problematik des Patienten eingestiegen ist, und das fand ich für MICH dann ENORM ergiebig, dass dann plötzlich ein INTERESSE da war, also da wurden dann ASPEKTE hinterfragt, die ich mir so noch gar nicht gestellt HÄTTE. Also wir kamen dann einfach in eine Tiefe, wo ich mir gedacht habe „WOW“. [...].“ (FG 0902 #00:03:22#)*

Häufig wurde dabei diskutiert, dass eigene Vorannahmen und Stigmatisierungen im Rahmen der kollegialen Fallberatung kritisch reflektiert werden konnten, was für den Lösungsprozess des Falles als förderlich erlebt wurde. Die „**Reflexion von Stigmatisierungen**“ (Anzahl der Codierungen n= 2, induktiv entwickelte Kategorie) der PatientInnen wurde induktiv als Subkategorie aus dem Text erschlossen. Dabei kam in den Zitaten auch zum Ausdruck, dass der Handlungsdruck und der Gruppendruck im Behandlungsteam zu voreiligen und voreingenommenen Beurteilungen des Patienten führen können. Das Hinterfragen von Verhaltensweisen des Patienten, die als nicht nachvollziehbar, nicht konform und als herausfordernd erlebt werden, und das Nachforschen nach möglichen Gründen bei der Fallberatung werden als förderlich erlebt.

*P1: „Ähm. Ach so, ich dachte das kommt später noch. Muss ich kurz überlegen. Ähm (...), so ein bisschen die Ursachen. Wieso der Patient sich verhält, wie er sich verhält zu hinterfragen, weil wenn man in der Praxis ist und den Patienten sieht, dann denkt man, okay der ist so und der ist selber schuld und was auch immer. Man stigmatisiert, ziemlich. Ähm, wenn man so ein bisschen den Fall bespricht, dann denkt man auch so ein bisschen darüber hinaus und eben an die möglichen Ursachen und dass eben nicht unbedingt der Patient selber schuld ist und solche Sachen.“ (FG 0802 #00:01:20#)*

„**Fallbeurteilung und Entscheidungsfindung**“ (Anzahl der Codierungen n= 8) wird als Subkategorie induktiv aus dem Material entwickelt. Die kollegiale Fallberatung wird als förderlich für die Fallbeurteilung und die Analyse der Hintergründe des Falls erlebt, aber weniger förderlich für die klinische Entscheidungsfindung. Hier wird auch von dem Handlungsdruck in der Praxis berichtet und davon, dass viele Entscheidungen von anderen Berufsgruppen, insbesondere von den Ärzten getroffen werden oder dass Entscheidungen schnell getroffen werden müssen und nicht erst im Behandlungsteam beraten und reflektiert werden können.

*P3: „Ich kann mich fast nur anschließen. (unv.) Ähm. Ja, Entscheidung / Ich war seit dem nicht mehr auf der Station, oder ich habe das auch nicht mehr erlebt, deswegen kann ich das so jetzt nicht sagen // genau. Ähm, ähm Ich glaube, das war jetzt nicht so / hat das nicht irgendwie geholfen. Die Beurteilung / ja, schon, weil man halt einfach sich mehr wirklich mit*

*DEM Fall beschäftigt hat. Es einfach reflektiert hat und so ein bisschen versucht hat, es objektiv vielleicht zu betrachten ähm / schon. Ja. Man weiß jetzt, wie schwer sie es hat, und ähm dieser ganze psychische Faktor, glaube ich, kam jetzt schon mehr durch, was sie einfach zu tragen hat. Genau. Also Beurteilung ja, aber Entscheidung nein. Würde ich nicht sagen.“  
(FG 0802 #00:58:34#)*

Fallbeurteilung und Entscheidungsfindung bzgl. Intervention werden kaum als sich bedingende Prozesse erlebt. Die kollegiale Fallberatung scheint eher einer nachschauenden Reflexion von klinischen Entscheidungen zu dienen. Dass die Pflege ihre professionelle Fallbeurteilung aktiv in den klinischen Entscheidungsprozess einbringen kann und muss, wenn es beispielsweise um Entscheidungen geht, die nur im multiprofessionellen Team getroffen werden können, wird von den PartizipantInnen scheinbar nicht so eingeschätzt.

## **6. Limitationen**

Die Rollenverquickung der Untersuchungsleiterin mit ihren Funktionen als hauptamtliche Professorin und Lehrende in dem Modul sowie als Moderatorin der kollegialen Fallberatung in dem Seminar mit dem Schwerpunkt, B: Erwachsene und ältere PatientInnen, ist kritisch zu reflektieren. Aufgrund der begrenzten Ressourcen, war dies jedoch nicht zu vermeiden. Sicher könnte die Kursleitung auf eine andere DozentIn oder externe Lehrbeauftragte ggf. übertragen werden, jedoch war es ja gerade der Professorin ein Anliegen, das Lehr-Lernkonzept weiter zu entwickeln, weil sie verantwortlich für das Modul ist. Es wurden etliche Vorkehrungen getroffen (vgl. Abschnitt Planung und Durchführung der quantitativen Studie), damit die freiwillige Teilnahme und die Anonymität der StudentInnen gesichert war. Außerdem mussten mögliche Interessenkonflikte bei der Selbstbewertung der StudentInnen und bei der Benotung des im Rahmen des Moduls abzulegenden Leistungsnachweises vermieden werden. Trotz der im Studienplan bereits angelegten Vorkehrungen, kann nicht ausgeschlossen werden, dass es dadurch zu unerwünschten Effekten kam. Die FachkollegInnen der Klinik haben in der Fokusgruppendifkussion die Wahrnehmung geschildert, dass die Anwesenheit der Professorin jedoch eher zu einer Bestärkung der StudentInnen beigetragen habe, sodass sich die StudentInnen ermutigt fühlten, ihre Beiträge und Ideen zu dem Fall frei zu äußern.

Die quantitative Erhebung zur Erfassung der Kompetenzentwicklung wurde in einer Kohorte der dual Studierenden im 7. Semester einer Hochschule durchgeführt. Durch die gezielte Auswahl der StudienteilnehmerInnen und die geringe Stichprobengröße (N= 42) können keine repräsentativen und verallgemeinerbaren Aussagen für andere Kohorten abgeleitet werden. Die Lehr-Lernkonzeption

und das mittlerweile gut erprobte Instrumentarium zur Evaluation können jedoch auf große Populationen zukünftig übertragen werden, um zu repräsentativen Aussagen zu gelangen.

Die Kooperation mit dem Statistischen Labor der LMU München unter der Leitung von Prof. Dr. Küchenhoff ermöglichte eine kritische Überprüfung des Prä-Posttest Designs und des Instrumentariums. Auch wenn die Auswahl des Testinstrumentariums zur Erhebung der Kompetenzentwicklung der Studierenden sorgfältig anhand einer Literaturanalyse erfolgte, ist nicht ausgeschlossen, dass es noch andere Instrumente gibt, welche die kulturelle Achtsamkeit und die forschende Kompetenz zuverlässiger erfassen können. Die belegten, guten, psychometrischen Eigenschaften der beiden, verwendeten Skalen ließen jedoch eine zuverlässige Erhebung der Kompetenzentwicklung der KursteilnehmerInnen zu. Bei der Wahl des statistischen Tests zur Unterschiedstestung wurde die geringe Studienteilnehmerzahl berücksichtigt (vgl. Kap. 5.1.4.2 Signifikanztest). Der Fragebogen „KS-EBN“ wurde im englischsprachigen Original eingesetzt, weil davon ausgegangen wurde, dass die Englischkenntnisse ebenfalls Voraussetzung für die forschende Kompetenz sind. Hier kann es zu einer Verzerrung gekommen sein, indem bei den Studierenden nicht nur die Kenntnisse in EBN sondern auch deren Sprachkenntnisse in Englisch gemessen wurden. Wenn beispielsweise die Fragestellung auf Englisch nicht verstanden wurde, kann auch keine korrekte Antwort gegeben werden, obwohl der Studierende ggf. inhaltlich die Frage hätte beantworten können, wenn sie auf Deutsch gestellt worden wäre.

