

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

MASTER-Thesis zur Erlangung des Grades „Master of Arts“
im Masterstudiengang Pflegepädagogik

**Erleben des Berufseinstiegs nach der
generalistischen Pflegeausbildung**

Vorgelegt von:

Susanne Thiel

Abgabedatum: 19.06.2024

Erstprüfer: Prof. Dr. Roland Brüche

Zweitprüfer: Prof. Dr. Tobias Hölterhof

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Berufseinmündung professionell Pflegender stellt eine sensible und aufregende Phase im Leben oft junger Menschen dar. In diesem Rahmen ergeben sich nicht nur vielfältige Herausforderungen, sondern auch Chancen.

Zielsetzung: Diese Masterarbeit verfolgt das Ziel, das Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung zu untersuchen. Dabei stehen Herausforderungen und Chancen, die sich den Berufseinsteiger*innen im Bereich der stationären Akutversorgung stellen, im Fokus.

Methodik: Nach einer Literaturrecherche und der Identifikation bestehender Befunde zum Berufseinstieg professionell Pflegender dienen die gewonnenen Erkenntnisse zur Entwicklung eines deduktiven Kategoriensystems. Im Rahmen des qualitativen Forschungsdesigns bildet dieses Kategoriensystem die Basis für die episodischen Interviews nach Flick mit sechs Berufseinsteiger*innen. Anschließend werden die transkribierten Interviews mit Hilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert und ausgewertet.

Ergebnisse: Die Berufseinsteiger*innen erleben sowohl vielfältige Herausforderungen als auch Chancen in unterschiedlichen Bereichen. Als besonders herausfordernd beschreiben sie den Übergang in die neue Rolle als examinierte Pflegefachperson mit der neuen Verantwortung sowie den Umgang mit fehlendem spezialisiertem Fachwissen. Unterstützung erfahren die Befragten vor allem durch das Pflegeteam der Station sowie durch Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung.

Schlussfolgerungen: Der Berufseinstieg stellt eine herausfordernde Phase dar und sollte durch entsprechende Programme begleitet werden, die insbesondere die Übernahme von Verantwortung und die Aneignung von spezialisiertem Fachwissen fokussieren, um so eine optimale Unterstützung der neu examinierten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner zu gewährleisten. Zusätzlich können bereits in der Ausbildung Grundsteine für einen erfolgreichen Berufseinstieg gelegt werden. Dies könnte durch eine gute Verzahnung von Theorie und Praxis, die frühe Vermittlung

personaler Kompetenzen und das schrittweise Heranführen an selbständiges Arbeiten mit der Übernahme von Verantwortung in einem geschützten Rahmen, gelingen.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1. Problemstellung und Aufbau der Arbeit	2
A Theoretisch - Struktureller Rahmen	5
2. Die generalistische Pflegeausbildung	5
2.1 Die Struktur der generalistischen Pflegeausbildung	6
2.2 Die generalistische Pflegeausbildung aus Sicht der Auszubildenden	8
2.3 Zusammenfassung generalistische Pflegeausbildung.....	10
3. Bestehende Befunde zum Berufseinstieg professionell Pflegenden	12
3.1 Literaturrecherche.....	12
3.2 Studie zur Berufseinmündung und zum Berufsverbleib in der Pflege in NRW.....	14
3.3 Unterstützungsmöglichkeiten für den Berufseinstieg aus Sicht von Mentor*innen	16
3.4 Stufen zur Pflegekompetenz nach Benner.....	17
3.5 Der Schock der Transition nach Duchscher	19
3.6 Internationale Befunde zum Berufseinstieg in der Pflege.....	24
Zusammenfassung des Theoretisch - Strukturellen Rahmens.....	27
B Empirie	31
4. Methodik.....	31
4.1 Qualitative Forschung zur Untersuchung des Erlebens	31
4.2 Feldzugang und Untersuchungseinheit	36
4.3 Episodische Interviews zur Datenerhebung	39
4.4 Die strukturierende Inhaltsanalyse zur Datenanalyse.....	43
4.5 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	49
4.6 Ethische Aspekte	50

5. Ergebnisse.....	52
5.1 Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit	52
5.2 Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit)	55
5.3 Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität	59
5.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten	61
5.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung	63
5.6 Interaktion mit zu pflegenden Menschen	67
5.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	68
6. Diskussion.....	71
6.1 Einordnung der Ergebnisse und Betrachtung vor dem Hintergrund der bekannten Befunde zum Berufseinstieg	71
6.2 Reflexion des methodischen Vorgehens und der Gütekriterien.....	78
7. Fazit und Ausblick	81
Literatur.....	I
Abbildungen.....	VII
Tabellen.....	VII
Anhang	VIII
1. Informationsflyer zur Teilnehmendenakquise	IX
2. Einverständniserklärung für Teilnehmende	X
3. Vorabfragebogen Interview	XI
4. Postskriptum.....	XII
5. Interviewleitfaden	XIII
6. Transkriptionsregeln nach Kuckartz	XVII
7. Kodierleitfaden.....	XIX
8. Versicherung selbständiger Arbeit.....	XXVIII

Abkürzungsverzeichnis

BeKD:	Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
DIP:	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
NEC:	Nekrotisierende Enterokolitis
PflAPrV:	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe
PflBG:	Pflegeberufegesetz
RatSWD:	Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten
ZB MED:	Deutsche Zentralbibliothek für Medizin

1. Problemstellung und Aufbau der Arbeit

Berufseinstieg, Berufseinmündung, Transition. In der Fachliteratur existieren verschiedene Begriffe für den Übergang von der Ausbildung oder dem Studium in die praktische Berufstätigkeit. All diese Synonyme bezeichnen eine Phase im Leben oftmals junger Menschen, die gekennzeichnet ist durch Veränderungen. Der Berufseinstieg bedeutet für Berufsanfänger*innen einen Schritt in die Eigenverantwortlichkeit. Es stellen sich ihnen neue, komplexe Anforderungen und neue Aufgabengebiete. Auch in der Pflege stehen die frisch examinierten Pflegefachpersonen vor Herausforderungen. Sie gehen über in eine neue Rolle mit neuer Verantwortlichkeit und werden in der Zeit des Berufseinstiegs mit zahlreichen unbekanntem Entwicklungsaufgaben konfrontiert (vgl. Duchscher 2008: 442). Das erste Jahr in der Pflegepraxis wird begleitet von einer Bandbreite der Gefühle, so zeigen sich neben Freude auf die neue Tätigkeit oftmals Stress und Unzufriedenheit (vgl. Toothaker et al. 2022: 10). Duchscher (2023: 24 f.) spricht in der frühen Phase der Transition von einem Übergangsschock, der häufig mit Gefühlen wie Unsicherheit und Überforderung einhergeht. Insbesondere der Berufseinstieg in der Akutversorgung stellt die neu examinierten Pflegefachpersonen vor vielfältige Herausforderungen (vgl. ebd.: 69). Im internationalen Raum existieren einige Studien zum Erleben des Berufseinstiegs nach einem Pflegestudium (vgl. Duchscher 2008; Aldosari et al. 2020; Hepsi Bai et al. 2021; Hawkins et al. 2018; Kaldal et al. 2022; Ulupinar/Aydogan 2020; Toothaker et al. 2022). In den Ausarbeitungen wird deutlich, dass sich als Herausforderungen vor allem der Rollenwechsel und die damit einhergehende Verantwortung, die Diskrepanz zwischen den im Studium aufgebauten Erwartungen und der vorgefundenen Realität, der Eintritt in ein bestehendes Team sowie fehlendes Wissen und fehlende Fähigkeiten, darstellen. Dies kann bei den neu ausgebildeten Pflegefachpersonen zu einem Überforderungsgefühl führen (vgl. Aldosari et al. 2020: 10; Hepsi Bai et al. 2021: 59; Hawkins et al. 2018: 9; Ulupinar/Aydogan 2020: 1833; Toothaker et al. 2022: 15). Die vorliegenden Studien beziehen sich dabei auf hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen. Auch Leibnitz (2022: 75 f.) hat in ihrer Masterarbeit untersucht, wie die Absolvent*innen eines Pflegestudiums in Österreich ihren Berufseinstieg auf pädiatrischen Stationen

erleben und kommt zu dem Ergebnis, dass sie sich unzureichend auf die Praxis vorbereitet fühlen und zusätzliche Unterstützungsangebote notwendig sind. Sorber/Knecht (2023b: 133 f.) beschäftigten sich mit den Unterstützungsmöglichkeiten für den Berufseinstieg frisch examinierter Pflegenden aus Sicht der Mentor*innen und identifizierten den Bedarf einer längerfristigen Begleitung. Im deutschsprachigen Raum ist die Studienlage zum Erleben des Berufseinstiegs aus der Sicht berufsschulisch ausgebildeter Pflegefachpersonen eingeschränkt.

Mit Inkrafttreten des Pflegeberufgesetzes (PflBG) am 01.01.2020 wurde in Deutschland die generalistische Pflegeausbildung eingeführt, die die zuvor getrennten Ausbildungen der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sowie der Altenpflege zu einer Ausbildung mit dem Abschluss Pflegefachfrau/ Pflegefachmann zusammenfasst. Diese neue Art der Ausbildung ist eine Reaktion auf veränderte Anforderungen an die pflegerische Versorgung und das Pflegepersonal. Soziodemografische und epidemiologische Veränderungen erfordern verschiedenste Kompetenzen der Pflegefachpersonen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023: o.S.). Die Ausbildung ist zu verstehen als eine breit gefächerte Grundausbildung, die die Absolvent*innen zur Bewältigung vielfältiger Herausforderungen qualifiziert (vgl. Hundenborn et al. 2023: o.S.). Die ersten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner erlangten im Frühjahr 2023 ihren Abschluss und starteten in die Pflegepraxis. Erkenntnisse, wie diese Personen den Übergang erleben, liegen bisher nicht vor.

Vor diesem Hintergrund wird in der vorliegenden Arbeit folgender Fragestellung nachgegangen: „Wie erleben generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen ihren Berufseinstieg in der Akutpflege?“. Als ein Unterthema dieser Hauptfragestellung soll zunächst herausgestellt werden, welche Herausforderungen sich den Absolvent*innen beim Übergang von der generalistischen Pflegeausbildung in die hochspezialisierten Bereiche der Akutversorgung im Krankenhaus stellen. Von weitem Interesse ist es, herauszufinden, was besonders gut gelaufen ist und welche Chancen die Berufsanfänger*innen sehen. Ein Ziel der Untersuchung besteht darin, aus den Ergebnissen mögliche Unterstützungsangebote für die Phase der Berufseinmündung abzuleiten.

Im ersten Teil der Arbeit, dem Theoretisch - Strukturellen Rahmen wird zunächst die generalistische Pflegeausbildung thematisiert. Normative Vorgaben sowie relevante Erkenntnisse aus einer Studie zur neuen Ausbildung aus Sicht der Auszubildenden werden dargestellt. Das folgende Kapitel befasst sich mit Befunden zum Berufseinstieg in der Pflege. Dazu wird der Begriff des Berufseinstiegs definiert und erläutert. Im Weiteren werden vorhandene Studien und Modelle zum Berufseinstieg von professionell Pflegenden vorgestellt. Insbesondere das Modell der stufenweisen Entwicklung der Pflegekompetenz nach Benner und das Transitionsmodell nach Duchscher, die in der Literatur sehr präsent sind, werden thematisiert. Weitere internationale Erkenntnisse zur Berufseinmündung nach einem Pflegestudium werden herausgestellt.

Der empirische Teil der vorliegenden Thesis beginnt mit der Darstellung der Methodik. Grundlegende Aspekte qualitativer Forschung, auf der diese Arbeit beruht, werden aufgegriffen. Im Folgenden werden sowohl der Feldzugang als auch die Interviewkonzeption auf Basis des episodischen Interviews nach Flick (1997; 2011) beschrieben. Eine Darstellung der Auswertungs- und Analysemethode, die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (1985; 2022), folgt. Mit Ausführungen zu ethischen Grundüberlegungen und den Gütekriterien schließt das Kapitel ab. Im nächsten Abschnitt werden die Ergebnisse der Interviews dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an den zuvor gebildeten Kategorien und beschreibt in diesem Zusammenhang jeweils Herausforderungen und Chancen. Im Weiteren werden die Ergebnisse in Bezug zu den Erkenntnissen aus dem Theoretisch – Strukturellen Rahmen dieser Arbeit diskutiert. Dabei werden erneut die Gütekriterien thematisiert und Limitationen der Arbeit aufgezeigt. Die Thesis schließt mit einem Fazit ab, das die grundlegenden Aspekte nochmals zusammenfasst, die Forschungsfrage beantwortet und mit einem Ausblick sowie Empfehlungen endet.

A Theoretisch - Struktureller Rahmen

In diesem ersten Teil der Arbeit werden die theoretischen Grundlagen dargelegt. Die generalistische Pflegeausbildung mit ihren Neuerungen, den normativen Vorgaben und der Struktur sowie eine Studie zur neuen Ausbildung aus Sicht der Auszubildenden, stellen die Themen des zweiten Kapitels dar. Im Folgenden wird die Phase des Berufseinstiegs im Leben oft junger Menschen aufgegriffen. Bestehende Befunde zur Berufseinmündung im Kontext von Pflege werden beschrieben. Zunächst werden Erkenntnisse aus dem deutschsprachigen Raum herausgestellt, um im Anschluss das Modell der stufenweisen Kompetenzentwicklung nach Benner sowie das Modell der Transition nach Duchscher vorzustellen. Zusätzlich werden weitere internationale Studien zum Berufseinstieg professionell Pflegenden hinzugezogen. Mit einer Zusammenfassung der Erkenntnisse und der Darlegung ihrer Bedeutung für die vorliegende Arbeit schließt der theoretische Teil ab.

2. Die generalistische Pflegeausbildung

Das Pflegeberufgesetz (PflBG), das am 01.01.2020 in Kraft getreten ist, führt die bisherigen Ausbildungen der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege und der Altenpflege zur generalistischen Pflegeausbildung zusammen. Die Ausbildung wird mit dem Abschluss „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ abgeschlossen (vgl. § 1 Abs. 1 PflBG). Neben der Möglichkeit verschiedene Vertiefungseinsätze zu vereinbaren und gesonderte Abschlüsse zu wählen, besteht die Option einer primärqualifizierenden Pflegeausbildung an Hochschulen (vgl. Teil 3 PflBG). Da der Fokus in dieser Masterarbeit auf dem Erleben von schulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen mit dem Abschluss Pflegefachfrau oder Pflegefachmann liegt, wird hier nicht weiter auf die gesonderten Abschlüsse sowie die hochschulische Pflegeausbildung eingegangen.

Eine wesentliche Neuerung des PflBG sind die in § 4 PflBG festgeschriebenen vorbehaltenen Tätigkeiten, die nur von Pflegefachpersonen durchgeführt werden dürfen. Diese vorbehaltenen Tätigkeiten umfassen:

- „Die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs“
- „Die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses“

- „Die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“

In § 5 Abs. 1 ist das Ziel der generalistischen Pflegeausbildung wie folgt dargelegt:

„Die Ausbildung zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann vermittelt die für die selbstständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akut und dauerhaft stationären sowie ambulanten Pflegesituationen erforderlichen fachlichen und personalen Kompetenzen einschließlich der zugrunde liegenden methodischen, sozialen, interkulturellen, digitalen und kommunikativen Kompetenzen und der zugrunde liegenden Lernkompetenzen sowie der Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion. Lebenslanges Lernen wird dabei als ein Prozess der eigenen beruflichen Biographie verstanden und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung als notwendig anerkannt.“

Die Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sollen dementsprechend dazu befähigt werden, Menschen aller Altersstufen in den verschiedenen Settings von Pflege professionell zu versorgen und die vorbehaltenen Tätigkeiten selbständig durchzuführen.

2.1 Die Struktur der generalistischen Pflegeausbildung

Die Ausbildung zur Pflegefachfrau/ zum Pflegefachmann ist aufgegliedert in den theoretischen und praktischen Unterricht sowie die praktische Ausbildung. 2100 Stunden entfallen dabei auf den theoretischen und praktischen Unterricht. Sie sind auf die drei Ausbildungsdritteln verteilt und den fünf Kompetenzbereichen zugeordnet.

Kompetenzbereich	Erstes und zweites Ausbildungsdrittel	letztes Ausbildungsdrittel	Gesamt
I. Pflegeprozesse und Pflegediagnostik in akuten und dauerhaften Pflegesituationen verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren.	680 Std.	320 Std.	1 000 Std.
II. Kommunikation und Beratung personen- und situationsbezogen gestalten.	200 Std.	80 Std.	280 Std.
III. Intra- und interprofessionelles Handeln in unterschiedlichen systemischen Kontexten verantwortlich gestalten und mitgestalten.	200 Std.	100 Std.	300 Std.
IV. Das eigene Handeln auf der Grundlage von Gesetzen, Verordnungen und ethischen Leitlinien reflektieren und begründen.	80 Std.	80 Std.	160 Std.
V. Das eigene Handeln auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen und berufsethischen Werthaltungen und Einstellungen reflektieren und begründen.	100 Std.	60 Std.	160 Std.
Stunden zur freien Verteilung	140 Std.	60 Std.	200 Std.
Gesamtsumme	1 400 Std.	700 Std.	2 100 Std.

Abbildung 1: Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der beruflichen Pflegeausbildung (PflAPrV Anlage 6)

Der Bereich der praktischen Ausbildung umfasst 2500 Stunden. Diese sind auf einen Orientierungseinsatz beim Träger der praktischen Ausbildung, Pflichteinsätze in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen, inklusive einem Pflichteinsatz in der pädiatrischen und der psychiatrischen Versorgung sowie einen Vertiefungseinsatz verteilt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Auszubildenden Einblick in die unterschiedlichen Settings von Pflege erhalten und mit verschiedenen Altersstufen in Kontakt kommen.

Erstes und zweites Ausbildungsdrittel	
I. Orientierungseinsatz	
Flexibel gestaltbarer Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.*
II. Pflichteinsätze in den drei allgemeinen Versorgungsbereichen	
1. Stationäre Akutpflege	400 Std.
2. Stationäre Langzeitpflege	400 Std.
3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege	400 Std.
III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	
Pädiatrische Versorgung	120 Std.*
Summe erstes und zweites Ausbildungsdrittel	1 720 Std.

Letztes Ausbildungsdrittel	
IV. Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung	
1. Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
2. Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
3. Bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
V. Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes	
1. Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II. bis IV.1. Im Bereich des Pflichteinsatzes nach II.3. auch mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	500 Std.
2. Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 2 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach III.	
3. Für das Wahlrecht nach § 59 Absatz 3 PflBG: Im Bereich eines Pflichteinsatzes nach II.2. oder II.3. mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
VI. Weitere Einsätze/Stunden zur freien Verteilung	
1. Weiterer Einsatz (z. B. Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliation) – bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 2 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen – bei Ausübung des Wahlrechts nach § 59 Absatz 3 PflBG: nur in Bereichen der Versorgung von alten Menschen	80 Std.
2. Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes	80 Std.
Summe letztes Ausbildungsdrittel	780 Std.
Gesamtsumme	2 500 Std.

Abbildung 2: Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung (PflAPrV Anlage 7)

Der Träger der praktischen Ausbildung ist dazu verpflichtet, zu gewährleisten, dass die Auszubildenden mindestens 10% der während eines Einsatzes zu leistenden praktischen Ausbildungszeit als geplante und strukturierte Praxisanleitung erhalten. Dies soll dazu dienen, die Auszubildenden schrittweise an die Übernahme von Tätigkeiten professionell Pflegenden heranzuführen (vgl. § 4 Abs. 1 PflAPrV).

2.2 Die generalistische Pflegeausbildung aus Sicht der Auszubildenden

In einer bundesweiten Online-Befragung erfassten Olden et al. (2023) das Ausbildungserleben in der generalistischen Pflegeausbildung aus Sicht der Auszubildenden. Dazu wurde eine Längsschnittbefragung mit drei Befragungen eines deutschlandweiten Panels von Auszubildenden in der generalistischen Pflegeausbildung durchgeführt. In der Veröffentlichung werden Befunde der ersten Befragungswelle dargestellt, an der 1.267 Auszubildende von 316 Pflegeschulen aus 15 Bundesländern teilnahmen. Befragt wurden sie zu Aspekten der Ausbildungswahl, zu Erfahrungen zum Schul- und Praxislernen sowie zu Rahmenfaktoren der Ausbildung (vgl. Olden et al. 2023: 249).

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der Studie vorgestellt, die im Rahmen der vorliegenden Masterthesis bedeutsam erscheinen.

Olden et al. stellen heraus, dass der Großteil der Auszubildenden den Beruf als Wunschberuf bzw. interessensteuert ergreift, dass jedoch nur ca. 50% der Auszubildenden auch nach dem Abschluss eine Tätigkeit in der direkten pflegerischen Versorgung aufnehmen möchten (vgl. ebd.: 255).

Die Auszubildenden erwarten eine Unterstützung durch Lehrende und Praxisanleitende an den Lernorten Schule und Praxis. Zudem wünschen sie sich eine Verzahnung von Theorie und Praxis sowie die Informationsweitergabe zwischen Schule und praktischen Lernorten. Diese Erwartungen sehen sie nicht immer als erfüllt an. So wissen die praktischen Lernorte zu wenig über ihre Kenntnisse und Fähigkeiten und auch im Bereich der Quantität und Qualität der Praxisanleitung bleibt die Umsetzung hinter den Erwartungen zurück (vgl. ebd.: 254).

Ein weiterer Aspekt, dem die Auszubildenden große Bedeutung beimessen, ist das Vorhandensein von Ansprechpersonen für Probleme und die Möglichkeit des Austauschs mit anderen Auszubildenden. Das Angebot in diesem Bereich erfüllt die Erwartungen der Auszubildenden nicht vollständig. Lernunterstützungsangebote werden als weniger relevant wahrgenommen. Hier zeigt sich das Angebot sehr divergent (vgl. ebd.: 254).

Die Gesamtbewertung der Ausbildung stellt sich sehr unterschiedlich dar. Mehr als die Hälfte der Auszubildenden bewerten sowohl die theoretische als auch die praktische Ausbildung als sehr gut bis gut. Ein Drittel kommt zu einer befriedigenden bis ausreichenden Bewertung und 5% vergeben eine sehr schlechte Bewertung. Die meisten Auszubildenden würden sich erneut für den Beruf entscheiden, wobei die Anzahl derer, die den gleichen Ausbildungsbetrieb wählen würden, geringer ausfällt. Die Studie stellt jedoch auch fest, dass 25% der Auszubildenden regelmäßig über einen Ausbildungsabbruch nachdenken (vgl. ebd.: 255).

Olden et al. schlussfolgern, dass die Gesamtbewertung der generalistischen Pflegeausbildung zwar positiv ausfällt, dass sich jedoch auch Handlungsbedarfe zeigen.

Diese sehen sie insbesondere darin, die Auszubildenden zu motivieren, in der direkten Patientenversorgung tätig zu werden und die Zufriedenheit der Auszubildenden durch eine Verbesserung der Ausbildungsbedingungen zu unterstützen. Dies könnte durch gezielte, individuell abgestimmte Unterstützungsangebote, durch eine optimale Verzahnung von Theorie und Praxis sowie eine Stärkung von Quantität und Qualität der Praxisanleitung erfolgen (vgl. ebd.: 255 f.).

2.3 Zusammenfassung generalistische Pflegeausbildung

Die ersten Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner haben im Frühjahr 2023 ihr Examen absolviert. Sie haben eine Ausbildung durchlaufen, die das Ziel verfolgt, sie dazu zu befähigen, Menschen aller Altersstufen in den verschiedenen Settings von Pflege selbständig, umfassend und prozessorientiert zu versorgen. Im Vordergrund stehen hierbei die vorbehaltenen Tätigkeiten, die nur von Pflegefachpersonen durchgeführt werden dürfen und die die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege beinhalten. Um dieses Ziel zu erreichen, erfolgt die Ausbildung im Wechselspiel zwischen theoretischem und praktischem Unterricht mit praktischen Einsätzen. Dabei lernen die Auszubildenden die verschiedenen Settings der Pflege kennen und sollen in ihren praktischen Einsätzen 10% der Einsatzzeit als geplante und strukturierte Praxisanleitung erfahren. Eine erste Studie zum Ausbildungserleben während der generalistischen Pflegeausbildung zeigt, dass der überwiegende Teil der Auszubildenden eine positive Rückmeldung gibt. Es zeigt sich allerdings auch, dass Verbesserungswünsche hinsichtlich der Verzahnung von Theorie und Praxis sowie der Quantität und Qualität von Praxisanleitung bestehen.

Von berufspolitischer Seite aus betrachtet, steht die generalistische Pflegeausbildung in der Kritik. Insbesondere gibt es Stimmen aus dem Bereich der Kinderkrankenpflege, die die qualifizierte Versorgung der Kinder und Jugendlichen gefährdet sehen (vgl. Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. 2023: o.S.; Rohde 2023: 1; BeKD e.V. 2022: 5). Auch ein Rückgang der Ausbildungszahlen wird von einigen Vertretern der Pflege auf die Einführung der Generalistik zurückgeführt (vgl. Meurer, zitiert nach Millich 2023: o.S.; Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V.: o.S.). Die Auszubildenden und auch die Berufseinsteiger*innen werden in der

Praxis unter anderem mit diesen Einstellungen zur generalistischen Pflegeausbildung konfrontiert.

Nachdem in diesem Kapitel die generalistische Pflegeausbildung im Vordergrund stand, thematisiert das folgende Kapitel die Zeit nach der Ausbildung, den Übergang in den Pflegeberuf.

3. Bestehende Befunde zum Berufseinstieg professionell Pfle- gender

Der Berufseinstieg in der Pflege bildet eine besonders sensible Phase im Leben oft junger Menschen. Sie gehen über von der Rolle der/ des Auszubildenden in eine neue Rolle als examinierte Pflegefachfrau oder examinierter Pflegefachmann. An diesen Moment richten sich viele Erwartungen. Es beginnt eine neue Phase der professionellen Sozialisation. Begleitet wird der Übergang in die Berufstätigkeit mit der Übernahme vielfältiger, unbekannter Aufgaben und der Konfrontation mit einer neuen Verantwortung. Duchscher (2008; 2023) spricht in diesem Zusammenhang von einer Transition. Diese Transition verläuft in verschiedenen Phasen und ist gekennzeichnet durch zahlreiche Anforderungen. In der Literatur wird die Dauer der Übergangsphase unterschiedlich beschrieben. Einige Autoren gehen von ca. zwölf Monaten aus (vgl. Duchscher 2023: 18; Duchscher 2008: 443; Müller 2023a: 7). Sorber/ Knecht (2023a: 127) sprechen von mehreren Monaten bis zu zwei Jahren. Die vorliegende Arbeit orientiert sich an einer Dauer der Berufseinmündung von ca. zwölf Monaten.

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels wird das Vorgehen bei der Literaturrecherche zum Thema des Berufseinstiegs in der Pflege dargelegt. Im weiteren Verlauf werden relevante Studien und Theorien zum Thema vorgestellt. Die Erkenntnisse dienen dem Entwurf eines Kategoriensystems zur späteren Datenanalyse und der Konzeption eines Interviewleitfadens. Eine Zusammenfassung der Erkenntnisse und die Erläuterung der aufgeworfenen Forschungsfrage bilden den Abschluss des Theoretisch - Strukturellen Rahmens.

3.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche zum Thema Berufseinstieg in der Pflege erfolgte zunächst orientierend über Google Scholar. Dazu wurde mit den Begriffen „Berufseinstieg“, „Berufseinmündung“ und „Transition“ im Zusammenhang mit dem Begriff „Pflege“ gesucht. Auch auf dem Suchportal Livivo der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) und in den Bibliothekskatalogen der katholischen Hochschule NRW, dem Karlsruher virtuellen Katalog und auf den Seiten der Universitäts- und Landesbibliothek Bonn wurde mit den oben genannten Begriffen nach

deutschsprachiger Literatur gesucht. Bei dieser Recherche konnten einige Artikel gefunden werden. Über die Schneeballsuche wurde weitere relevante Literatur identifiziert. Hervorzuheben ist die Studie zur Berufseinmündung und zum Berufsverbleib in der Pflege in NRW vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP), die die Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege erforscht. Da die Studie 2022 endete, sind hier die Absolvent*innen der „alten“ Ausbildungen in der Pflege erfasst. In Kapitel 3.2 werden Ergebnisse der Studie, die für diese Arbeit relevant sind, vorgestellt.