Die Schwierigkeit der Übertragung einiger, spezifischer Begriffe der Original- CAS (Rew et al. 2003, Rew et al. 2014) vom Englischen ins Deutsche wurden durch Kennzeichnung mit Anführungszeichen deutlich gemacht. Die Bezeichnungen der übergeordneten Kategorien der CAS mussten an die Verhältnisse und den Sprachgebrauch des dualen Studiengangs an der Hochschule München angepasst werden, um zu gewährleisten, dass die TeilnehmerInnen die Items auf das jeweils gemeinte Setting beziehen. Die Kategorie „General Experiences at this School of Nursing“ wurde deshalb mit „Allgemeine Erfahrungen im dualen Studiengang Pflege“ übersetzt. Die Überprüfung und Rückübersetzung der deutschen Übersetzung der CAS durch eine deutsche Pflegewissenschaftlerin, die in USA promoviert und gelebt hat, diente zwar der Qualitätssicherung der übersetzten Version, dennoch sind unterschiedliche Bedeutungszuschreibungen der TeilnehmerInnen z.B. zu dem Begriff „Ethnie, ethnische Gruppe“ nicht auszuschließen. Zudem vermittelt der Begriff „Ethnie“ ein verengtes Kulturverständnis, das so der Studie und dem kooperativen Lehr-Lernkonzept nicht zugrunde gelegt wurde. Da es sich bei der kulturellen Achtsamkeit um ein weiches und vielgestaltiges Konstrukt handelt, wurde der Begriff zu Beginn der Erhebung im Informationsschreiben an die StudienteilnehmerInnen erläutert, um die Konstruktvalidität zu verbessern. Alle TeilnehmerInnen



sollten möglichst ein geteiltes Verständnis davon haben, was unter „Cultural Awareness“ zu verstehen ist und worauf sich die Fragen der CAS beziehen. Dennoch kann auch hier nicht ausgeschlossen werden, dass die TeilnehmerInnen von unterschiedlichen Begriffen ausgegangen sind. Die übersetzte Version der CAS konnte vor der Studie nicht mehr evaluiert werden, sodass die psychometrischen Eigenschaften der deutschsprachigen Version nicht mit denjenigen der Originalskala übereinstimmen müssen.

Die statistisch nachweisbare Erhöhung des Mittelwertes des Gesamtscores der KS-EBN im „CANDo“-Projekt von  $t_0$  zu  $t_1$  kann auch durch einen **Übungseffekt** beeinflusst worden sein.

### **Limitationen der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion**

Bei der inhaltsanalytischen Auswertung der Fokusgruppendifkussion konnte aus Gründen der begrenzten Ressourcen des Projektes kein Co-Rating zur Validierung des Kategoriensystems durchgeführt werden. Das Codesystem wurde jedoch hinsichtlich (literaturgestützter) Beschreibung der Kategorie mit Abgrenzung zu ähnlichen Kategorien, Kodierregeln und Schlüsselzitate differenziert angelegt, sodass eine Grundlage für eine regelgeleitete und zuverlässige Codierung geschaffen war und diese auch durch Dritte nachvollzogen werden kann.

Die vielen Kategorien, die induktiv aus dem Material heraus entwickelt werden konnten, zeigen, dass die Codiererin, die ja zugleich die Studienleiterin ist, trotz theoretischen Vorwissens und differenzierten, deduktiven Kategoriensystems offen war für unerwartete und neue Aspekte in Bezug auf förderliche und hinderliche Faktoren bei der kollegialen Fallberatung. Die Wahl einer externen Moderation der leitfadengestützten Fokusgruppendifkussion erwies sich dabei als sehr hilfreich, um die Diskussion nicht zu sehr an den theoretisch begründeten und in der Literatur belegten Kategorien auszurichten. Da die Moderatorin selbst nicht in diesem Feld geforscht hatte, ist anzunehmen, dass ihr Vorwissen zu den empirisch belegten Einflussfaktoren der kollegialen Beratung und ihren Wirkungen gering war, sodass sie inhaltlich wohl kaum Einfluss auf die Diskussion nahm. Dennoch kannte sie aufgrund ihres beruflichen Hintergrundes das berufliche Feld sehr gut, sodass sie gezielt nachfragen und die Beiträge einordnen konnte. Die theoretisch begründete Struktur des Leitfadens gab ihr genügend Sicherheit, um die Diskussion am erkenntnisleitenden Interesse ausrichten zu können.

Fokusgruppendifkussionen in anderen Kliniken mit Pflegefachpersonen diverser Fachweiterbildungen und beruflicher Hintergründe könnten zu weiterführenden und neuen Kategorien von Einflussfaktoren bei der inhaltsanalytischen Auswertung führen. Der Sättigungsgrad

ist schwer abzuschätzen, weil in der Gruppe 0902, die der Gruppendiskussion 0802 folgte, noch neue Aspekte auftauchten. Die beiden Gruppen zeigten etwas unterschiedliche Dynamiken, aufgrund der unterschiedlichen Diskussionsbereitschaft der TeilnehmerInnen.

## 7. Diskussion

Eine explorative Literaturrecherche auf CINAHL, FIS und Science direct zeigt, dass meistens Peer-learning Konzepte (systematische Übersichtsarbeit von Stone et al. 2013), die innerhalb der Gruppe der Studierenden gestaltet werden, oder interdisziplinäre Ansätze der Lehre untersucht wurden. Es gibt kaum Untersuchungen zu kooperativen Lehr-Lernkonzepten, die das gemeinsame Lernen in der kollegialen Fallberatung von Pflegefachpersonen mit und ohne Studium im Blick haben.

Auf CINAHL ergaben sich beispielsweise mit der Suchstrategie [(nursing students or student nurses ) AND staff nurse\* AND ( case based learning OR cooperative learning)] 35 Treffer, wobei 16 Berichte in eine Volltextanalyse eingeschlossen wurden. Dabei bildete nur ein Studienbericht ähnliche Konzepte, wie das kooperative Lehr-Lernkonzept der „CANDo“-Studie ab, wobei das Setting, die untersuchten Endpunkte und der methodische Ansatz variierten und von der „CANDo“-Studie abwichen. McConnell und KollegInnen (2007) berichten dabei von einer erfolgreichen Kooperation einer Universität mit einer Langzeitpflegeeinrichtung in den USA, wobei evidenzbasierte Erkenntnisse bzgl. der Mundhygiene in die Praxis implementiert werden sollten. Hier erfolgte die Kooperation der Universität, ähnlich wie in dem „CANDo“-Projekt, mit den Pflegefachkräften, die direkt mit den HeimbewohnerInnen arbeiteten. Die Fallstudie zeigte eine gute Anwendbarkeit der Übersetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis, als wesentlichen Schritt des EBN-Prozesses. Zudem konnte das Outcome bei den BewohnerInnen in Bezug auf die Mundhygiene verbessert werden, auch wenn aufgrund der Methodik kein Wirksamkeitsnachweis geführt werden konnte. So konnte beispielsweise das Pflegepersonal darin bestärkt werden, wenigstens teilweise Mundpflege durchzuführen, wenn die BewohnerInnen ablehnende Verhaltensweisen zeigten. Diese Verhaltensweisen wurden dann auch eher mit Schmerzen in Verbindung gebracht als auf die eigene Person bezogen. In den meisten Fällen konnte ablehnendes Verhalten der BewohnerInnen gegenüber dem Angebot von Mundpflege reduziert werden. Die AutorInnen schließen aus den Ergebnissen, dass das Konzept auch auf andere Themen und Phänomene in der Langzeitpflege älterer Menschen übertragen werden könne.

StudentInnen leiden darunter, wenn sie einen Bruch zwischen dem State of the Art, also wie nach dem aktuellen Stand des Wissens gepflegt werden sollte, und der praktisch umgesetzten Pflege

erleben (McConnell et al. 2007: 103). Sie kommen dadurch in Gewissenskonflikte und nicht selten in Spannungsverhältnisse im Team, wenn routinierte, aber nicht evidenzbasierte Pflegehandlungen von ihnen kritisch hinterfragt werden. Die Kooperation der Hochschule mit den Praxiseinrichtungen mit Fokus auf das EBN kann solche Konflikte und erlebten Brüche reduzieren. Die Ergebnisse der Studie von McConnell und KollegInnen (2007) können nicht eins zu eins auf das Setting im „CANDo“-Projekt übertragen werden, weil zunächst das US-amerikanische System der Gesundheitsversorgung und der Pflegeausbildung z.T. erheblich von dem deutschen System abweicht und weil sich das Konzept hier auf die stationäre Langzeitpflege bezieht und nicht auf die Akutpflege. Dennoch zeigt die Fallstudie deutlich, welchen Nutzen solche Kooperationen nicht nur für die Kompetenzentwicklung der StudentInnen und der PflegepraktikerInnen hat, sondern auch für die PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die unmittelbar von der evidenzbasierten Versorgung profitieren können.