Zusätzlich waren insbesondere die Ausarbeitungen von Sorber (2013), Sorber/Knecht (2023a; 2023b) und Müller (2020; 2023a; 2023b) wegweisend. Sie beziehen sich auf die Forschungen von Duchscher (2008; 2012) mit Pflegestudierenden in Kanada. Auf Basis ihrer Untersuchungen entwickelte sie ihr Modell der Transition, das verschiedene Herausforderungen und Phasen während des Berufseinstiegs professionell Pflegenden beschreibt. Duchschers Arbeiten werden in Kapitel 3.5 thematisiert. In der vorliegenden Thesis dienen unter anderem Duchschers Ergebnisse als Grundlage zur Entwicklung eines Kategoriensystems zur Datenanalyse und der Konstruktion des Interviewleitfadens.

Die Suche nach internationalen Studien erfolgte über die Datenbanken Pubmed und Cinahl mit den Begriffen „Novice“, „Young Professionals“, „New Graduates“ und „Beginners“ in Verbindung mit der Trunkierung „Nurs*““. Da die aktuelle Literatur von Interesse ist, wurde die Suche auf die letzten fünf Jahre eingegrenzt. Es wurden viele Studien gefunden, von denen bereits ein großer Teil durch Sichtung des Titels ausgeschlossen werden konnte. Zweiundzwanzig verfügbare Studien wurden per Volltext gesichtet, woraufhin erneut 17 Studien ausgeschlossen werden konnten, da sie sich nicht vorrangig mit dem Erleben des Berufseinstiegs, bzw. mit Herausforderungen und Chancen während dieser Phase beschäftigen, sondern die Evaluation von Berufseinstiegsprogrammen fokussieren. Die Ergebnisse der fünf eingeschlossenen Studien werden in Kapitel 3.6 näher beschrieben. Auch diese Ergebnisse fließen in die Entwicklung des Kategoriensystems und des Interviewleitfadens mit ein.

3.2 Studie zur Berufseinmündung und zum Berufsverbleib in der Pflege in NRW

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) erfasste von November 2020 bis Mai 2022 in einer Studie, die sich sowohl an erfahrene beruflich Pflegende als auch an Absolvent*innen der Ausbildungen zur Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerin/ zum Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger und zur Altenpflegerin/ zum Altenpfleger richtete, die Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege. Es folgt die Darstellung einiger für diese Arbeit relevanten Ergebnisse der Studie.

Als ein zentrales Ergebnis kann festgehalten werden, dass 86,8% der Absolvent*innen der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege unmittelbar nach der Ausbildung eine Tätigkeit in der Pflege aufnimmt. Auch im Bereich der Altenpflege liegt die Anzahl ein Jahr nach Beendigung der Ausbildung bei 82,9%. Hinweise auf einen „Pflexit“ können in der Studie nicht festgestellt werden. Als Motive für die Wahl des Pflegeberufs konnten sowohl der Wunsch, in einem sozialen Beruf mit Kontakt zu Menschen tätig zu werden, bereits gemachte Erfahrungen durch Praktika, als auch die Aussicht auf einen sicheren Beruf herausgestellt werden. Feste Stellenzusagen erhalten ca. 65% der Auszubildenden bereits vor Beendigung der Ausbildung. Ca. 58% der Absolvent*innen wird eine Übernahme durch den Träger der praktischen Ausbildung angeboten. Dabei präferieren ca. 76% der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*innen eine Tätigkeit im Akutkrankenhaus. 75% der Berufsanfänger*innen möchten eine Vollzeitbeschäftigung aufnehmen, wobei sie angeben, möglichst nah am Wohnort, in einem Radius von durchschnittlich 20 km, arbeiten zu wollen. Die Absolvent*innen, die nicht im Pflegeberuf tätig werden möchten, begründen ihre Entscheidung hauptsächlich mit dem Wunsch nach der Aufnahme eines Studiums, einer beruflichen Umorientierung oder der Angabe, dass sie durch die berufliche Belastung überfordert sind (vgl. Isfort/ Gessenich/ Tucman 2022: 1 f.).

Darüber hinaus konnte festgestellt werden, dass die Hälfte der Beschäftigten im Bereich der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflege bereits seit über 18 Jahren in der Pflege arbeitet. Im Setting der Altenpflege arbeiten über 50% der Beschäftigten bereits seit über 13 Jahren. Ein Jahr nach Ausbildungsende sind ca. 90% der

Absolvent*innen in einem Beschäftigungsverhältnis, wobei ca. 96% davon im Pflegeberuf arbeiten. In der Altenpflege stellt sich die Situation ähnlich dar, ca. 83% der Absolvent*innen sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt und 92% davon in der Pflege tätig. Mit über 50% bleiben die meisten Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpfleger*innen nach Abschluss ihrer Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung und auch nach 5 Jahren liegt die Zahl bei ca. 48%, so dass von einer starken Verbundenheit zum Ausbildungsbetrieb gesprochen werden kann. Diese Zahlen fallen im Bereich der Altenpflege allerdings deutlich geringer aus (vgl. ebd.: 3 f.).

Wird die Zufriedenheit betrachtet, so wird deutlich, dass ein Großteil der Absolvent*innen ihre Berufsausbildung als positiv bewerten, dabei geben ca. 67% an, dass sie sich erneut für den Pflegeberuf entscheiden würden. Bei Pflegenden, die schon länger im Beruf sind, stellt sich die Situation weniger positiv dar, hier geben nur ca. 49% der Befragten an, zufrieden mit dem Beruf zu sein (vgl. ebd.: 4 f.).

Als wichtige Aspekte, die die Zufriedenheit der Absolvent*innen mit ihrer Berufsausbildung beeinflusst haben, können eine gelungene Vorbereitung durch die theoretische und praktische Ausbildung sowie eine gute Unterstützung durch die Lehrenden benannt werden. Auch im Bereich der Praxisanleitung ist der Großteil der Befragten zufrieden. Relevant ist hier nochmals der Hinweis, dass es sich bei den Befragten um Absolvent*innen der „alten“ Ausbildung handelt. Zu beachten ist, dass in der generalistischen Pflegeausbildung neue Vorgaben bezüglich der Praxisanleitung in den praktischen Einsätzen bestehen (vgl. Kapitel 2.1). Als positiv wird bewertet, dass in der Ausbildung durch die verschiedenen Praxiseinsätze die Vielschichtigkeit der Arbeitsmöglichkeiten aufgezeigt werden konnte (vgl. ebd.: 82 f.).

Als bedeutend für die Wahl der Arbeitsstelle stellt die Studie heraus, dass es den Absolvent*innen wichtig ist, dass sie gut eingearbeitet werden. Auch die Entlohnung sowie ein breites Angebot an Möglichkeiten zur Fort- und Weiterbildung erscheinen bedeutsam. Die Zusammenarbeit im Team sowie die Möglichkeit, Neues lernen zu können, empfinden die Berufsanfänger*innen ebenfalls als relevant für ihre Entscheidung, welche Stelle sie annehmen (vgl. ebd.: 71 f.).

Bei den erfahrenen beruflich Pflegenden wurden als Aspekte der Arbeitsplatzzufriedenheit vor allem ein ausreichender Personalschlüssel, die Zusicherung von freien Tagen und die Zusammenarbeit im Team identifiziert. Auch hier erscheinen eine optimale Einarbeitung sowie die Arbeitsplatzsicherheit als relevant (vgl. ebd.: 97 f.).

Generell kann bei der Betrachtung der Zufriedenheit herausgestellt werden, dass zwar über die Hälfte der Pflegenden mit dem Pflegeberuf an sich zufrieden sind, bezogen auf die Bewertung der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und der Entlohnung steigt jedoch die Anzahl der Befragten, die unzufrieden sind. Weiterhin ist zu beobachten, dass eine sinkende Motivation sowie eine sinkende Wertschätzung durch Arbeitgeber*innen im Verlauf der Berufsjahre auftritt (vgl. ebd.: 100f.).

3.3 Unterstützungsmöglichkeiten für den Berufseinstieg aus Sicht von Mentor*innen

In einer Studie mit neun Mentor*innen in der Pflege ermittelten Sorber/ Knecht (2023) Möglichkeiten der Unterstützung des Berufseinstiegs von neu examinierten Pflegenden. Hier zeigt sich, dass die Mentor*innen längerfristige Angebote, die als kontinuierlicher Prozess gedacht werden, favorisieren. Sie stellen sich Einarbeitungs- und Begleitungskonzepte vor, die eine Dauer von sechs Monaten bis zu zwei Jahren umfassen (vgl. Sorber/ Knecht 2023b: 132). Sorber/ Knecht entwickelten hieraus einen Vorschlag für einen dauerhaften, sequenziellen Prozess der Einarbeitung, der sich in verschiedene Phasen gliedert (vgl. ebd.: 132). Als essentiell stellen sie dar, dass die Begleitung kontinuierlich durch fest zugewiesene Mentor*innen erfolgt und sich an den individuellen Bedürfnissen der neu examinierten Pflegefachpersonen ausrichtet. Dies ist z.B. durch regelmäßige Reflexions- und Feedbackgespräche zu realisieren (vgl. ebd.: 132). Die befragten Mentor*innen identifizieren den Interventionsbedarf bereits vor der Einstellung, um durch Hospitationen und Gespräche einen passenden Arbeitsbereich für die Absolvent*innen zu finden. In der ersten Phase der Einarbeitung sehen sie das Ziel der Begleitung darin, dass die neuen Kolleg*innen in ihrem Arbeitsbereich ankommen, sich wohl fühlen und sich mit der neuen Tätigkeit vertraut machen. In dieser Phase können Einführungstage mit Schulungen und Unterweisungen, aber auch der Austausch untereinander hilfreich sein (vgl. ebd.: 133). In den anschließenden Wochen benötigen die

Berufseinsteiger*innen eine Begleitung durch Mentor*innen, die ihnen eine Orientierung im Arbeitsbereich ermöglichen. Auch hier ist es bedeutsam, durch Gespräche im Austausch zu bleiben und Wünsche und Bedürfnisse der Anfänger*innen zu beachten. Zunehmend können sie im Verlauf eigene Verantwortungsbereiche übernehmen und selbständiger agieren (vgl. ebd.: 133). Um die neu examinierten Pflegenden im Beruf zu halten, sollten zum Ende des Prozesses Entwicklungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Hier sind Fort- und Weiterbildungen gemeint, die die Interessen der Berufseinsteiger*innen berücksichtigen und ihnen eine langfristige Perspektive in der Pflege aufzeigen.

Sorber/ Knecht konstituieren, dass die Begleitung des Berufseinstiegs und die Entwicklung von Berufseinstiegsprogrammen nicht nur für den Beginn der Berufstätigkeit von Bedeutung sind, sondern auch dazu beitragen können, Pflegefachpersonen langfristig im Beruf zu halten (vgl. ebd.: 134).

Nach diesem Blick auf einige relevante Erkenntnisse aus dem deutschsprachigen Raum befasst sich der nächste Abschnitt mit zwei wichtigen Modellen zum Berufseinstieg in der Pflege. Das bekannte und viel zitierte Modell der stufenweisen Entwicklung von Pflegekompetenz nach Benner soll hier nicht unbeachtet bleiben. Es erfolgt eine Einordnung der Phase des Berufseinstiegs in dieses Modell. Auch das Modell der Transition nach Duchscher liefert bedeutende Erkenntnisse und wird im Anschluss vorgestellt.

3.4 Stufen zur Pflegekompetenz nach Benner

Benner (2012: 57 f.) sieht die Entwicklung zur professionellen Pflegefachperson auf der Grundlage des Dreyfus-Modell des Kompetenzerwerbs (1982) als einen stufenweisen Aufbau von angewandtem pflegerischem Können in realen Pflegesituationen. Dabei beschreibt sie fünf Stufen: Anfänger*in bis Pflegeexpert*in. Anfänger*innen verfügen über keinerlei situative Erfahrung und richten ihr Handeln an Regeln aus. Dabei sind sie typischerweise eingeschränkt und unflexibel und können nicht abwägen, welche Aufgaben die dringlichsten sind. Auszubildende befinden sich zu Beginn ihrer Tätigkeit in diesem Stadium, aber auch erfahrenere Pflegefachpersonen, die in ein neues Fachgebiet wechseln, können erneut diese Stufe durchlaufen. Es fehlt an situativer Erfahrung, die zu kontextabhängigem Beurteilen

und Handeln befähigt (vgl. ebd.: 63). Auf der Stufe der fortgeschrittenen Anfänger*innen haben die Pflegenden bereits einige Erfahrungen in realen Situationen sammeln können, so dass sie wiederkehrende, bedeutungsvolle, situative Bestandteile identifizieren können. Trotzdem ist es ihnen nur möglich, einen kleinen Teil der Situation zu erfassen. Sie agieren weiterhin stark regelgeleitet und das Setzen von Prioritäten fällt ihnen noch schwer (vgl. ebd.: 64 f.). In diesem Stadium befinden sich Berufseinsteiger*innen. Benner sieht es als essentiell, den frisch examinierten Pflegenden, Pflegeexpert*innen zur Einarbeitung zur Seite zu stellen. Sie stellt heraus, dass Berufsanfänger*innen Erfahrungen in realen Situationen machen müssen, um auch in unbekanntem Situationen, die von dem abweichen, was auf der Grundlage bekannter Theorien, Grundsätze und Modelle zu erwarten ist, handlungsfähig zu sein (vgl. ebd.: 210). So erklärt sich auch das Phänomen des „Praxisschocks“: „[...] nämlich als den unangenehmen Vorgang des Sammelns von Erfahrungen, die nicht durch formale Modelle oder Theorien über Situationen vermittelt werden können“ (ebd.: 216). Die dritte Stufe als kompetent Pflegend*r wird nach zwei bis drei Jahren im Berufsfeld erreicht. Die Pflegefachpersonen sind nun in der Lage, Situationen bewusst und analytisch zu betrachten, Prioritäten zu setzen und kompetent und planvoll zu meistern. Sie erlangen das Gefühl, den Anforderungen gewachsen zu sein und arbeiten effizient und organisiert (vgl. ebd.: 67). Pflegenden, die sich im Stadium einer/ eines erfahrenen Pflegenden, der vierten Stufe, befinden, erfassen Situationen als Ganzes und nicht in den einzelnen Aspekten. Abweichungen von der Norm werden so leichter erkannt. Die Sichtweise wird vielschichtiger. Das Handeln richtet sich an Maximen aus, Entscheidungen können durch die ganzheitliche Betrachtung schneller getroffen werden. Diese Stufe wird meist von Pflegenden erreicht, die ca. drei bis vier Jahre im gleichen Bereich tätig sind (vgl. ebd.: 68 f.). Den größten Erfahrungsschatz haben die Pflegeexpert*innen inne. Sie erfassen Situationen intuitiv und handeln auf der Grundlage eines umfassenden Verständnisses der Situation. Sie stoßen sofort zum Kern eines Problems vor und können dabei oft nicht in Worte fassen, wie sie zu ihrer Einschätzung gelangt sind (vgl. ebd.: 71 f.).

Erfahrung entsteht laut Benner durch das Durchleben vieler verschiedener realer Praxissituationen und führt zu einer verfeinerten Sichtweise (vgl. ebd.: 75). Das zu Grunde liegende Modell macht deutlich, dass sich die Fähigkeiten von Pflegenden

mit zunehmender Erfahrung qualitativ verändern, ausgelöst durch das Lossagen von regelgeleitetem Handeln (vgl. ebd.: 76 f.).

Wird vor diesem Hintergrund der Berufseinstieg professionell Pflegender betrachtet, so kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere die fehlende Erfahrung mit Praxissituationen die Berufsanfänger*innen vor Herausforderungen stellt. Das Wissen über Modelle und Theorien unterstützt sie im Stadium der fortgeschrittenen Anfängerin/ des fortgeschrittenen Anfängers im regelgeleiteten Handeln. Nur das Durchleben weiterer Praxissituationen hilft ihnen dabei, die Situationen ganzheitlicher zu erfassen und Prioritäten zu setzen. Unterstützung können die Berufseinsteiger*innen erfahren, wenn ihnen Pflegende zur Seite gestellt werden, die auf einer höheren Stufe agieren. Zu beachten ist hier jedoch, dass es insbesondere mit Pflegeexpert*innen zu Kommunikationsschwierigkeiten kommen kann, da es diesen oft nicht möglich ist, zu kommunizieren, wie sie zu ihrer Einschätzung gelangt sind.

Mit dem von Benner benannten Praxisschock hat sich auch Duchscher in ihren Untersuchungen auseinandergesetzt. Sie führte über viele Jahre Forschungen zum Erleben des Berufseinstiegs von Pflegestudierenden in Kanada durch und ermöglicht in ihren Arbeiten einen umfangreichen Einblick in ihre Erkenntnisse. Auf dieser Grundlage entwickelte sie die Theorie des Transitionsschocks und ein Modell der Transitionsstadien. Im folgenden Abschnitt werden Duchschers Befunde zum Erleben der Berufseinmündung in der Pflege vorgestellt.

3.5 Der Schock der Transition nach Duchscher

Duchscher (2008: 442) beschreibt den Berufseinstieg in der Pflege als einen nicht linearen Prozess, der entwicklungsbedingte und berufliche, intellektuelle und emotionale, fachspezifische und rollenbezogene Veränderungen beinhaltet. In mehreren Studien untersuchte sie den Berufseinstieg von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden in Kanada. In ihren Untersuchungen stützt sich Duchscher auf die Ausarbeitungen zum Realitätsschock nach Kramer (1974). Dieser Realitätsschock ist Folge des Konflikts, der auftritt, wenn die Berufsanfänger*innen mit den in der Ausbildung bzw. im Studium erworbenen Vorstellungen und Erwartungen auf die realen Arbeitssituationen treffen. Es kommt zu einer Diskrepanz zwischen dem, was die neu ausgebildeten Pflegefachpersonen erwarten und dem, was sie auf den

Stationen im Pflegealltag erleben. Dieses Phänomen führt zu stressbedingten, emotionalen Reaktionen, Identitätskonflikten und zu Schwierigkeiten in der Rollenfindung (zitiert nach Duchscher 2009: 1104). Duchscher (2023: 60) bezeichnet den Übergang in den Beruf als Transition, einen „process of becoming“ (Duchscher 2008: 444), eine Phase, die zwölf Monate andauert und in deren Verlauf sich die Berufsanfänger*innen zu professionell praktizierenden Pflegefachpersonen entwickeln. Es handelt sich dabei um eine individuelle Entwicklung, die unterschiedlich empfunden wird, aber gewisse Parallelen aufweist. Diese Transition gliedert sich in drei Phasen: „Doing“ (Handeln), „Being“ (Sein), „Knowing“ (Wissen) (vgl. Duchscher 2008: 443).

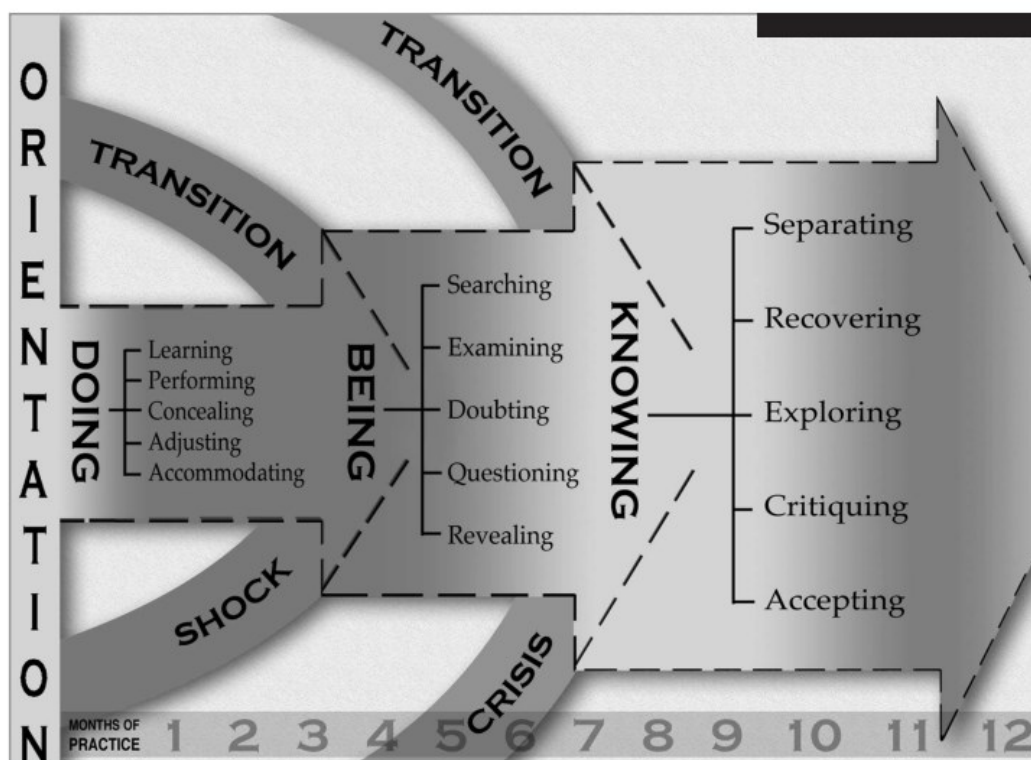


Abbildung 3: Die Phasen des Übergangs (Duchscher 2008: 443)

Die Phase „Doing“, die die ersten drei bis vier Monate des Übergangs ausmacht, ist geprägt durch die Rollenanpassung, neue Verantwortlichkeiten, die Akzeptanz des „Theorie - Praxis Konflikts“ und die Integration in das Team. Sie wird als sehr intensiv empfunden, begleitet von einer Bandbreite und einem Wechselbad an Gefühlen. Die Folgen der enormen Anforderungen, die an die Berufseinsteiger*innen gestellt werden, zeigen sich durch Stress, Leistungsangst und Selbstzweifel (vgl. Duchscher 2023: 66). Innerhalb dieser ersten Phase kommt es durch den Rollen-

wechsel von der Auszubildendenrolle zur examinierten Pflegefachperson zum sogenannten “transition shock” (Duchscher 2009: 1105). Dieser Transitionsschock stellt eine dramatische Phase im Berufseinstieg dar und ist gekennzeichnet durch Anpassungsleistungen in Bezug auf emotionale, sozio - entwicklungsorientierte, intellektuelle und körperliche Aspekte. Dies führt laut Duchscher/ Windey (2018: 229) zu Desorientierung, Verwirrung, Erschöpfung und Isolation.



Abbildung 4: Kategorien der Transition von Berufsanfänger*innen. (Duchscher 2009: 1106)

Die Rollentransition wird durch die folgenden vier Kategorien beeinflusst:

- „Rollen“
- „Beziehungen“
- „Verantwortung“
- „Wissen“ (vgl. Duchscher 2023: 44-52)

In diesen Bereichen kommt es zum Verlust von Stabilität, Vorhersagbarkeit, Vertrautheit und Beständigkeit.

In der Kategorie „Rollen“ sind die Berufseinsteiger*innen mit Situationen konfrontiert, die sie eventuell bereits aus ihrer Ausbildung kennen, die sich jedoch auf Grund der neuen Rolle als examinierte Pflegefachperson anders anfühlen. Durch die zunehmende Verantwortung, die ihnen übertragen wird, verändert sich die Wahrnehmung und die Interpretation. Das kann bei den Anfänger*innen zu Überforderung führen. Der Rollenkonflikt beschränkt sich nicht ausschließlich auf den beruflichen Bereich, sondern kann auch durch Erwartungen im privaten Umfeld beeinflusst werden (vgl. ebd.: 44-48).

Werden die Veränderungen im Bereich „Beziehungen“ betrachtet, so ist davon auszugehen, dass die Berufseinsteiger*innen mit verschiedenen neuen, unbekanntenen Personen konfrontiert werden und zusammenarbeiten müssen. Dies gilt sowohl für die intraprofessionelle als auch die interprofessionelle Zusammenarbeit. Zusätzlich haben die frisch examinierten Pflegefachpersonen das Bedürfnis nach einem Zugehörigkeitsgefühl, das mit einer Sozialisation einhergeht (vgl. ebd.: 50 f.).

Eine bedeutende Veränderung betrifft das Gefühl der „Verantwortlichkeit“. Die Berufsanfänger*innen sind häufig verunsichert und überfordert, wenn ihnen bewusst wird, dass sie nun alleine für ihre Entscheidungen und Einschätzungen verantwortlich sind, die einen Einfluss auf das Leben anderer Menschen haben. Der Aspekt der Verantwortungsübernahme bezieht sich zusätzlich zum beruflichen Bereich auch auf den privaten Kontext. Hier kann es durch Veränderungen der persönlichen Situation dazu kommen, dass die Pflegefachpersonen darüber hinaus unter Druck geraten (vgl. ebd.: 48 f.).

Häufig kann das in der Ausbildung oder im Studium erlangte „Wissen“ aufgrund des Gefühls der Überforderung nicht ausreichend angewendet werden. Es ist vorhanden, tritt jedoch zu Gunsten der Veränderungsprozesse in den Hintergrund. Zudem benötigt die Bewältigung komplexer Pflegesituationen neues Wissen und Erfahrung (vgl. ebd.: 51 f.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der Transitionsschock sowohl auf intellektuelle, kulturelle, soziale, physische, emotionale als auch spirituelle Aspekte bezieht (vgl. ebd.: 53 f.).

Die nächsten vier bis fünf Monate, die Phase „Being“, zeichnet sich durch eine konsequente und schnelle Weiterentwicklung des Denkens, des Wissensstandes und der Fähigkeiten der Berufseinsteiger*innen aus. In diesem Stadium werden die Vorstellungen, die sie bisher von Pflege hatten, in Frage gestellt. Widersprüche und Ungereimtheiten im Gesundheitssystem werden wahrgenommen (vgl. Duchscher, 2008: 445 f.). Duchscher/ Widney (2018: 230 f.) beschreiben diese zweite Phase als einen „Kampf“, der mit Gefühlen von Inkompetenz, Erschöpfung, Enttäuschung und Frustration einhergeht und zu einem schützenden Rückzug führen kann, um die Kontrolle über das eigene Leben wieder zu erlangen. Die Berufseinsteiger*innen beschäftigen sich wieder zunehmend mit ihren persönlichen Zielen, die durch die vornehmliche Auseinandersetzung mit beruflichen Aspekten eventuell in den Hintergrund getreten sind.

Im letzten Stadium, dem „Knowing“ gelingt es den Beginner*innen besser zu verstehen, was Pflege ist und ihre Position innerhalb der Disziplin zu bestimmen. Der Stress, den sie zu Beginn dieser Phase erleben, resultiert nicht mehr aus dem Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, sondern zunehmend aus einem Gefühl der Frustration im Umgang mit systemischen Zwängen und Vorgaben. Unterstützung suchen die Einsteiger*innen nun nicht mehr nur in Personen aus dem Freundes- und Familienkreis, sondern zunehmend auch bei Kolleg*innen. Sie entwickeln eine neue Identität und erlangen vermehrt Sicherheit auch in der Konfrontation mit komplexen Pflegesituationen (vgl. Duchscher 2023: 108 f.).

Als Faktoren, die sich positiv auf den Verlauf der Transition auswirken, benennen Duchscher/ Windey (2018: 231):

- „Stabile und unterstützende Beziehungen im beruflichen und privaten Bereich“
- „Zuweisung von Aufgaben und Rollen, die dem Entwicklungsstand der Berufseinsteiger*innen entsprechen“
- „Konsequente Unterstützung sowie ein konstruktives Feedback“
- „Transparenz in Bezug auf die Erwartungen und Fähigkeiten“
- „Möglichkeiten der Einforderung von Unterstützung und Zusammenarbeit mit erfahrenen Kolleg*innen“

- „Möglichkeiten, sich erfolgreich im Umgang mit immer komplexer werdenden Pflegesituationen zu beweisen“
- „Positive Bestärkung in ihren Fortschritten“
- „Möglichkeiten, sich in berufspolitischer Hinsicht einzubringen“.

Ergänzend zu diesen umfassenden Untersuchungen von Duchscher werden im nächsten Abschnitt weitere internationale Befunde zum Berufseinstieg von professionell Pflegenden herausgestellt.

3.6 Internationale Befunde zum Berufseinstieg in der Pflege

Im internationalen Raum existieren zahlreiche Studien zur Bewertung und Evaluation von Programmen zur Begleitung der Berufseinmündung von professionell Pflegenden. Die Studienlage zum Erleben des Berufseinstiegs ist jedoch begrenzt. Die vorhandenen Studien thematisieren den Übergang von Pflegestudierenden in die praktische Tätigkeit.