### **Diskussion der quantitativen Analyse der Kompetenzentwicklung der Studierenden**

Die Ausgangswerte des Gesamtscores der CAS zu t0 (Gesamtscore CAS: 5.22, SD 0.50) der StudienteilnehmerInnen waren im Mittel vergleichbar mit den in der Literatur berichteten Werten (Rex et al. 2003), was darauf hindeutet, dass nach Einschätzung der TeilnehmerInnen die Cultural Awareness sowohl bei den StudentInnen selbst als auch bei den Lehrenden und im Studiengang insgesamt im Grundstudium (1. bis 6. Sem.) schon recht gut ausgebildet ist. Rew und KollegInnen (2003) untersuchten eine heterogene Gruppe in Bezug auf die Qualifikation in der Pflege (BSN StudentInnen n= 26, MSN StudentInnen n= 26, PhD StudentInnen n= 13). BSN-StudentInnen wiesen dabei die geringsten Werte im Gesamtscore auf (Rew et al. 2003: 255), wobei die Werte in dem Studienbericht nicht nach Qualifikation differenziert ausgewiesen sind. Geht man aber davon aus, dass die BSN-StudentInnen, die bei Rew und KollegInnen in die Studie eingeschlossen wurden, noch unter dem berichteten Gesamtscore von 5.32 (SD 0.53) liegen, ist der Mittelwert des CAS-Gesamtscores von 5.22 (SD 0,50) der „CANDo“-Gruppe (BSN StudentInnen n= 32) mit der Studienpopulation von Rew und KollegInnen vergleichbar.

Allgemein sollte bei der Interpretation der Korrelationen die geringe Anzahl an Teilnehmern in einigen Kategorien für die soziodemografischen Merkmale berücksichtigt werden, sodass die Korrelationen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Zugrunde liegen der Berechnung der Korrelationen alle Teilnehmer, die die jeweiligen Fragebögen zu beiden Zeitpunkten ausgefüllt haben. Eine Drop-out Rate von 28 % ist hier ebenfalls zu berücksichtigen.

Gu und KollegInnen (2015) untersuchten eine in Bezug auf die pflegerische Qualifikation heterogene Gruppe bezüglich der Kenntnisse und Fähigkeiten zu EBN. Der Vergleich der Ergebnisse der „CANDo“-Gruppe mit der Studienpopulation von Gu und KollegInnen (2015) kann nur sehr vorsichtig vorgenommen werden, weil in der Studienpopulation von Gu et al. (2015) viel ältere TeilnehmerInnen erfasst sind, die nicht nur über mehr Berufserfahrung sondern auch über wesentlich höhere Qualifikationen (abgeschlossener Bachelor (45,8 %) sowie Master und höhere Qualifikation, PhD, 41,7 % in der Pflege) verfügen. Die TeilnehmerInnen der „CANDo“-Gruppe haben zwar ihre berufliche Qualifikation als Gesundheits- und (Kinder-) KrankenpflegerIn, aber das Bachelorstudium noch nicht abgeschlossen. Die Werte der Gesamtscores und Subskalenscores werden bei Gu et al. nicht nach Qualifikation ausgewiesen, sondern im Mittel dargestellt. Bei Gu et al. (2015) erfolgt eine Unterschiedstestung zwischen der Gruppe mit einer Ausbildung in Evidence-based Practice (EBP group) sowie Erfahrung mit EBP Projekten und einer Gruppe ohne diese Ausbildung und entsprechenden Erfahrungen (Non-EBP group).

Da bis zu dem Studiumsabschnitt, in dem sich die „CANDo“- Gruppe befindet (7. Semester des dualen Studiengangs Pflege B. Sc.), zwar Grundlagen zu EBN bzw. EBP bereits gelehrt wurden, aber noch keine spezifischen Schulungen und Erfahrungen mit EBP Projekten vorliegen, können die Werte der „CANDo“-Gruppe zu  $t_1$  mit der Non-EBP group der Studienpopulation von Gu und KollegInnen (2015) verglichen werden. Bedenkt man zudem, dass in der Studienpopulation von Gu und KollegInnen wesentlich ältere, berufserfahrene und auch TeilnehmerInnen waren mit einem Masterabschluss und höherer Qualifikation (PhD) in der Pflege, zeigen die BachelorstudentInnen der „CANDo“-Gruppe relativ hohe Werte und eine geringe Streuung. In der Subskala 2 (wissenschaftliche Recherche von relevanten Studien) liegt das Mittel des Subskalenscores sogar über dem der Vergleichsgruppe.

	„CANDo“-Gruppe $t_1$			Non-EBP group (Gu et al. 2015: 1387)		
	N	MW	SD	N	MW	SD
<b>Gesamtscore</b>	18	4,51	1,62	43	4,58	2,56
<b>Subskala 1</b>	18	0,36	0,51	43	0,48	0,69
<b>Subskala 2</b>	18	1,65	0,87	43	1,20	1,03
<b>Subskala 3</b>	18	2,50	0,82	43	2,91	1,37

**Tabelle 15 Anzahl der Teilnehmer (N), Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für den Gesamtscore und die Subskalenscores aus dem Fragebogen zu den Kenntnissen und Fähigkeiten im Evidence-based Nursing (KS-EBN, Gu et al. 2015) für die „CANDo“-Gruppe zum Zeitpunkt  $t_1$  im Vergleich zu der Non-EBP group (Gu et al. 2015: 1387)**

Eine Drop-out Rate von 25 % ist hier ebenfalls zu berücksichtigen.

Ob die Studierenden mit dem kooperativen Lehr-Lernkonzept auch für sich selbst einen Nutzen erfahren, in dem Sinne, dass sie in der kollegialen Fallberatung ihre Kenntnisse und Fähigkeiten bzgl. EBN praktisch anwenden können (Ryan 2016), müsste mit einer weiterführenden Studie, ggf. mit einem qualitativen Ansatz, eruiert werden. Auch hier könnte eine leitfadengestützte Fokusgruppendifkussion mit Studierenden tieferen Einblick in deren Wahrnehmung des Lernangebots geben. Mittels induktiver Kategorienbildung könnten auch Effekte identifiziert werden, die bisher in der Literatur und in der Theorie noch nicht beschrieben und für die Pflege spezifisch sind. Diese können dann wiederum ggf. quantitativ überprüft werden.

### **Diskussion des qualitativen Teils der Studie**

Zusammenfassend kann für den qualitativen Teil der Studie (Fokusgruppendifkussion) festgehalten werden, dass sich die in der Literatur von Tietze (2010) im Rahmen seines Reviews identifizierten Einflussfaktoren mit ihren förderlichen und hinderlichen Wirkungen in dem Material weitgehend wiederfinden. Für das spezifische Setting (Akutklinik, Universitätsklinikum) und für die Peergruppe aus Pflegefachpersonen mit und ohne Studium konnten weiterführende Subkategorien und auch neue, übergeordnete Kategorien aus dem Material heraus entwickelt werden. Dies liefert für die Theorieentwicklung der kollegialen Fallberatung in der Pflege und für die Planung kollegialer Fallberatungen in Kooperation zwischen Klinik und Hochschule konkrete Ansatzpunkte für die organisationale und inhaltliche Gestaltung.