Aldosari et al. (2020) untersuchten in einem Scoping Review unter anderem die Frage, wie die neu ausgebildeten Pflegefachpersonen ihren Berufseinstieg erleben. Dabei kommen sie zu dem Ergebnis, dass nur wenige Studien existieren, die die Erfahrungen der Berufseinsteiger*innen untersuchen und in diesem Bereich ein weiterführender Forschungsbedarf besteht. Die vorhandenen Arbeiten zeigen jedoch, dass sich der Übergang von der Ausbildung in den Beruf komplex und vielschichtig darstellt und eine erfolgreiche Bewältigung häufig Schwierigkeiten bereitet (vgl. Aldosari et al. 2020: 1). Aldosari et al. beziehen sich in ihrer Studie auch auf die Arbeiten zum Realitätsschock nach Kramer (1974) und auf den Übergangsschock nach Duchscher (2008; 2012). Die herausgestellten Ergebnisse unterstützen die beiden Theorien. So besteht häufig eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Berufseinsteiger*innen und der vorgefundenen Realität. Auch die Verantwortlichkeiten in der neuen Rolle führen zu Überforderung. Als weitere belastende Faktoren benennen die Autor*innen das hohe Arbeitsaufkommen, eine unangemessene Orientierung und ein unfreundliches Arbeitsumfeld. Schlechte Erfahrungen beim Übergang tragen dazu bei, das Selbstbewusstsein der Berufsanfänger*innen zu senken (vgl. ebd.: 10).

In einer Studie von Hepsi Bai et al. (2021: 59), die den Berufseinstieg von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden untersucht, werden ebenfalls Herausforderungen mit der Verantwortungsübernahme beschrieben, die sich beispielsweise durch Schwierigkeiten im selbständigen Arbeiten zeigen. Zusätzlich werden mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, eine hohe Arbeitsbelastung und Orientierungsprobleme als belastende Faktoren während des Berufseinstiegs identifiziert.

Ulupinar/ Aydogan (2020: 1833) führten eine Studie zur Zufriedenheit und zum Anpassungsprozess von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen während des Berufseinstiegs durch. Sie stellen eine hohe Arbeitsbelastung, mangelnde Erfahrungen, Schwierigkeiten in der Kommunikation und unzureichende berufliche Fähigkeiten als Herausforderungen während der Berufseinmündung dar.

Das Gefühl mangelnder Kompetenz identifizieren auch Kaldal et al. (2022: 2063) in ihrem Review, das die Erfahrungen von Pflegefachpersonen in der direkten Pflege im Krankenhaus untersucht. Darunter verstehen sie Probleme in der Kommunikation sowohl mit den zu pflegenden Menschen als auch innerhalb des Teams, fehlende Sicherheit im selbständigen Arbeiten und dem Treffen von Entscheidungen sowie die Überforderung mit der zunehmenden Komplexität in der pflegerischen Versorgung. Als weitere Herausforderung während der Berufseinmündung wird ein Gefühl der emotionalen Bedrängnis beschrieben, das sich in einer Unsicherheit in der Versorgung zu pflegender Menschen, dem mangelnden Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und dem Gefühl einer unzureichenden Vorbereitung auf reale Pflegesituationen widerspiegelt. Ein mangelndes Selbstvertrauen in Bezug auf die zu übernehmende Verantwortung in ihrer neuen Rolle als professionelle Pflegefachpersonen trägt ebenfalls zu diesem Gefühl bei (vgl. ebd.: 2064). Als wesentliche Unterstützungsbedarfe im Rahmen der Berufseinmündung stellen Kaldal et al. kollegiale Unterstützung und die Zusammenarbeit im Team sowie hilfreiche organisationale Bedingungen heraus (vgl. ebd.: 2064 f.).

Hawkins et al. (2018: 1) geben in ihrer Übersichtsarbeit eine Zusammenfassung der Literatur zum Erleben der Berufseinmündung von professionell Pflegenden. Sie beschreiben die Erfahrungen der Berufsanfänger*innen als komplex und mehrdimensional und identifizieren unterschiedliche Themen sowie den persönlichen, den beruflichen und den organisatorischen Bereich als herausfordernd. Ein Aspekt des

Übergangs ist die Angst, die die Pflegefachpersonen beim Übergang in den Beruf empfinden. Angst davor, Erwartungen nicht erfüllen zu können, Fehler zu machen und den zu pflegenden Menschen zu schaden. Gepaart ist dieses Gefühl aber auch mit Freude und Arbeitszufriedenheit in der Versorgung der Pflegeempfänger*innen (vgl. ebd.: 4 f.). Auch diese Autor*innen beschreiben eine Diskrepanz zwischen der Vorstellung von Pflege, die die Berufsanfänger*innen im Verlauf ihrer Ausbildung entwickelt haben und der Realität, auf die sie treffen. Darin spiegeln sich Rollenunklarheiten wider (vgl. ebd.: 9). Des Weiteren werden Schwierigkeiten in der Anpassung an das Pflegeleben beschrieben, die z.B. mit Schlafunregelmäßigkeiten einhergehen. In der Phase der Berufseinmündung spielen unterschiedliche Faktoren eine Rolle. Zu den persönlichen Faktoren zählen Hawkins et al. die Fähigkeit zur Bewältigung des durch den Übergang ausgelösten Stress (vgl. ebd.: 9 f.). Die beruflichen Faktoren erstrecken sich auf die Verantwortungsübernahme in der neuen Rolle als Pflegefachperson, den Unterstützungsbedarf durch das Team und die Organisation sowie auf das mangelnde Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Organisatorische Faktoren zeigen sich im Bedarf der kontinuierlichen Unterstützung sowohl in der Orientierungsphase als auch darüber hinaus (vgl. ebd.: 10).

In einer Studie mit hochschulisch ausgebildeten Berufseinsteiger*innen aus den Vereinigten Staaten identifizieren Toothaker et al. (2022: 12 f.) unter anderem fehlende praktische Fertigkeiten und den Mangel an Wissen als Herausforderung für den Übergang. Die neuen Pflegefachpersonen fühlen sich nicht auf die Anforderungen in der Praxis vorbereitet, was zu Gefühlen wie Stress, Unsicherheit und Angst führt. Die gefühlte Unzulänglichkeit und den Mangel an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten versuchen sie vor dem Team zu verstecken, so dass sie gehemmt sind, Fragen zu stellen. Auch Personalmangel, der Mangel an Versorgungsmaterialien und fehlende Anleitung und Begleitung während der Einarbeitung stellen die Berufsanfänger*innen vor Schwierigkeiten. Toothaker et al. stellen ebenfalls die Diskrepanz zwischen der im Studium herausgebildeten Erwartung und der vorgefundenen Realität als Herausforderung für die neuen Pflegefachpersonen heraus (vgl. ebd.: 15).

In der Synthese kann festgehalten werden, dass sich die vorgestellten internationalen Studien ausnahmslos mit Berufseinsteiger*innen nach einem Pflegestudium beschäftigen. Der Übergang wird als vielschichtig und komplex beschrieben. Als bedeutende Herausforderungen werden die folgenden Aspekte herausgestellt:

- Die Verantwortungsübernahme, die die neue Rolle erfordert (vgl. Aldosari et al. 2020: 10; Hepsi Bai et al. 2021: 59; Kaldal et al. 2022: 2064; Hawkins et al. 2018: 10).
- Die Abweichung von der Vorstellung von Pflege, die sich im Verlauf des Studiums ergeben hat und der vorgefundenen Realität in der Pflegepraxis (vgl. Aldosari et al. 2020: 10; Hawkins et al. 2018: 9; Toothaker et al. 2022: 15).
- Mangelnde Fähigkeiten bzw. das mangelnde Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten (vgl. Ulupinar/Aydogan 2020: 1833; Hepsi Bai et al. 2021: 59; Kaldal et al. 2022: 2064; Hawkins et al. 2018: 10; Toothaker et al. 2022: 12).
- Weitere Faktoren wie eine hohe Arbeitsbelastung, Personalmangel, fehlende Unterstützung durch das Team (vgl. Aldosari et al. 2020: 10; Hepsi Bai et al. 2021: 59; Hawkins et al. 2018: 9; Ulupinar/ Aydogan 2020: 1833; Toothaker et al. 2022: 15).

Zusammenfassung des Theoretisch - Strukturellen Rahmens

Zu Beginn des Theoretisch - Strukturellen Rahmens wurde zunächst auf strukturelle Besonderheiten und gesetzliche Vorgaben der generalistischen Pflegeausbildung geblickt. Hier wird deutlich, dass der Anteil der praktischen Ausbildung einen hohen Stellenwert einnimmt und die Auszubildenden Einblicke in viele Bereiche der Pflege erlangen. Neue Vorgaben zu einem Mindestanteil von 10% zu leistender Praxisanleitung während der praktischen Einsätze sollen eine fundierte praktische Ausbildung gewährleisten (vgl. Kapitel 2.1). Olden et al. (2023) stellen in ihrer Studie zur generalistischen Pflegeausbildung aus Sicht der Auszubildenden fest, dass diese zwar überwiegend positiv wahrgenommen wird, dass die Auszubildenden sich aber eine bessere Verzahnung von Theorie und Praxis sowie mehr und qualitativ hochwertige Praxisanleitung wünschen (vgl. Kapitel 2.2).

Im Anschluss wurden bestehende Befunde zum Berufseinstieg in der Pflege dargestellt. Hier zeigt sich, dass die Befunde im deutschsprachigen Raum begrenzt sind. Eine Studie zur Berufseinmündung und zum Berufsverbleib in der Pflege in NRW vom DIP (2022) wurde mit beruflich Pflegenden, die nach dem „alten“ Gesetz ausgebildet wurden, durchgeführt. Hier wird deutlich, dass ein Großteil der Absolvent*innen nach der Ausbildung eine Beschäftigung in der Pflege aufnimmt. Die meisten arbeiten dabei in der stationären Akutversorgung. Auch nach mehreren Jahren hält es die Beschäftigten im Pflegeberuf. Ihre Berufsausbildung bewertet der überwiegende Teil der Berufseinsteiger*innen als gelungen. Als entscheidend für die Wahl der Arbeitsstelle benennen sie unter anderem eine gute Einarbeitung, ein nettes Team und die Möglichkeit, sich weiter entwickeln zu können (vgl. Kapitel 3.2). Zur Berufseinmündung nach der generalistischen Pflegeausbildung in Deutschland fehlen entsprechende Befunde. Sorber/ Knecht (2023) befragten Mentor*innen zu Unterstützungsmöglichkeiten für den Berufseinstieg frisch examinierter Pfleger und kommen zu dem Ergebnis, dass längerfristige Einarbeitungs- und Begleitungskonzepte notwendig sind, die individuell auf die Berufseinsteiger*innen ausgerichtet werden und beispielsweise über Reflexions- und Feedbackgespräche die jeweiligen Bedürfnisse erfassen (vgl. Kapitel 3.3).

Benner (2012) ordnet die Berufseinsteiger*innen in ihrem Modell der stufenweisen Entwicklung von Pflegekompetenz im Bereich der fortgeschrittenen Anfänger*innen ein und empfiehlt, ihnen erfahrene Pflegefachpersonen zur Unterstützung zur Seite zu stellen. Die Möglichkeit der Weiterentwicklung sieht sie vorrangig durch das Sammeln pflegerischer Erfahrung in unterschiedlichen realen Pflegesituationen (vgl. Kapitel 3.4).

Im internationalen Raum existieren einige Studien, die den Berufseinstieg von hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen untersuchen. Dabei ist insbesondere die Forschung von Duchscher (2008; 2023) zu erwähnen, die über viele Jahre die Berufseinmündung von Absolvent*innen in Kanada untersuchte und ein Modell der Transition entwickelte. Sie stellt in diesem Zusammenhang verschiedene Phasen und Kategorien des Übergangs heraus. Als Bereiche, die den Berufseinstieg in der Pflege in besonderem Maße beeinflussen, benennt sie den Übergang in die neue

Rolle, die Aufnahme neuer Beziehungen, die Konfrontation mit einer neuen Verantwortlichkeit und vorhandenes bzw. erforderliches Wissen (vgl. Kapitel 3.5). Insbesondere im Bereich der Akutversorgung zeigen sich hohe Anforderungen an die neuen Pflegefachpersonen (vgl. Duchscher 2023: 69). Auch in anderen Studien aus dem internationalen Raum finden sich ähnliche Aspekte, die als besonders herausfordernd dargestellt werden. Hier werden die Verantwortungsübernahme, die die neue Rolle erfordert, eine Abweichung von der Vorstellung von Pflege und der vorgefundenen Realität, mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten sowie organisationale und strukturelle Faktoren, identifiziert (vgl. Kapitel 3.6).

Ableitend aus diesen Befunden ergeben sich folgende Aspekte, die für das Erleben des Berufseinstieg besonders bedeutsam erscheinen:

- Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit
Bedingt durch den Übergang von der/ dem Auszubildenden zur examinieren Pflegefachperson kommt es zur Übernahme von Verantwortung. Die Berufseinsteiger*innen müssen selbständig arbeiten und Entscheidungen treffen. Dienste müssen eigenständig geplant und ein Gesamtüberblick erlangt werden.
- Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit)
Die Berufsanfänger*innen starten ihr Arbeitsleben in einem oft noch unbekanntem Team. Sie müssen sich integrieren und mit den Kolleg*innen interagieren. Auch in Bezug auf das interprofessionelle Team erwartet die Berufseinsteiger*innen eine neue Umgebung, andere Berufsgruppen, mit denen eine Zusammenarbeit notwendig ist und Personen, mit denen sie kommunizieren und sich auseinandersetzen müssen.
- Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität
Die Absolvent*innen haben in der Zeit ihrer Ausbildung eine Vorstellung davon erlangt, was Pflege ist und wie sich ihre Zukunft als examinierte Pflegefachperson auf der Station darstellen wird. Nun starten sie ihre Tätigkeit und werden mit der Realität in der Pflegepraxis konfrontiert.

- **Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten**
In ihrer Ausbildung haben die Berufseinsteiger*innen Wissen und Fähigkeiten erworben, die sie jetzt mit in ihre Tätigkeit als Pflegefachfrau/ Pflegefachmann einbringen.
- **Strukturen und Organisation der Einrichtung**
Auch bestehende Strukturen und die Organisation der Einrichtung beeinflussen den Berufseinstieg. Die Absolvent*innen finden Strukturen vor, die sie als herausfordernd oder unterstützend erleben können.

Diese Aspekte dienen im weiteren Verlauf der Arbeit zur Bildung eines Kategoriensystems und werden zur Konstruktion des Interviewleitfadens sowie zur Datenanalyse herangezogen.

Die vorhandenen Studien befassen sich nahezu ausschließlich mit hochschulisch ausgebildeten Pflegenden, entsprechende Befunde zum Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung fehlen. Die dargestellten Erkenntnisse stellen erneut die Relevanz der Forschungsfrage dieser Masterarbeit heraus: „Wie erleben generalistisch ausgebildete Pflegefachpersonen ihren Berufseinstieg in der Akutpflege?“. Im Rahmen dieser Forschung sollen sowohl Herausforderungen als auch Chancen ermittelt werden, die sich den Berufseinsteiger*innen stellen. Dazu wird im empirischen Teil dieser Arbeit zunächst das methodische Vorgehen beschrieben, bevor die Ergebnisse dargestellt und diskutiert werden.