### **Diskussion der Methodik**

In Fortführung der Diskussion der Limitationen der hier vorliegenden Studie (vgl. Kap. 6. Limitationen) soll nun die Methodik der Fokusgruppendifkussion weiter beleuchtet werden. Der Leitfaden erwies sich bei der Fokusgruppendifkussion als offen genug, um auf die individuellen Schwerpunkte der TeilnehmerInnen vertiefend eingehen zu können. Zugleich bot er eine Struktur, welche die Moderation sehr gut unterstützte und den Fokus auf das erkenntnisleitende Interesse setzte. Der unterstützende Einsatz der Moderationskarten und Pinnwände erwies sich als hilfreich bei der Klärung der Bedeutung der Begriffe, die die PartizipantInnen in die Diskussion einbrachten. Zudem brachte die Arbeit mit den Moderationskarten Bewegung und Abwechslung in die Diskussion. Die Pausen, die durch das Aufschreiben der wichtigsten Begriffe und das Zuordnen zu Kategorien entstanden waren, wurden genutzt, um über das Gesagte noch einmal nachzudenken, zu reflektieren und um sich gemeinsam darüber auszutauschen, was nun tatsächlich gemeint war. Für die inhaltsanalytische Auswertung lieferte dies sehr wertvolle Hinweise für die Reduktion und

Interpretation des Materials. Die direkt aus der Fokusgruppendifkussion mittels Clustern der Beiträge der PartizipantInnen entwickelten Kategorien konnten für das Kategorienschema jedoch kaum verwendet werden.

Die Diskussion der Ergebnisse zeigt Perspektiven für die Weiterentwicklung des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes auf, gibt Hinweise auf weiterführende Fragestellungen und muss vor dem Hintergrund möglicher Einflussfaktoren, die nicht oder nur schlecht kontrolliert werden konnten, geführt werden. Nachfolgend sollen nun Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes gezogen und ein Ausblick gegeben werden.

## **8. Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung des kooperativen Lern-/Lehrkonzeptes (Herold-Majumdar Astrid, Zurbriggen Sarah)**

Für die untersuchte Kohorte können aufgrund der hohen Rücklaufquote Rückschlüsse auf den Kompetenzstand zu Beginn der Intervention und auf die Kompetenzentwicklung gezogen werden. Dabei konnten weiterführende, konkrete Ansätze für die Verbesserung des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes identifiziert werden. Da sich die kulturelle Achtsamkeit der Studierenden statistisch nicht nachweisbar verbessert (aber auch nicht verschlechtert) hat, ist das Konzept hinsichtlich der Ausbildung dieser Kompetenz zu überprüfen und zu verbessern. Unter anderem muss zukünftig noch mehr darauf geachtet werden, dass Fälle mit transkultureller Bedeutung ausgewählt werden und die Moderation noch mehr darauf achtet, dass die Transkulturalität bei der Falldiskussion thematisiert wird. Da die kulturelle Dimension der besprochenen Fälle auch bei der Fokusgruppendifkussion kaum eine Rolle spielte, ist davon auszugehen, dass auch die KollegInnen der klinischen Praxis diesen Fokus des Seminars kaum wahrnahmen. Eine weiterführende Recherche über effektive Ausbildungsprogramme zur Förderung der transkulturellen Kompetenz hat u.a. die nachfolgend geschilderte Studie hervorgebracht.

Chiang-Hanisko und You-Qing, Peng (2014) setzten bei ihrer Interventionsstudie ein didaktisches Konzept der Fallarbeit mit Studierenden um, bei dem Fälle zwischen Dozent und Studierenden diskutiert wurden und das auf folgenden sechs Lehr-/Lernschritten aufbaut:

1. Die DozentIn präsentiert den konzeptionellen und theoretischen Hintergrund transkultureller Pflege.
2. Die DozentIn stellt einen Fall mit dem klinischen Hintergrund vor.
3. Auf Basis der Fallanalyse und Diskussion der StudentInnen wird eine Pflegediagnose und ein Pflegeplan erstellt.
4. Von den StudentInnen werden pflegerische Interventionen zur Problemlösung vorgeschlagen.
5. In der Falldiskussion zwischen StudentInnen und DozentIn wird versucht, zwischen dem theoretischen Hintergrund und dem Fall eine Verbindung herzustellen.
6. Die DozentIn reflektiert die von den StudentInnen vorgeschlagenen Interventionen und fasst die Ergebnisse mit Hilfe eines Theorie-Praxis-Transfers zusammen. (Chiang-Hanisko & You-Qing, Peng 2014: 19-20)

In diesem Konzept ist die Lehre noch sehr stark an der DozentIn, als Person, die den Lernprozess steuert, ausgerichtet. Der Lehrenden zentrierte Ansatz ist in China und im asiatischen Raum traditionell noch sehr weit verbreitet. Im „CANDo“-Projekt wird ein co-kreativer Ansatz des Lernens und Lehrens verfolgt, der den Erkenntnisgewinn in der Interaktion zwischen Studierenden und PraktikerInnen als einen selbstbestimmten, co-kreativen Akt sieht. Auch wenn sich die zugrunde gelegten Lehr-Lernkonzepte unterscheiden, können aus dem pädagogischen Konzept, das in der Studie von Chiang-Hanisko & You-Qing, Peng (2014) umgesetzt wurde, für das Theoriemodul und die Moderation der kollegialen Fallberatung im „CANDo“-Modell Erkenntnisse gezogen werden, die das Modul hinsichtlich Entwicklung der kulturellen Achtsamkeit effektiver gestalten lässt. Die Moderation sollte die Falldiskussion immer wieder auf die theoretischen Grundlagen der transkulturellen Pflege zurückführen. Zudem sollte sie dabei unterstützen, dass die pflegerischen Konzepte, Diagnosen und Interventionen stets vor dem Hintergrund unterschiedlich kulturell geprägter Werte und Normen reflektiert werden. Bei der Ergebniszusammenfassung und Protokollierung der kollegialen Fallberatung ist der transkulturelle Aspekt in den Blick zu nehmen.

Die Kompetenzmessung mittels empirisch-analytischer Methoden ist nicht über zu bewerten. Bildung und Erkenntnis lassen sich nur eingeschränkt mit standardisierten und strukturierten Erhebungsinstrumenten abbilden. Zumal diese Instrumente meist aus einer professionellen Sicht der PädagogInnen die Domänen, mit denen der Bildungserfolg gemessen wird, vorgibt. Der selbsterfahrene und selbsteingeschätzte Kompetenz- und Erkenntnisgewinn der Studierenden bleibt dabei unterbelichtet. Kompetenzgewinn ist nur ein Teilbereich des Bildungserfolgs. Im „CANDo“-Projekt wurde zudem nur ein Aspekt der transkulturellen Kompetenz, nämlich die kulturelle

Achtsamkeit gemessen. Inwiefern es für die Studierenden weiterführende, bedeutungsvolle Erkenntnisse in Bezug auf die transkulturelle Pflege gab, ließe sich nur mittels qualitativen Methoden ermitteln.

Ohne Zweifel stellt die transkulturelle Kompetenz jedoch eine Schlüsselqualifikation in der Pflege dar, die es zu entwickeln gilt. Weltweit erlangt der Begriff trans- bzw. interkulturelle Kompetenz immer mehr an Gewicht. So auch in der klinischen Praxis. Die zunehmende Zuwanderung von Menschen aus anderen Kulturkreisen, stellen die Pflegekräfte jeden Tag vor neue Herausforderungen (Gebru & Willman, 2009; Flood & Commendador, 2016). Mit Menschen anderer „Ethnien“ in Kontakt zu kommen, diese in ihrem gesundheitlichen und lebensorientierten Prozess zu begleiten und patientenzentriert und umfassend zu pflegen, bedarf seitens der Pflegekräfte eine Entwicklung und Förderung ihrer trans- bzw. interkulturellen Kompetenz. Um eine solche Entwicklung und Förderung der trans- bzw. interkulturellen Kompetenz bei den Pflegekräften anzustreben, erwies sich in einzelnen Studien die Auseinandersetzung mit dieser Thematik während der Pflegeausbildung als hilfreich (Callen & Lee, 2009; Flood & Commendador, 2016; Gebru & Willman, 2009; Lenny & Peng, 2015; Montenery et al., 2013). PatientInnen anderer „Ethnien“ konnten somit umfassender betreut werden. Deshalb ist auf die Ausbildung dieser Kompetenz weiterhin großer Wert zu legen. Da die kulturelle Achtsamkeit die Grundlage für diese Kompetenz darstellt, ist es zu rechtfertigen zunächst diesen Aspekt der transkulturellen Kompetenz bei der Planung didaktischer Programme und bei der Kompetenzmessung in den Fokus zu nehmen. Das Wissen über Kulturen ist sehr spezifisch und muss sich die Pflegefachperson ggf. im Einzelfall aneignen. Das Gewahrsein, dass es kulturelle Unterschiede gibt und dass diese Einfluss auf die Einschätzung und Interpretation von gesundheitsrelevanten Situationen haben, ist jedoch die Grundvoraussetzung, um überhaupt die Notwendigkeit zu sehen, sich über einen bestimmten Kulturkreis zu informieren.

Bei den Kenntnissen und Fähigkeiten der Studierenden in Bezug auf EBN konnte ein statistisch nachweisbarer Zugewinn zwischen  $t_0$  und  $t_1$  festgestellt werden, der sich in einer deutlichen Erhöhung des Mittelwertes des Gesamtscores zeigt. Dies deutet darauf hin, dass das kooperative Lehr-Lernkonzept hinsichtlich Ausbildung der forschenden Kompetenz bereits effektiv ist. Ein Übungseffekt kann hier jedoch nicht ausgeschlossen werden. Das KS-EBN Instrument erhebt die ersten drei Schritte des EBN-Prozesses, die für die kollegiale Fallberatung von besonderer Bedeutung sind. Aus dem Fall die relevanten Fragestellungen heraus zu entwickeln und entsprechende, zutreffende Studien zu recherchieren und zu bewerten, sind wichtige Vorleistungen der Studierenden, bevor Ergebnisse überhaupt in die Praxis implementiert werden können. Es reicht nicht aus, diese Schritte theoretisch zu lehren und zu lernen. Die StudentInnen müssen im



spezifischen Einzelfall üben, beispielsweise aus einer Beratungsfrage einer KollegIn eine beforschbare Fragestellung zu entwickeln. Wissen über die Qualitätskriterien von Studien kann in der konkreten Recherche umgesetzt und angewandt werden. Dabei treffen die Studierenden auf verschiedenste Studien mit unterschiedlichen methodischen Designs, in die sie sich einarbeiten müssen. Der Bezug zum Fall kann dabei die Motivation erhöhen, sich in die Methodenlehre und in die Statistik zu vertiefen. Die Erwartung der FachkollegInnen der klinischen Praxis, die selbst in der Regel über kein Studium verfügen, an die wissenschaftliche Expertise der StudentInnen fördert deren Entwicklung des Selbstverständnisses als PflegewissenschaftlerIn und deren Motivation, dieses spezifische Wissen und Können weiter auszubauen. Die Kompetenzmessung im Bereich EBN könnte auch auf die Pflegefachpersonen der Klinik ausgeweitet werden, ist jedoch mit einigen methodischen, organisationalen und forschungsethischen Problemen behaftet.

Wie erwartet war die qualitative Inhaltsanalyse der Fokusgruppendifkussion sehr ergiebig für die inhaltliche Weiterentwicklung des kooperativen Lehr-Lernkonzeptes. Diese sollte zukünftig auf die StudentInnen ausgeweitet werden und von einer externen, unabhängigen Person mit Erfahrung mit dualen Studiengängen in der Pflege moderiert werden. Hinderliche und förderliche Faktoren für den Lernprozess könnten hier aus Sicht der StudentInnen in den Blick genommen werden. Es wird von bedeutungsvollen Effekten der kollegialen Fallberatung für das organisationale Lernen, die Personalentwicklung, die Qualität und Effektivität der Patientenversorgung von den PartizipantInnen in der Fokusgruppendifkussion berichtet. Dabei werden von den FachkollegInnen der klinischen Praxis auch erlösrelevante Effekte angesprochen. Für den Wirkungsnachweis sind weiterführende Studien zu empfehlen, die sowohl quantitativ als auch qualitativ ansetzen. Die qualitative, inhaltsanalytische Auswertung der Fokusgruppendifkussion liefert zahlreiche Parameter, sowohl für die unabhängigen Variablen (Einflussgrößen der kollegialen Fallberatung) als auch für das Outcome, für weiterführende Wirkungsanalysen. Für eine erfolgreiche Implementierung des Konzeptes der kollegialen Fallberatung scheinen Rahmenbedingungen eine bedeutsame Rolle zu spielen. Hervorzuheben sind dabei die Bedeutung der Zeit, des Raumes, der Sitzordnung und der Information der TeilnehmerInnen über das Ziel und den Ablauf der kollegialen Fallberatung. Es ist zu empfehlen, diese sowohl von Seiten der Klinik als auch von Seiten der Hochschule sorgfältig zu gestalten. Wechselwirkungen mit der Organisationsentwicklung sind zu beobachten und aufzunehmen.

Die neu identifizierten, übergeordneten Kategorien für förderliche Faktoren bei der kollegialen Fallberatung durch StudentInnen der Pflege (Tabelle 14 übergeordnete Kategorien für Einflussfaktoren, die induktiv aus dem Material entwickelt wurden) sollten bei der zukünftigen Gestaltung solcher Beratungsangebote berücksichtigt werden. Die Moderation sollte darauf achten,

dass eine Atmosphäre der **Kreativität und Phantasie** geschaffen wird. Es sollten Tools und Methoden angeboten werden, um die Kreativität im Umgang mit dem Fall zu fördern. Diese Tools können beispielsweise der Dramaturgie entliehen werden und können die Phase der „Identifikationsrunde“ unterstützen. Die **Entwicklung individueller Strategien zur Bewältigung der Aufregung** im Zusammenhang mit der Situation, als Fallzählerin und ratsuchende KollegIn im Mittelpunkt der Peer-Gruppe zu stehen, sollten durch die ModeratorIn gefördert werden. Die Moderation kann die FallzählerIn unterstützen, eigene Strategien zu entwickeln. Zudem sollten die Rahmenbedingungen und die Atmosphäre so gestaltet werden, dass möglichst für die FallzählerIn kein Druck entsteht, z.B. durch wahrgenommene, hohe Erwartungen der beratenden KollegInnen oder gar der Moderation selbst. Eine **Struktur für die Fallvorstellung** wurde als entlastend in diesem Zusammenhang wahrgenommen. Das **wissenschaftlich fundierte Wissen und die Methodenkompetenz** der KollegInnen mit Studium in der Pflegewissenschaft werden als förderlich in der Peer-Group wahrgenommen. Zukünftig sollte deshalb bei der Gruppenzusammensetzung darauf geachtet werden, dass auch KollegInnen mit wissenschaftlichem Hintergrund teilnehmen und sich einbringen können. Wenn von den TeilnehmerInnen ein **unmittelbarer Nutzen der kollegialen Fallberatung** für ihre eigene persönliche Entwicklung, für die Patienten oder für die Klinik wahrgenommen wird, so scheint dies motivierend und förderlich für die kollegiale Beratung zu wirken. Die Moderation sollte deshalb darauf achten, dass dieser Nutzen schon zu Beginn des Beratungsprozesses an die (potentiellen) KollegInnen kommuniziert, während des Prozesses konkret herausgearbeitet und im Protokoll hervorgehoben wird.

Budgen & Gamroth (2008) finden in ihrer Übersichtsarbeit für kooperative Lehr-Lernkonzepte zwischen Klinik und Hochschule Belege für Synergieeffekte in Bezug auf Ressourcen. Beide Organisationsformen, Praxiseinrichtungen der Pflege und Hochschulen, litten an Ressourcenknappheit und Arbeitsverdichtung, sodass diese Synergien auszunutzen seien. Zudem entstünden erwünschte Effekte auf die Personalakquise und Mitarbeiterbindung, die ja auch in der Fokusgruppendifkussion der „CANDo“-Gruppe angesprochen wurden. Neben Outcomes in Bezug auf die Kompetenzentwicklung seien nach Budgen & Gamroth (2008, S. 281) auch die Patientenoucomes und die Kosten bei Evaluationsstudien dieser kooperativen Ausbildungsprogramme in den Blick zu nehmen.