B Empirie

Im empirischen Teil dieser Arbeit wird zunächst die Methodik erläutert und das Forschungsdesign vorgestellt. Im Anschluss erfolgt die Darstellung der Ergebnisse gegliedert in die entwickelten Kategorien. Hier werden jeweils Herausforderungen und Chancen in der jeweiligen Kategorie abgebildet. In der Diskussion werden die ermittelten Ergebnisse in Bezug zum aktuellen Forschungsstand gesetzt, es erfolgt eine methodische Reflexion und Limitationen der Arbeit werden aufgezeigt. Abschließend wird ein Fazit formuliert und ein Ausblick gegeben.

4. Methodik

In diesem Kapitel wird das Forschungsdesign dargelegt. Zunächst werden grundsätzliche Überlegungen zur qualitativen Forschung vorgestellt und die Wahl des Designs zur Erforschung des Erlebens begründet. Der Feldzugang und die Stichprobenwahl werden thematisiert. Zur Beantwortung der Forschungsfrage eignen sich Einzelbefragungen als Erhebungsmethode und die qualitative Inhaltsanalyse zur Datenanalyse. Das Vorgehen bei diesen Methoden wird in den Abschnitten 4.3 und 4.4 beschrieben. Das Kapitel schließt mit Ausführungen zu den Gütekriterien und zu ethischen Aspekten ab.

4.1 Qualitative Forschung zur Untersuchung des Erlebens

Die Untersuchung menschlichen Erlebens steht im Fokus qualitativer Forschung. Van Manen (2017: 812 f.) versteht unter dem Erleben die gelebte Erfahrung mit allen Aspekten des Alltags:

„The German verb *erleben* literally means “living through something”—Lived experience (*Erlebnis*) is an active and passive living through of experience. Lived experience names the ordinary and the extraordinary, the quotidian and the exotic, the routine and the surprising, the dull and the ecstatic moments and aspects of everyday experience as we live through them in our daily human existence.”

Das Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung liegt darin, die subjektive Sichtweise der Betroffenen zu verstehen. Es geht in diesem Zusammenhang explizit um das individuelle Erleben und die jeweilige Lebenssituation. In einem weiteren

Schritt können daraus verallgemeinbare Deutungen und Strukturen erschlossen werden (vgl. Perkhofer et al. 2023: 71). Kergel (2018: 6) konstatiert, dass unter dem Subjekt bzw. dem subjektiven Erleben die Erfahrungsdimension des Individuums zu verstehen ist, in dem der Mensch ein Verhältnis zu sich selbst und der Welt entwickelt und sich als fühlendes Wesen erlebt.

Lamnek/ Krell (2016: 33) beschreiben zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung:

- Offenheit: Die Forschenden sind offen für das Neue und Unerwartete und verwenden offene Methoden zur Datenerhebung (vgl. ebd.: 33).

Der Aspekt der Offenheit wird in der vorliegenden Arbeit durch die Methode des episodischen Interviews nach Flick (1997; 2011) umgesetzt. Da es sich um ein halbstandardisiertes Interview handelt, das unter anderem mit Erzählanstößen arbeitet, bleibt Raum für neue Erkenntnisse.

- Forschung als Kommunikation: Die Interaktion zwischen Forschenden und Teilnehmenden wird als essentieller Bestandteil qualitativer Sozialforschung angesehen. Die Forschenden sind sich dabei bewusst, dass die „Wirklichkeit“ abhängig ist von der jeweiligen Perspektive (vgl. ebd.: 34).

Auch dieser Grundsatz wird mit Hilfe der Interviews erfüllt. In diesem Kontext treten Forscherin und Teilnehmende in die Interaktion.

- Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand:

„Qualitative Sozialforschung betrachtet die Verhaltensweisen und Aussagen der Untersuchten als prozesshafte Ausschnitte der Reproduktion und Konstruktion sozialer Realität. Sie sind keine statischen Repräsentationen eines unveränderlichen Wirkungszusammenhangs.“ (ebd.: 35)

Diese Prozesshaftigkeit zeigt sich beispielsweise in der ständigen Anpassung des Interviewleitfadens und des Kategoriensystems und ist eng verbunden mit den beiden folgenden Aspekten:

- Reflexivität von Gegenstand und Analyse: Eine reflektierte Einstellung der Forschenden ist als Grundvoraussetzungen anzusehen. Auch die reflexive Haltung gegenüber der Forschungs- und Analysemethode ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben (vgl. ebd.: 36).
- Explikation: Die Explikation meint das Offenlegen aller Entscheidungen und Vorgehensweisen im Forschungsprozess, um eine Nachvollziehbarkeit und eine Intersubjektivität der Forschungsergebnisse anzustreben (vgl. ebd.: 36 f.).

In den folgenden Unterkapiteln wird diesen Aspekten Rechnung getragen, indem Entscheidungen zu bestimmten Schritten im Forschungsprozess beschrieben und begründet werden.

- Flexibilität: Um die zuvor genannten Prinzipien umsetzen zu können, ist es notwendig, das gesamte Forschungsvorhaben flexibel zu gestalten und an sich verändernde Bedingungen und Konstellationen anzupassen (vgl. ebd.: 37 f.).

Für die Planung und Strukturierung qualitativer Forschungsvorhaben empfehlen Przyborski/ Wohlrab-Sahr (2019) ein schrittweises Vorgehen, das im Folgenden vorgestellt wird.

Im ersten Schritt wird das Erkenntnisinteresse ausgelotet und eine Fragestellung formuliert. Zunächst besteht das Interesse an einem Phänomen, dessen Bestimmung weiter ausdifferenziert werden muss. Daraus kann eine konkrete Fragestellung entstehen. Diese zielt im Rahmen der qualitativen Forschung darauf ab, einen Sinnzusammenhang zu verstehen. Die Fragestellung dient zunächst der Orientierung, sie muss im Verlauf des Forschungsprozesses immer wieder in der Interaktion mit dem Forschungsfeld überprüft und eventuell angepasst werden (vgl. ebd.: 107-109).

Im Kontext dieser Arbeit liegt das Erkenntnisinteresse am Phänomen des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung. Bei der weiteren Bestimmung hat sich die konkrete Fragestellung nach dem Erleben aus der Sicht der Berufseinsteiger*innen entwickelt. Von besonderem Interesse erscheint die Akutversorgung,

da sich aus der vorhandenen Literatur ergibt, dass sie das größte Feld darstellt und sich hier besondere Herausforderungen stellen.

Der zweite Schritt befasst sich unter anderem mit der methodologischen Positionierung. In diesem Zusammenhang geht es zunächst darum, zu überlegen, mit welchen Verfahren sich die aufgeworfene Fragestellung beantworten lässt. Es stellt sich die Frage, ob es für die Beantwortung qualitativer Methoden bedarf oder ob sich hier auch quantitative Designs, beispielsweise ein Fragebogen, anbieten würden. Auch eine Verknüpfung beider Zugänge ist als "Triangulation" denkbar. Essentiell ist, dass sich die methodischen Überlegungen auf das Erkenntnisinteresse und die Fragestellung beziehen (vgl. ebd.: 110 f.).

In der vorliegenden Thesis enthält die Fragestellung den Aspekt des Erlebens. Hier bedarf es qualitativer Designs, die eine Subjektorientierung und Offenheit beinhalten.

Im dritten Schritt erfolgt die Identifikation des Forschungsfeldes. Wichtig ist es, sich bewusst zu machen, welche Voraussetzungen die Personen, die im Fokus des Interesses stehen, mitbringen und wie sie sich eventuell voneinander unterscheiden. Dies muss bei der Eingrenzung des Forschungsfeldes mit bedacht werden (vgl. ebd.: 112).

Beim Erforschen des Erlebens des Berufseinstiegs stehen die ersten Absolvent*innen der generalistischen Pflegeausbildung im Mittelpunkt des Interesses. Bedeutsam kann in diesem Zusammenhang sein, wo die Berufseinsteiger*innen ihren Einstieg erleben, ob sie in einem Krankenhaus der Maximalversorgung starten oder eher in einer kleineren Klinik. Auch die Wahl des Bereichs impliziert eventuell unterschiedliche Bedingungen. Wünschenswert wäre es, eine Kombination aus Personen mit verschiedenen Voraussetzungen als Teilnehmende zu gewinnen.

Im vierten Schritt erfolgt die Entscheidung für ein konkretes methodisches Vorgehen. Hier bedarf die Auswahl eines Verfahrens der Reflexion, inwiefern es tatsächlich geeignet ist, die interessierten Erkenntnisse zu generieren und welche Wirkungen es erzeugt. Zur Wahl stehen verschiedene Erhebungsmethoden, wie z.B. die teilnehmende Beobachtung, Gruppendiskussionen, Einzelbefragungen u.v.m. Auch

die Auswahl eines geeigneten Analyseverfahrens ist in diesem Schritt angesiedelt. Als essentiell erweist es sich, Erhebungsform und Auswertungsverfahren aufeinander abzustimmen (vgl. ebd.: 113 f.).

In dieser Arbeit soll das individuelle Erleben der Berufsanfänger*innen untersucht werden. In diesem Kontext bieten sich Einzelinterviews an, die die Möglichkeit bieten, offene Fragen zu stellen, aber auch eine Strukturierung vorzugeben, die sich aus den theoretischen Vorbefunden ableiten lässt. Dementsprechend erfolgt die Datenerhebung mittels halbstandardisierter, episodischer Interviews nach Flick (1997; 2011) (vgl. Kapitel 4.3). In Abstimmung dazu wird für die Datenanalyse die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (1985; 2022) ausgewählt (vgl. Kapitel 4.4). Aus den Erkenntnissen der theoretischen Vorbefunde heraus wird deduktiv ein vorläufiges Kategoriensystem gebildet. Dieses fließt in die Konzeption des Interviewleitfadens ein. Auf diese Art wird eine Verbindung zwischen Erhebungsform und Analyseverfahren hergestellt.

Das Sampling ist Bestandteil des fünften Schrittes in der Planung qualitativer Forschungsvorhaben. In kleineren Studien sind die Möglichkeiten begrenzt, es bietet sich aber an, einige grundsätzliche Überlegungen anzustellen:

- Sich darstellende Kontraste zwischen den Teilnehmenden sind aufzugreifen.
- Sinnstrukturen und nicht die einzelnen Fälle stehen im Vordergrund.
- Sinnvolle Einheiten für den Vergleich sind auszuwählen.
- Eventuell sind weitere Untersuchungsschritte anzuschließen, um die Forschung zu vervollständigen.
- Im Fokus steht die Erforschung einer Vielfalt vorhandener Konstellationen, hier müssen Grenzen der eigenen Untersuchung aufgezeigt werden (vgl. Przyborski/ Wohlrab-Sahr.: 114 f.).

Da der zeitliche Rahmen dieser Arbeit limitiert ist, kann dieser Schritt nur bedingt umgesetzt werden. Ziel ist es, Interviewpartner*innen aus verschiedenen Kliniken und Bereichen zu akquirieren, um Kontraste aufzugreifen und eine Vielfalt zu erfassen. Dem sind enge Grenzen gesetzt, die in der Diskussion dieser Thesen aufgegriffen werden.

Der sechste und letzte Schritt nimmt die Bestimmung der Richtung in den Blick. Ein Ziel der qualitativen Forschung liegt darin, Aussagen über soziale Sachverhalte zu treffen. Dazu muss eine theoretische Abstraktion vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang ist zu klären, welche allgemeine Problemstellung im Fokus steht und inwiefern eine Verallgemeinerung oder Theoretisierung möglich ist (vgl. ebd.: 116-118).

Bei der Erforschung des Erlebens des Berufseinstiegs wird eine gegenstandsbezogene Verallgemeinerung angestrebt. Es soll herausgestellt werden, mit welchen allgemeinen Herausforderungen die Berufseinsteiger*innen konfrontiert werden und welche Chancen sich in dieser Phase der beruflichen Sozialisation ergeben. Es besteht die Möglichkeit aus diesen Ergebnissen abzuleiten, welche Maßnahmen hilfreich sein könnten, um die Absolvent*innen beim Übergang in die Rolle der examinierten Pflegefachperson zu unterstützen.

Die folgenden Abschnitte dieses Kapitels führen diese grundsätzlichen Überlegungen zur Planung des Forschungsvorhabens weiter aus. Sie geben einen Einblick in den Feldzugang und die ausgewählte Untersuchungseinheit, die Form des episodischen Interviews als Erhebungsmethode und die strukturierende Inhaltsanalyse, die zur Datenauswertung herangezogen wird.

4.2 Feldzugang und Untersuchungseinheit

Das Ziel qualitativer Untersuchungen liegt in der Erforschung der subjektiven Wirklichkeit der Befragten. Es geht hier weder um eine Verallgemeinbarkeit noch um eine Repräsentativität. Vielmehr stehen typische Situationen und Handlungen im Fokus. Daher ist es von Bedeutung, typische Fälle für die Befragung auszuwählen (vgl. Mayer 2019: 327). Mayer beschreibt in diesem Zusammenhang zwei Kriterien für die Auswahl der Teilnehmenden. Unter der Nützlichkeit versteht sie, die Auswahl so zu treffen, dass sichergestellt ist, dass die ausgewählten Personen die gewünschten Informationen liefern können. Das zweite Kriterium, die Angemessenheit bedeutet, dass der Umfang der gesammelten Informationen ausreichen muss, um das zu erforschende Phänomen umfassend und detailliert zu beschreiben

(vgl. ebd.: 337). Daraus ergibt sich eine zweckgebundene Auswahl der Untersuchungspersonen, die kriterienbezogen erfolgt, um eine aussagekräftige Gruppe zu gewinnen (vgl. ebd.: 337 f.).

Allgemein kann festgehalten werden, dass keine Richtlinien für eine ideale oder richtige Größe für Stichproben in der qualitativen Forschung vorliegen. Meist handelt es sich jedoch um kleinere Gruppen als im quantitativen Bereich. Anzustreben ist eine Datensättigung, bei der durch weitere Datenerhebungen keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können (vgl. ebd.: 338).

In Bezug auf die erwähnte Nützlichkeit kann im Rahmen dieser Studie davon ausgegangen werden, dass Absolvent*innen der generalistischen Pflegeausbildung, die im Frühjahr/ Sommer 2023 ihr Examen abgelegt haben und im Anschluss in den Beruf eingestiegen sind, über die gewünschten Informationen verfügen und damit die richtige Zielgruppe darstellen. Inwiefern in dieser Thesis das Kriterium der Angemessenheit erfüllt werden kann, bleibt offen. Auf Grund der zeitlichen und strukturellen Begrenzung der Forschung innerhalb dieser Masterarbeit ist es fraglich, ob die gesammelten Informationen ausreichen, um das zu erforschende Phänomen umfassend und detailliert zu beschreiben.