In der Fokusgruppendifkussion kam zum Ausdruck, dass sich KollegInnen, die Pflegewissenschaft studieren, mit ihrem Studium auf Station oft nicht ernst genommen fühlen. Es wird sogar beschrieben, dass man als StudentIn Befürchtungen habe, auf Station zu gehen, um noch Fragen zu dem Fall zu stellen. Die TeilnehmerInnen äußerten in der Diskussion Angst vor Lächerlichkeit. „Angst

vor Lächerlichkeit oder Strafe“ ist nach Tietze (2010) ein Einflussfaktor, der den kollegialen Beratungsprozess hemmt (Tietze 2010: 87). Strafe kann sich dabei auch darin äußern, dass KollegInnen, die offen mit ihrem wissenschaftlichen Hintergrund und ihrem Studium umgehen, aus dem Team ausgeschlossen, ggf. sogar gemobbt werden. Dies behindert den Beratungsprozess und letztlich den Lösungsprozess des Falls, was unmittelbare Auswirkungen auf das Fallmanagement und die Qualität der Patientenversorgung haben kann. In der Fokusgruppendifkussion wird andererseits sehr klar die Erwartung an die Studierenden gestellt, dass diese ihr theoretisches Wissen und aktuelle, relevante Studien in den Fall einbringen. „Fachliche Hilfen zur Problemlösung“ wurde als Subkategorie für einen förderlichen Faktor induktiv aus dem Material entwickelt. Häufig wird dabei aber unterschätzt, was es bedeuten kann, die richtigen Studien zur richtigen Zeit für den entsprechenden Fall zur Hand zu haben. Dahinter steht ein komplexer und zeitlich aufwändiger EBN-Prozess. Angesichts des umfangreichen Wissensbestandes ist schon die systematische Recherche eine zeitliche und methodische Herausforderung. Die Themen und Phänomene, mit denen sich die Pflege in der Praxis beschäftigen muss, sind meist so vielschichtig, dass unterschiedliche Wissenschaftsbereiche (z.B. Psychologie, Therapiewissenschaften) tangiert sind und damit auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Datenbanken recherchiert werden muss. Alleine die Recherche kann viele Stunden beanspruchen. Gerade in der Akutpflege ist die PatientIn meist schon entlassen, bevor irgendwelche Ergebnisse zur Verfügung stehen. Dennoch lohnt es sich, sich auf den Prozess einzulassen, weil die Erkenntnisse auf ähnlich gelagerte Fälle übertragen werden können und sich ein Wissensfundus aufbauen lässt. Das methodengestützte, strukturierte und auch kritisch reflektierende Vorgehen in der kollegialen Fallberatung kann zur Lösung eines Falles beitragen. Das Wissen über Strukturierungsmodelle, Problemlösungsmodelle und Klassifikationssysteme wie beispielsweise der NANDA-I® kann angewandt werden, um den Fall systematisch einzuschätzen und zu bearbeiten. Die Fähigkeit zur kritischen Distanz und zum kritischen Denken (critical thinking) wird dabei entwickelt. Eine Fähigkeit, die im Verlauf des Studiums, geübt und entwickelt werden kann. Die Informationen über den Fall aus der Hand der Fall erzählerIn sind kritisch zu bewerten und zu hinterfragen. Nicht aus Skepsis der Fall erzählerIn gegenüber, sondern aufgrund der Tatsache, dass wir wissen, dass jeder durch seine Brille auf den Fall schaut, Dinge ein- und ausblendet oder auch überträgt (Heppenkausen 2013: 110f.). Deshalb sind ja auch interdisziplinäre Fallberatungen so wichtig, weil jede Berufsgruppe ihren ganz spezifischen Fokus auf den Fall hat und niemals eine Berufsgruppe alleine die ganze Komplexität eines Falles aus der Praxis erfassen kann. Es ist dieses Bekenntnis zur Fremdheit, also, die Erkenntnis, dass wir nie die Bedeutung der Situation für die handelnden Personen eins zu eins abbilden können, die uns bescheiden werden lässt und kritisch gegenüber jeder abschließenden Beurteilung des Falles. Um aber in der Praxis handlungsfähig zu bleiben, müssen wir zu Beurteilungen kommen und wir urteilen ja auch tagtäglich. Die Frage ist nur,

auf welcher Basis wir dies tun. Eine wichtige Basis sind die Informationen aus der Anamnese und aus dem Assessment. Assessment wird hier als Prozess verstanden, in dem wir Informationen aus unterschiedlichen Quellen aufnehmen, vergleichen, bewerten, Widersprüche zu klären versuchen, validieren und zu ersten Hypothesen verdichten. Häufig kann es schon ein relevantes Ergebnis der kollegialen Fallberatung sein, dass das pflegerische Assessment an der ein- oder anderen Stelle vertieft werden muss. All dies sind wichtige Erkenntnisse aus der Erfahrung der kollegialen Beratung, die TeilnehmerInnen nur gewinnen können, wenn sie die Fallberatung in der Praxis mit KollegInnen umsetzen und erfahren.

Für die kollegiale Fallberatung in der Pflege scheint nach Ansicht der DiskussionsteilnehmerInnen die Evaluationskompetenz eine bedeutende Rolle zu spielen. Dadurch, dass das berufliche Handeln vor dem Hintergrund der Zielerreichung im Beratungsprozess reflektiert wird, erfolgt eine Überprüfung der Effektivität von Interventionen. Die Evaluation ist bei der Umsetzung des Pflegeprozesses eine häufig vernachlässigte Handlung (Bartholomeyczik 2004). Daraus kann die Hypothese entwickelt werden, dass durch die Fallberatung die Evaluationskompetenz bei den PraktikerInnen entwickelt wird. Diese Hypothese ließe sich in einer weiterführenden Studie überprüfen. Eine Dokumentationsanalyse oder Kompetenzmessung im Prä-Posttestdesign könnte dazu eingesetzt werden.

Wenn es gelingt in der Peer-Gruppe eine Atmosphäre der gefühlsmäßigen Akzeptanz zu schaffen, kann dies durchaus die wichtige Gefühlsarbeit der Pflegefachpersonen unterstützen. Das Gefühl der gegenseitigen Unterstützung, das von einer DiskutantIn berichtet wird, kann auf eine Entlastung hindeuten, die nicht zu unterschätzen ist. In der Literatur werden mittlere, positive Effekte auf die Beanspruchung von TeilnehmerInnen an kollegialer Beratung berichtet (Tietze 2010: 209). Das Potential kollegialer Beratung, die wichtige Emotionsarbeit und die Stressbewältigung in der Pflege zu unterstützen, ist noch längst nicht ausgeschöpft und noch nicht hinreichend untersucht. Bestätigt sich empirisch eine gefühlsmäßige Entlastung durch kollegiale Beratung, könnte diese auch als Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Pflege eingesetzt werden. Die Sequenzen der Fokusgruppendifkussion zu der Subkategorie „emotionale Hilfen zur Problembewältigung“ unter der Kategorie „Beratungsprozess“ bestärken die Hypothese, dass durch kollegiale Beratung Entlastung erzielt werden kann.

Bei all den möglichen positiven Wirkungen der kollegialen Beratung ist jedoch auch an die Risiken und Nebenwirkungen zu denken. So könnte die Reflexion bereits getroffener Interventionsentscheidungen in der kollegialen Beratung auch dazu führen, dass erneute Zweifel

über die Entscheidung oder Emotionen, die mit der Entscheidung verbunden waren, wieder aufkommen. Dies kann die ratsuchende KollegIn durchaus in eine krisenähnliche Situation bringen. Hier sollte der psychologische Dienst oder die Supervision im Hintergrund unterstützen. Wird die kollegiale Beratung fach- und sachgerecht erbracht und förderlich moderiert, kann sie eigentlich nicht selbst Auslöser der Krise sein. Vielmehr trägt sie ggf. dazu bei, verdeckte Konflikte und verdrängte Gefühle ans Tageslicht zu bringen, was nur förderlich für die emotionale Entlastung und die Vermeidung emotionaler Erschöpfung sein kann.

Auch wenn eine zu große Gruppe die Vertrautheit und Offenheit ggf. stören kann, hat eine höhere Anzahl an beratenden KollegInnen wohl den Vorteil, dass ganz verschiedene Ideen und Sichtweisen eingebracht werden können. Dies hängt jedoch stark mit dem Interesse an dem Fall und mit den jeweiligen Schwerpunkten der beratenden KollegInnen zusammen, ob die Perspektiven auch aktiv eingebracht werden. Ggf. kann die Moderation hier unterstützend einwirken, indem sie auch diejenigen, die zunächst davon ausgehen, dass der Fall nicht ihrer Expertise entspricht, auffordert, sich einzubringen. Sie könnte argumentieren, dass gerade dieser Blick von außen das Hinterfragen von als selbstverständlich geglaubten Dingen fördert. In der Peer-Gruppe, in der schwerpunktmäßig Fälle aus der Pädiatrie diskutiert wurden, hielten sich beispielsweise KollegInnen, die aus der Erwachsenenpflege kamen, sehr zurück. Ggf. hätten die KollegInnen mit Erfahrungen in der Erwachsenenpflege verstärkt die Perspektive der Eltern einnehmen können, um zur Lösung des Falles beizutragen.