Wie im vorherigen Kapitel bereits beschrieben, sind die Möglichkeiten der Stichprobenauswahl in kleineren Studien wie der vorliegenden, begrenzt. Es wurde angestrebt, Interviewpartner*innen aus verschiedenen Kliniken und Bereichen zu akquirieren, um Kontraste aufzugreifen und eine Vielfalt zu erfassen. Um diese Aspekte zu verwirklichen, wurden die Pflegedienstleitungen zahlreicher Kliniken im Köln - Bonner Raum per E-Mail angeschrieben, um über das Forschungsvorhaben zu informieren, das Einverständnis einzuholen und mit der Bitte, den Informationsflyer für mögliche Interviewpartner*innen an diese weiterzuleiten und auszuhängen. Nachdem daraufhin weder Antworten der Leitungen noch möglicher Teilnehmender eingingen, wurde telefonisch Kontakt zu den Pflegedienstleitungen gesucht und die E-Mails erneut versendet. Zusätzlich wurden auch Stations- und Pflegebereichsleitungen angeschrieben. Auch auf diesem Wege konnte kein Erfolg verzeichnet werden. In einem nächsten Schritt wurde der persönliche Kontakt zu Absolvent*innen der Pflegeschule, an der die Forscherin tätig ist, gesucht. So konnten zunächst zwei Interviewpartnerinnen akquiriert werden, die der Forscherin bereits

durch ein- bzw. mehrmalige Praxisanleitungen während der Ausbildung bekannt waren. Der persönliche Kontakt war jedoch vorher nur in geringem Maße und dienstlich erfolgt, so dass nicht zu erwarten ist, dass dieser Aspekt einen Einfluss auf das Interview hat. Über die beiden Teilnehmerinnen konnte durch das Schneeballsystem eine weitere Interviewpartnerin aus dem gleichen Kurs gewonnen werden, die jedoch in einem anderen Krankenhaus ihren Berufseinstieg erlebt hat. Im Rahmen eines Kolloquiums wurde die Schwierigkeit des Feldzugangs thematisiert. Die Kommiliton*innen erklärten sich bereit, den Informationsflyer an in Frage kommende Personen weiterzuleiten. Auf diese Weise konnte eine weitere Interviewpartnerin akquiriert werden, die noch zwei weitere Teilnehmerinnen vorschlug.

Insgesamt konnten sechs Berufseinsteigerinnen aus drei verschiedenen Kliniken einbezogen werden. Die Teilnehmerinnen sind alle weiblich,¹ zwischen 21 und 24 Jahre alt, haben alle die generalistische Pflegeausbildung als Erstausbildung absolviert und erleben somit ihren ersten Berufseinstieg. Dabei arbeiten zwei Interviewpartnerinnen in einer Klinik der Maximalversorgung mit ca. 1300 Betten und vier Berufsanfängerinnen in Krankenhäusern der Regelversorgung mit ca. 450-480 Betten. Drei der Teilnehmenden hatten im Ausbildungsvertrag eine Vertiefung im Bereich der Pädiatrie vereinbart, zwei von ihnen sind auch in diesem Setting, auf einer kideronkologischen und einer interdisziplinären Kinderintensivstation, tätig. Die anderen Berufsanfängerinnen arbeiten im Bereich der Wöchnerinnenpflege, der Onkologie, einer interdisziplinären Intensivstation und der Kardiologie im Setting der Erwachsenenpflege. Fünf Absolventinnen legten ihr Examen im März 2023 ab, drei von ihnen starteten am 01.04.2023, eine am 01.05.2023 und eine am 01.06.2023 in den Beruf. Eine Teilnehmerin absolvierte ihr Examen im Juli 2023 und begann ihre Tätigkeit als examinierte Pflegefachfrau am 01.08.2023. Das bedeutet, dass drei Interviewpartnerinnen zum Zeitpunkt der Befragung über ca. zwölf Monate Berufserfahrung verfügen, eine Teilnehmerin über elf, eine über zehn und eine über acht Monate. Die Größe der Pflgeteams der Stationen, auf denen die

¹ Da es sich bei allen befragten Interviewpartnerinnen um weibliche Teilnehmende handelt, wird im weiteren Verlauf der Arbeit immer dann, wenn es um die Befragten geht, die weibliche Form verwendet.

Absolventinnen ihren Berufseinstieg erleben, variiert zwischen 21 und 40 Pflegepersonen. Die dargestellten Informationen wurden über einen kurzen Vorabfragebogen (vgl. Anhang 3) ermittelt und dienen der Einordnung der Interviews in den Kontext und um eine Vergleichbarkeit der Interviews zu ermöglichen.

4.3 Episodische Interviews zur Datenerhebung

In der qualitativen Forschung werden unter anderem qualitative leitfadengestützte Interviews zur Datenerhebung empfohlen. Dabei wird subjektives Wissen über mehr oder weniger offene Fragen erhoben (vgl. Helfferich 2019: 669; Flick, 2011a: 273). Der Interviewleitfaden ist in diesem Kontext als eine Hilfestellung zur Gestaltung der Interviewsituation zu verstehen. Prinzipiell sollte die Gestaltung des Leitfadens so offen wie möglich erfolgen, dabei aber so viel Struktur wie nötig enthalten. So kann erreicht werden, dass neben der Offenheit auch Aussagen zu forschungsrelevanten Themenbereichen getroffen werden (vgl. Helfferich 2019: 675). Helfferich schlägt eine Kombination aus Erzählaufforderungen und immanenten Nachfragen vor. Dabei sollte der Leitfaden Offenheit als oberste Priorität berücksichtigen, übersichtlich mit einer überschaubaren Anzahl an Fragen sein und sich flexibel an den Erzählfluss anpassen lassen, so dass Unterbrechungen und Themensprünge vermieden werden (vgl. ebd.: 677).

Als halbstandardisiertes Interview versteht sich das episodische Interview nach Flick (2011a: 273) als eine Kombination aus offener Befragung und Erzählung bezogen auf die Auseinandersetzung mit einem speziellen Forschungsgegenstand. Es eignet sich zum Beispiel zur Erhebung des Erlebens bzw. von Erfahrungen bezüglich eines beruflichen Alltags, wie es für diese Arbeit vorgesehen ist. Die Besonderheit zeigt sich in der Unterscheidung zwischen semantischem und episodischem Wissen. Dabei ist das semantische Wissen, welches als Begriffswissen und dessen Verknüpfung untereinander verstanden werden kann, am besten über offene Befragungen zu erheben. Das episodische Wissen, definiert als Wissen aus Erinnerung an Situationen, wird am besten durch Erzählanstöße erfasst. Flick konstatiert, dass sich das begriffliche semantische Wissen teilweise aus den Erfahrungen, die als episodisches Wissen gespeichert sind, heraus entwickelt (vgl. ebd.: 273). Dabei versteht er unter dem semantischen Wissen das Verallgemeinbare, das sich aus ähnlichen Erfahrungen in verschiedenen Situationen heraus abstrahieren lässt (vgl. Flick

2011b: 28). Als zentrales Element des episodischen Interviews beschreibt er die Aufforderung, Situationen zu erzählen. In der Kombination mit Leitfragen zielt das Interview darauf ab, sowohl das episodische als auch das semantische Wissen zu erfassen (vgl. Flick 2011a: 273). Dieses Vorgehen führt dazu, dass beim episodischen Interview unterschiedliche Datensorten angestrebt werden (z.B. Erzählungen, Argumentationen, Begriffsexplikationen). Diese Vielfalt an Datensorten spiegelt unterschiedliche Niveaus der Konkretheit wider und zielt auf eine soziale Repräsentation ab (vgl. Flick 1996: 154).

Zur Vorbereitung eines episodischen Interviews wird zunächst ein Leitfaden erstellt, der zur Orientierung über die thematischen Gebiete dient. Der Umgang mit den unterschiedlichen Bereichen ist flexibel zu handhaben. Wichtig ist, dass zu allen Bereichen sowohl Erzählaufforderungen als auch konkrete Fragen formuliert werden (vgl. Flick 2011a: 275). Als essentiellen Schritt für das Gelingen des Interviews beschreibt Flick (2011b: 32), die Interviewpartner*innen über das Vorgehen und den Ablauf zu informieren. Hierbei wird erläutert, dass es sowohl darum geht, konkrete Situationen zu schildern als auch Fragen zu subjektiven Definitionen und abstrakten Zusammenhängen zu beantworten. Die Verinnerlichung dieses Grundprinzips des episodischen Interviews auf Seiten des Interviewers und der Interviewpartner*innen entscheiden maßgeblich über den Erfolg der Befragung (vgl. Flick 2011a: 278).

Als ein weiteres zentrales Element ist das sogenannte Postskriptum anzusehen, das zur Dokumentation und zur Einbettung des Interviews in den Kontext dienen soll. Flick (1997: 11 f.) schlägt vor, diese Dokumentation unmittelbar nach der Befragung zu erstellen und sowohl statistische Daten der Interviewten als auch Rahmenbedingungen des Interviews festzuhalten. Hierzu werden unter anderem Ort und Dauer des Interviews sowie Besonderheiten im Verhalten, in der Mimik und in der Gestik dokumentiert. Auch externe Einflüsse oder Notizen zu Gesprächen vor oder nach der Tonaufnahme können protokolliert werden (vgl. ebd.: 11 f.).

Auf der Grundlage dieser Aspekte wurde der Interviewleitfaden zur Befragung der Berufsanfängerinnen konstruiert (vgl. Anhang 5). Die Themengebiete wurden auf der Basis der Theorie und des deduktiven Kategoriensystems entwickelt. Als Oberkategorien wurden aus der Forschungsfrage heraus zwei Bereiche abgeleitet, die

„Herausforderungen“ und die „Chancen“ des Berufseinstiegs. Aus den bekannten Befunden zum Berufseinstieg gehen jeweils fünf identische Unterkategorien hervor. Dabei handelt es sich um die Aspekte, die den Berufseinstieg in besonderem Maße beeinflussen und in denen sowohl Herausforderungen als auch Chancen erlebt werden können.

Nach einer Einführung, in der die Begrüßung und die persönliche Vorstellung erfolgen, sowie der geplante Ablauf vorgestellt wird, startet das Interview. Zunächst wird die Interviewpartnerin darüber informiert, dass während des Interviews immer wieder Aufforderungen zur Schilderung von konkreten Situationen enthalten sind. Beginnend mit dem Bereich der Herausforderungen wird in einer Frage zur Annäherung und begrifflichen Auseinandersetzung nach dem eigenen Verständnis von Herausforderungen gefragt. Auf diese Weise wird das semantische Begriffswissen erfasst. Im Anschluss erfolgt eine Erzählaufforderung zu einer Situation, die während des Berufseinstiegs als besonders herausfordernd erlebt wurde. In dieser Art der Fragestellung wird dem Prinzip der Offenheit entsprochen. In folgenden Nachfragen kann die geschilderte Situation konkretisiert werden. Werden in dieser offenen Situationsschilderung nicht alle Kategorien angesprochen, so kann durch weitere Leitfragen erfasst werden, ob auch in den anderen Bereichen herausfordernde Situationen erlebt wurden. Diese Fragen nach konkreten Situationen dienen der Erfassung des episodischen Wissens und ermöglichen es, Erkenntnisse über das Erleben der Berufseinsteigerinnen zu erlangen. Für den Bereich der Chancen wird das beschriebene Vorgehen wiederholt, wobei darauf geachtet wird, innerhalb des Interviews flexibel auf die Äußerungen der Befragten einzugehen und den Leitfaden variabel zu handhaben. Zum Abschluss wird nach weiteren Herausforderungen/Chancen gefragt, die generell vorstellbar sind, aber im bisherigen Gespräch nicht benannt wurden.

Im Anschluss an das Interview wird die abschließende Dokumentation durchgeführt, indem das Postskriptum mit den statistischen Daten, den Rahmenbedingungen und weiteren Besonderheiten erstellt wird (vgl. Anhang 4). Um diesen Prozess zu vereinfachen, erhalten die Teilnehmenden im Vorhinein einen Vorfragebogen, auf dem einige personenbezogene Angaben erhoben werden (vgl. Anhang 3). Es werden in diesem Rahmen Informationen erbeten, die zur besseren Einordnung des

Interviews hilfreich sein können. Beispielsweise wird erfasst, wann genau die Ausbildung abgeschlossen wurde, ob eine Vertiefung gewählt wurde, in welchem Gebiet der Akutversorgung die Teilnehmenden tätig sind und wie viele Betten das entsprechende Krankenhaus hat. Als weitere Aspekte werden erfasst, ob bereits eine andere Ausbildung absolviert wurde und ein Berufseinstieg in einem anderen Feld vorausgegangen ist.

Der erstellte Leitfaden, der Vorfragebogen und der Dokumentationsbogen wurden einem Pretest unterzogen. Die Probandin des Pretests wurde über den persönlichen Kontakt rekrutiert. Es handelt sich dabei um eine Berufseinsteigerin, die im September 2023 ihr Examen zur Pflegefachfrau abgeschlossen hat und sich zur Zeit des Interviews mitten im Berufseinstieg befindet. Es kann daher von einer realen Interviewsituation ausgegangen werden, die nicht nur Rückschlüsse auf die Strukturierung und Handhabbarkeit des Leitfadens, sondern auch auf inhaltliche Aspekte zu den Erzählaufforderungen und den Definitionsfragen erlaubt. Das Feedback der Probandin führte zu einer leichten Modifizierung des Interviewleitfadens. So berichtete sie, dass es ihr schwerfiel konkrete Situationen zu beschreiben und die Antworten, die sie gab, gingen auch eher in eine verallgemeinernde Richtung. Insofern wurden die Fragestellungen so umgestellt, dass der Fokus darauf liegt, eine konkrete Situation aus dem Alltag des Berufseinstiegs in den Blick zu nehmen. Zusätzlich ergab sich, dass der Begriff „Chancen“ nicht unbedingt mit Aspekten in Bezug gebracht wurde, die den Berufseinstieg erleichtert haben. Daher wurde die Erzählaufforderung umformuliert, so dass hier nach einer Situation gefragt wird, in der der Berufseinstieg als besonders gelungen empfunden wurde. Die Erkenntnisse aus dem Pretest dienen ausschließlich der Überprüfung und Anpassung des Leitfadens und werden nicht mit in die Ergebnisanalyse einbezogen.