Der Ergebnisdokumentation ist zukünftig mehr Beachtung zu schenken. Auch wenn noch keine Ergebnisse einer wissenschaftlichen Recherche zeitnah zur Verfügung stehen, so können zumindest die diskutierten Themen, Hypothesen und Fragen zeitgleich dokumentiert und der KollegIn als Protokoll mitgegeben werden. Somit hat die FallerzählerIn die Möglichkeit, den Beratungsprozess für sich selbst und mit dem Behandlungsteam nochmals zu reflektieren und an den offen gebliebenen Punkten gezielt und strukturiert weiterzuarbeiten.

**Insgesamt** wurde das zugehende Angebot der Hochschule sehr konstruktiv und von beiden Seiten sehr dankbar angenommen. Die TeilnehmerInnen der Fokusgruppendifkussion plädieren für eine Fortsetzung. Für eine nachhaltige Implementierung seien nach Ansicht der Fokusgruppenmitglieder die organisationalen Rahmenbedingungen aus Sicht der PartizipantInnen sowohl von Seiten der Hochschule als auch von Seiten der Klinik noch zu verbessern. Die Rolle der Moderation scheint den DiskutantInnen sehr wichtig für den Beratungs- und Problemlösungsprozess und sollte unbedingt von einer unabhängigen, nicht der Linienorganisation der Klinik angehörenden Person mit

pflegewissenschaftlicher Qualifikation und mit sehr guter Kenntnis über das Konzept der kollegialen Beratung übernommen werden. Erfahrung mit der Moderation von Fokusgruppen sollte vorhanden sein.

Wenn wir wollen, dass Pflegefachpersonen mit und ohne Studium zum Nutzen einer qualitativ hochwertigen Versorgung der PatientInnen zusammenarbeiten, dann müssen wir die Professionsangehörigen schon im Studium zusammenführen. In der Alltagsroutine bleibt in der praktischen Ausbildung in der Klinik oft zu wenig Zeit, um über Fälle zu diskutieren und dabei unterschiedliche Haltungen und Herangehensweisen wirklich kennenzulernen. Häufig behindern Mythen über das Studium oder über die Organisation der beruflichen Ausbildungsorganisation die Verständigung. Diese Verständigung ist aber für die Patientenversorgung von hoher Bedeutung. Wenn sich Studierende aus Angst vor Lächerlichkeit und Ausgrenzung nicht trauen, ihre häufig gut begründeten Einschätzungen und Gedanken zu einem Fall einzubringen, gehen diese zu Lasten einer sicheren und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung verloren. Wenn umgekehrt die Studierenden die Berufs- und Praxiserfahrung der BerufskollegInnen ohne Studium nicht wertschätzen, kann dies ebenfalls zu Lasten einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung gehen. Akzeptanz von Kompetenzunterschieden, Verständnis für unterschiedliche Arbeits- und Denkweisen sowie die Verständigung zwischen Pflegefachpersonen mit und ohne wissenschaftlichen Hintergrund können in kooperativen Lehr-Lernkonzepten, wie dem „CANDo“-Konzept, trainiert werden. Die damit einhergehende Reflexion eröffnet Räume für Diskurse über das Selbstverständnis und den Gegenstands- und Verantwortungsbereich der Pflege. Wenn die BerufskollegInnen mit und ohne Studium erfolgreich und zum Nutzen der PatientInnen zusammenarbeiten sollen, sind bereits in der Ausbildung die Weichen zu stellen und die Kompetenzen, die dafür benötigt werden, zu entwickeln. Das evaluierte „CANDo“-Konzept des kooperativen Lehrens und Lernens kann hier einen konstruktiven Beitrag leisten.

## 9. Literaturverzeichnis

- Aglen, Bjorg (2016): Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. In: *Nurse Education Today* 36, S. 255–263. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.08.025.
- Atteslander Peter (2009). *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin: Erich Schmidt Verlag
- Bartholomeyczik Sabine, Morgenstern Maria, „Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation - eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen.“ *Pflege* 2004; 17: 187-195 17 (2004): 187–195.
- Behrens, H. & Langer, G. (2006): *Evidencebased Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«*. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. 2. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Benner Patricia (1982): From novice to expert. *American Journal of Nursing*, Mar., (1982): 402-407
- Bond, Mary Lou; Kardong-Edgren, Suzan; Jones, Mary Elaine (2001): Assessment of professional nursing students' knowledge and attitudes about patients of diverse cultures. In: *Journal of Professional Nursing* 17 (6), S. 305–312. DOI: 10.1053/jpnu.2001.28426.
- Brunner, Eva; Kada, Olivia (2010): Professionalisation of gerontological nursing — The development of an international online gerontological master degree programme. In: *Nurse Education Today* 30 (8), S. 779–783. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.03.001.
- Budgen, Claire; Gamroth, Lucia (2008): An overview of practice education models. In: *Nurse Education Today* 28 (3), S. 273–283. DOI: 10.1016/j.nedt.2007.05.005.
- Callen, Bonnie L.; Lee, Jan L. (2009): Ready for the World: Preparing Nursing Students for Tomorrow. In: *Journal of Professional Nursing* 25 (5), S. 292–298. DOI: 10.1016/j.profnurs.2009.01.021.
- Carty, Rita M.; Hale, Janet F.; Carty, Gina M.; Williams, Joyce; Rigney, Dawn; Principato, Jerold J. (1998): Teaching international nursing students: Challenges and strategies. In: *Journal of Professional Nursing* 14 (1), S. 34–42. DOI: 10.1016/S8755-7223(98)80010-0.
- Chae, Duck-Hee; Lee, Chung-Yul (2014): Development and Psychometric Evaluation of the Korean Version of the Cultural Competence Scale for Clinical Nurses. In: *Asian Nursing Research* 8 (4), S. 305–312. DOI: 10.1016/j.anr.2014.06.004.
- Chiang-Hanisko, Lenny; You-Qing, Peng (2014): Efficacies of different methods of teaching transcultural nursing practice in China. In: *Chinese Nursing Research* 1, 17e-24. DOI: 10.1016/j.cnre.2014.11.002.
- Darmann-Finck, Ingrid; Glissmann, Gerlinde (2011): Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege. In: *Pflege* 24 (3), S. 195–204.
- Dreyfuß, Hubert L; Dreyfuß, Stuart E. (1988): *Mind over Mashine. The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Reprint (12. September 1988). New York: The Free Press.

- Fachmagazin für Migration und Integration in Deutschland - MiGAZIN (2015). Zwölf Prozent der Pflegekräfte kommen aus anderen Ländern. Abgerufen von <http://www.migazin.de/2015/08/05/zwoelf-prozent-der-pflegekraefte-kommen-aus-anderen-laendern/> (12.09.2016)
- Fahrmeir, L., Künstler, R., Pigeot, I., & Tutz, G. (2007). Statistik: Der Weg zur Datenanalyse. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Flood, Jeanie L.; Commendador, Kathleen A. (2016): Undergraduate nursing students and cross-cultural care: A program evaluation. In: Nurse Education Today 36, S. 190–194. DOI: 10.1016/j.nedt.2015.10.003.
- Foidl-Dreißer, Siglinde; Breme, Andrea; Grobosch, Peter (2004): Personalwirtschaft. Lehr- und Arbeitsbuch für die Fort- und Weiterbildung. 3., neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Berlin: Cornelsen.
- Foss, Jette Elsborg; Kvigne, Kari; Larsson, Bodil Wilde; Athlin, Elsy (2014): A model (CMBP) for collaboration between university college and nursing practice to promote research utilization in students' clinical placements: A pilot study. In: Nurse Education in Practice 14, 396e-402. DOI: 10.1016/j.nepr.2013.11.008.
- Gallagher-Lepak Susan (2014): Nursing Diagnosis Basics. In: NANDA-I® International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015–2017, Tenth Edition. Edited by T. Heather Herdman and Shigemi Kamitsuru, Oxford u.a.: Wiley-Blackwell
- Geburu, Kerstin; Willman, Ania (2010): Education to promote culturally competent nursing care – A content analysis of student responses. In: Nurse Education Today 30 (1), S. 54–60. DOI: 10.1016/j.nedt.2009.06.005.
- Gordon Marjory (1998): Handbuch Pflegediagnosen, 2. Aufl., München: Urban & Fischer
- Gu Mee Ock, Ha Yeongmi, Kim Jeongsook: Development and validation of an instrument to assess knowledge and skills of evidencebased nursing. In: Journal of Clinical Nursing, 24 (2015) 1380-1393
- Hattie, John (2009): Visible learning. A synthesis of over 800 meta-analyses relating to achievement. 1. publ. London u.a.: Routledge (Educational research).
- Händler-Schuster Daniela, Geschwindner Heike, Oppikofer Sandra, Them Christa (2010): Wie erleben Erfasserinnen den Umgang mit der Observed Emotional Rating Scale? In: Pflege 23 (3), S. 181–189.
- Hauser, Bernhard (2008): Action Learning Development. Eine vergleichende Analyse von Action-Learning-Programmen zur Entwicklung von Führungskräften in drei verschiedenen Unternehmen. 2. aktualisierte Aufl., München, Mehring: Rainer Hampp
- Heiner M: Handlungskompetenz "Fallverstehen" In: Professionalität Sozialer Arbeit und Hochschule, 2012, pp 201-217



- Heppenkausen Jutta (2013): Beobachtung, Selbstbeobachtung und Reflexion in der Lernbegleitung. In: Coelen, Hendrik; Müller-Naendrup, Barbara (Hg.) (2013): Studieren in Lernwerkstätten. Potentiale und Herausforderungen für die Lehrerbildung. Wiesbaden: Springer VS., S. 109-126
- Herdman Heather (2012): Nursing Daignoses. Definition and Classification 2012-2014. West Sussex: Wiley-Balckwell.
- Hochschule München (2017): FÖRDERPROGRAMM QualiFIVE. Mehr Profil in der Lehre. Verfügbar unter:  
[https://www.hm.edu/allgemein/hochschule\\_muenchen/zentrale\\_services/studium\\_und\\_lehre/qualifive/index.de.html](https://www.hm.edu/allgemein/hochschule_muenchen/zentrale_services/studium_und_lehre/qualifive/index.de.html) (zuletzt abgerufen am 03.01.2017)
- Hochschule München (2013): Dualer Bachelorstudiengang Pflege, Studienplan und Modulhandbuch, Stand Oktober 2014
- Hofmuth, Matthias; Weber, Susanne (2011): Zur Messung interkultureller Kompetenz. In: Uwe Faßhauer, Josef Aff, Bärbel Fürstenau und Eveline Wuttke (Hg.): Lehr-Lernforschung und Professionalisierung. Perspektiven der Berufsbildungsforschung. Opladen und Farmington Hills, MI (USA): Verlag Barbara Budrich (Schriftenreihe der Sektion Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE)), S. 25–36.
- Jeon, Yun-Hee; Chenoweth, Lynn (2007): Working With a Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Group of Nurses. In: Collegian 14 (1), S. 16–22. DOI: 10.1016/S1322-7696(08)60543-0.
- Kopp, R. u. Vonesch, L. (2003). Die Methodik der Kollegialen Fallberatung. In H. W. Franz & R. Kopp (Hrsg.), Kollegiale Fallberatung. State of the Art und organisationale Praxis (S. 53-92). Köln: EHP.
- Franz, Hans-Werner (Hg.) (2003): Kollegiale Fallberatung. State of the Art und organisationale Praxis. Bergisch Gladbach: EHP (EHP Praxis).
- Kluge, Annette; Schilling, Jan (2000): Organisationales Lernen und Lernende Organisation - ein Überblick zum Stand von Theorie und Empirie. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 44 (4), S. 179–191.
- Lenny, Chiang-Hanisko; Peng, You-Qing (2014): Efficacies of different methods of teaching transcultural nursing practice in China. In: Chinese Nursing Research 1, S. 17–24. DOI: 10.1016/j.cnre.2014.11.002.
- McConnell ES, Lekan D, Hebert C, Leatherwood L (2007): Academic-practice partnerships to promote evidence-based practice in long-term care: oral hygiene care practices as an exemplar. Nursing Outlook (NURS OUTLOOK), Mar2007; 55(2): 95-105
- Mannahan, Carol A. (2010): Different Worlds: A Cultural Perspective on Nurse-Physician Communication. In: Leadership 45 (1), S. 71–79. DOI: 10.1016/j.cnur.2009.10.005.

- McEwen, Melanie; White, Mary Joe; Pullis, Bridgette R.; Krawtz, Susan (2014): Essential Content in RN-BSN Programs. In: *Journal of Professional Nursing* 30 (4), S. 333–340. DOI: 10.1016/j.profnurs.2013.10.003.
- Mecheril, Paul; Seukwa, Louis Henri (2006): Transkulturalität als Bildungsziel? Skeptische Bemerkungen. In: *Zeitschrift für internationale Bildungsforschung und Entwicklungspädagogik* 29 (4), S. 8–13.
- Montenery, Susan M.; Jones, Angela D.; Perry, Nancy; Ross, Debra; Zoucha, Rick (2013): Cultural Competence in Nursing Faculty: A Journey, Not a Destination. In: *Journal of Professional Nursing* 29 (6), S. e51. DOI: 10.1016/j.profnurs.2013.09.003.
- Nielsen Ann E., Noone Joanne, Voss Heather, Mathews Launa Rae (2013): Preparing nursing students for the future: An innovative approach to clinical education. *Nurse Education in Practice* 13 (2013): 301-309
- R Core Team. (2017). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.
- Ramjan, Lucie; Hunt, Leanne; Salamonson, Yenna (2016): Predictors of negative attitudes toward Indigenous Australians and a unit of study among undergraduate nursing students: A mixed-methods study. In: *Nurse Education in Practice* 17, S. 200–207. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.12.006.
- Rosenstiel Lutz von, Nerdinger Friedemann W. 2011: *Grundlagen der Organisationspsychologie. Basiswissen und Anwendungshinweise*, 7., überarb. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Ruffing, A. (2013). Zum Pflegen werden mehr Männer gebraucht. Abgerufen von <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2013/artikel/zum-pflegen-werden-mehr-maenner-gebrauch> (12.09.2016)
- Ryan, Elizabeth Jo (2016): Undergraduate nursing students' attitudes and use of research and evidence-based practice – an integrative literature review. In: *JCN* 25 (11-12), S. 1548–1556.
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2015). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus - Deutschlandergebnisse*. Abgerufen von [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?__blob=publicationFile) (12.09.2016) (S.34)
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2015). *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse*. Abgerufen von [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile) (12.09.2016) (S. 16 und 26)
- Stone Robyn, Cooper Simon, Cant Robyn (2013): The Value of Peer Learning in Undergraduate Nursing Education: A Systematic Review, *ISRN Nursing*, Volume 2013, open access, Article ID 930901, 10 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2013/930901>

- Tausch Anja, Menold Natalja (2015): Methodische Aspekte der Durchführung von Fokusgruppen in der Gesundheitsforschung. Welche Anforderungen ergeben sich aufgrund der besonderen Zielgruppen und Fragestellungen? GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2015, GESIS Papers 2015/12, ISSN: 2364-3781 (Online), Mannheim
- Tietze Kim-Oliver (2010): Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. Theoretische Entwürfe und empirische Forschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag
- Wilson, Lynda; Harper, Doreen C.; Tami-MAURY, Irene; Zarate, Rosa; Salas, Susana; Farley, Jason et al. (2012): Global Health Competencies for Nurses in the Americas. In: Journal of Professional Nursing 28 (4), S. 213–222. DOI: 10.1016/j.profnurs.2011.11.021.
- Xu, Yu; Davis, Debra C.; Clements, Carol; Xu, Zhaomin (2002): Assessment of AACN baccalaureate nursing education curriculum model in the People's Republic of China: A transcultural exploratory study. In: Journal of Professional Nursing 18 (3), S. 147–156. DOI: 10.1053/jpnu.2002.125474.