Die sechs Interviews wurden im Zeitraum 18.03.2024 - 08.04.2024 geführt. Die Interviewdauer betrug zwischen 16 und 33 Minuten, im Durchschnitt 25 Minuten. Es war geplant, alle Interviews im face-to-face Kontakt durchzuführen. Auf Grund einer mobilitätseinschränkenden Verletzung der Forscherin und der zum Teil großen räumlichen Entfernung zu den Berufseinsteigerinnen mussten vier Befragungen per Videokonferenz über Zoom stattfinden. Die Interviews im persönlichen

Kontakt wurden in der Einrichtung der Teilnehmerinnen in einer ungestörten Atmosphäre in Besprechungsräumen durchgeführt. An den Videokonferenzen nahmen die Interviewpartnerinnen von zu Hause aus teil. Vor jedem Interview wurden den Befragten nochmals die Anonymität und Vertraulichkeit der Daten zugesichert und darüber informiert, dass sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme zurückziehen können. Um bereits vor dem Interview eine Hinleitung zur Thematik zu schaffen, wurde das Forschungsziel erneut vorgestellt. Die Aufnahme der Interviews erfolgte über die Aufnahmefunktion des Smartphones. Die Einwilligung für die Aufnahme lag in allen Fällen vor. Es zeigte sich durchweg eine entspannte, offene und freundlich - zugewandte Atmosphäre in den Interviews. Alle Teilnehmerinnen bekundeten Interesse an den Forschungsergebnissen.

Im Anschluss wurden die Interviews von der Forscherin transkribiert. Die Transkription der Interviews dient dazu, mündliche Äußerungen schriftlich festzuhalten und einer Analyse zugänglich zu machen (vgl. Dresing/ Pehl 2018: 16). Vor der Transkription bleibt zu überlegen, welche Art der Transkription angestrebt wird und wie detailliert und nach welchen Regeln sie ablaufen soll. Kuckartz/ Rädiker (2019: 449) empfehlen für die meisten qualitativen Forschungsprojekte eine einfache Transkription. Die entsprechenden Transkriptionsregeln finden sich im Anhang 6. Die Transkription der episodischen Interviews im Rahmen dieser Arbeit erfolgte durch die Forscherin nach diesen Regeln. Eine erneute Überprüfung und Korrektur von Fehlern wurde, wie sie von Dresing/ Pehl (2018: 30) empfohlen wird, durchgeführt.

Im nächsten Abschnitt dieses Kapitels wird dargelegt, wie die Analyse des Datenmaterials erfolgt.

4.4 Die strukturierende Inhaltsanalyse zur Datenanalyse

Die Datenanalyse wird in der vorliegenden Masterarbeit auf der Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1985; 2022) vorgenommen. Diese Methode dient zur Bearbeitung und Auswertung von Textmaterial, welches im Rahmen der Datenerhebung in der sozialwissenschaftlichen Forschung entstanden ist (vgl. Mayring/ Fenzl 2019: 633). Als Ziel der Inhaltsanalyse formuliert Mayring (1985: 187) die „Systematische, d.h. regelgeleitete und theoriegeleitete Analyse sprachlichen

Materials [...]”. Dabei betont er, dass durch das regelgeleitete und theoriegeleitete Vorgehen eine Nachvollziehbarkeit und die Anknüpfung an bisherige Kenntnisse zum Gegenstand angestrebt werden. In der vorliegenden Arbeit ist genau dies das Ziel. Ein nachvollziehbares, regelgeleitetes Vorgehen sowie eine Verbindung zum bisherigen Forschungsstand sollen hergestellt werden. Als zentrales Unterscheidungsmerkmal zu anderen Methoden der Textanalyse stellen Mayring/ Fenzl (2019: 634) die Kategoriengeleitetheit heraus. Dieses System fungiert als Bearbeitungs- und Ordnungsinstrument und ermöglicht das Nachvollziehen der Analyse für Außenstehende und die Intersubjektivität des Vorgehens (vgl. Mayring 2022: 50). Eine weitere Besonderheit der qualitativen Inhaltsanalyse liegt darin, dass der Text immer innerhalb seines Kontextes interpretiert und damit auch auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht wird (vgl. Mayring 2022: 49). Die Inhaltsanalyse stellt kein Standardinstrument dar, dessen Ablauf immer gleich ist, sondern sie wird in Bezug zu dem vorhandenen Material, dem Kontext und der Fragestellung gesetzt und entsprechend angepasst. So entsteht ein Ablaufmodell, das bestimmten Regeln folgt und dessen Analyseschritte begründet werden. Im Vordergrund steht auch hier die Theoriegeleitetheit. Das bedeutet, dass sich Verfahrensentscheidungen grundsätzlich an dem Stand der Forschung zum Gegenstand orientieren und inhaltliche Argumente leitend sind. Mayring stellt dabei Validität vor Reliabilität (vgl. ebd.: 51 f.). Innerhalb der qualitativen Inhaltsanalyse bietet es sich an, auch quantitative Analyseschritte zu integrieren. Dies macht zum Beispiel Sinn, wenn es um eine Verallgemeinerung der Ergebnisse geht (vgl. ebd.: 52).

Bevor die Auswahl einer bestimmten Form der qualitativen Inhaltsanalyse getroffen wird, ist das Ausgangsmaterial zu bestimmen. Dazu gehört die Festlegung des Materials, das ausgewertet werden soll, eine Beschreibung, in welchem Kontext und unter welchen Bedingungen es entstanden ist, und eine Erläuterung, in welcher Form das Material vorliegt, bzw. auf welche Weise es transkribiert wurde (vgl. ebd.: 53 f.). In dieser Arbeit besteht das Auswertungsmaterial aus den Transkripten der Interviews mit den Berufseinsteigerinnen.

Zusätzlich ist es essentiell, vor Beginn der Analyse eine konkrete Fragestellung festzulegen, die sich aus dem bisherigen Forschungsstand ableitet und häufig Unterfragestellungen beinhaltet (vgl. ebd.: 57).

Erst in einem nächsten Schritt kann die Entscheidung für eine Technik der Analyse getroffen werden und ein individuelles, auf die Fragestellung und den Kontext angepasstes Ablaufmodell erstellt werden. (vgl. ebd.: 60). Zunächst ist es notwendig, Analyseeinheiten festzulegen. Mayring unterscheidet zwischen der Kodiereinheit, die den kleinsten Textbestandteil festlegt, der ausgewertet und einer Kategorie zugeordnet wird, der Kontexteinheit, die den größten Bestandteil bezeichnet, der unter eine Kategorie fällt, und der Auswertungseinheit, die bestimmt, in welcher Reihenfolge die Auswertung stattfindet. Diese Einteilung dient der verbesserten Präzision der Inhaltsanalyse (vgl. ebd.: 60).

In der vorliegenden Thesis bietet es sich an, als Kodiereinheit einzelne Sätze bzw. Abschnitte zu definieren, als Kontexteinheiten werden die jeweiligen Antworten auf die Leitfragen festgelegt und als Auswertungseinheiten werden dementsprechend inhaltstragende Aussagen als Fundstellen verstanden.

Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts erscheint die strukturierende Inhaltsanalyse als geeignete Technik. Als Ziel dieser Analysetechnik formuliert Mayring:

„Strukturierung: Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (ebd.: 66)

Sie verfolgt ein deduktives Vorgehen, indem die Kategorienbildung theoriegeleitet erfolgt (vgl. ebd.: 63).

Dieses formulierte Ziel lässt sich auf diese Arbeit übertragen, da angestrebt wird, die transkribierten Interviews regel- und theoriegeleitet zu analysieren. Dabei werden sowohl qualitative Methoden berücksichtigt, die die individuelle Betrachtung des Einzelfalls erlauben, als auch quantitative Schritte, die Rückschlüsse auf Häufigkeiten erlauben.

Die folgende Abbildung stellt den modifizierten Ablauf der strukturierenden Inhaltsanalyse für diese Arbeit dar:

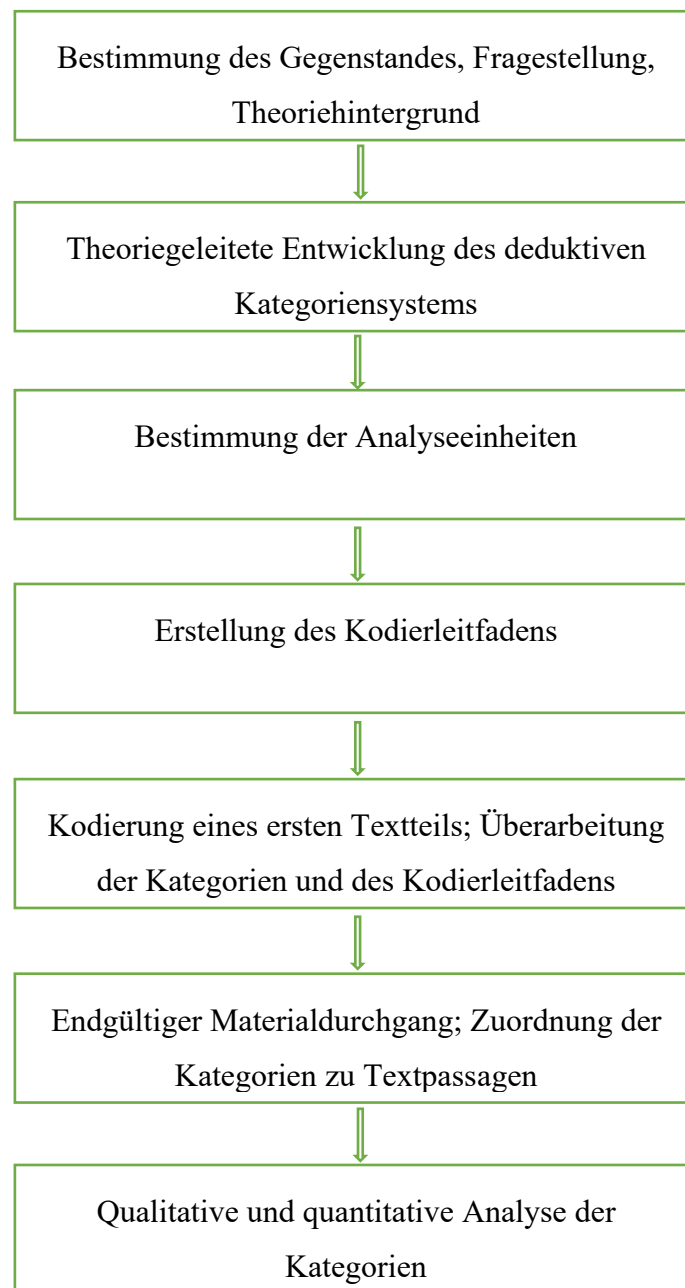


Abbildung 5: Ablaufplan der strukturierenden Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring (2022), eigene Darstellung

Als theoretische Grundlagen für die Bildung des Kategoriensystems in der vorliegenden Arbeit dienen sowohl die Fragestellung als auch die Erkenntnisse aus Kapitel 3, das sich mit bestehenden Befunden zum Berufseinstieg professionell Pfleger beschäftigt. Als Hauptkategorien werden laut der Fragestellung Herausforderungen, die sich während der Berufseinmündung stellen und auch Chancen, die

die Berufseinsteiger*innen wahrnehmen, festgelegt. Aus den theoretischen Erkenntnissen der bestehenden Befunde ergeben sich zu beiden Hauptkategorien fünf Unterkategorien, so dass sich das Kategoriensystem wie folgt darstellt:

Oberkategorien	Unterkategorien
K1 Herausforderungen	K1.1 Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit K1.2 Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit) K1.3 Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität K1.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten K1.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung
K2 Chancen	K 2.1 Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit K 2.2 Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit) K 2.3 Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität K 2.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten K 2.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung

Tabelle 1: Deduktives Kategoriensystem

Als nächsten Schritt sieht Mayring die Erstellung eines Kodierleitfadens vor. Dazu werden die Kategorien definiert und aus dem Textmaterial Ankerbeispiele herausgefiltert, die aus einer klar und eindeutig kodierbaren Textstelle bestehen. Zusätzlich werden Kodierregeln aufgestellt, die dazu dienen, die verschiedenen Kategorien gegeneinander abzugrenzen und die Einordnung der Textstellen zu erleichtern (vgl. Mayring 2022: 97 f.).

Nach der Kodierung eines ersten Teils des vorliegenden Materials bietet es sich an, den Kodierleitfaden und das Kategoriensystem zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen (vgl. ebd.: 97 f.). In diesem Schritt besteht auch die Möglichkeit induktiv Kategorien hinzuzufügen, wenn relevante Textstellen gefunden werden, die sich in das vorgefertigte System nicht einordnen lassen.

In der vorliegenden Arbeit wurde z. B. für die Unterkategorie K 2.2 im Bereich der Chancen: Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit) die Kategorie wie folgt definiert: „Chancen, die sich durch intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit ergeben. Z.B. durch Unterstützung vom Team“. Als Ankerbeispiel wurden die folgenden Aussagen aus den Transkripten ausgewählt:

„Ich muss tatsächlich sagen, dass das Team bei uns wirklich super ist. Ich habe mich unfassbar gut aufgenommen gefühlt gehabt, alle hatten auch Verständnis wenn mal was, ja, aus Unwissenheit nicht gemacht wurde.“ (B 4: 22)²

„[...] unsere Ärzte, die nehmen sich tatsächlich dann auch mal die Zeit, wenn ich eine Frage habe, mir die auch ziemlich breit zu erklären.“ (B 5: 54)

Als Kodierregel wurde festgelegt, dass diese Kategorie Möglichkeiten/ gelungene Situationen, die sich durch eine positive Aufnahme im Team oder durch Unterstützung von Kolleg*innen oder auch Angehörige anderer Berufsgruppen ergeben, umfasst. Da sich nach dem ersten Durchgang eines Teils des Materials zeigte, dass eine Zuordnung einiger Textstellen nicht eindeutig vorzunehmen war, wurde noch ein zusätzlicher Aspekt hinzugefügt: „Hier keine Einarbeitungskonzepte, die finden sich in K 2.5“.

Bei der Reflexion und Überprüfung des Kodierleitfadens und des Kategoriensystems wurden auch in anderen Kategorien Ergänzungen vorgenommen, wenn die Einordnung der Aussagen nicht eindeutig war. Beispielsweise war im Bereich der Herausforderungen eine Differenzierung zwischen Herausforderungen, die durch die neue Rolle und der damit verbundenen Verantwortungsübernahme entstehen und Schwierigkeiten, die durch fehlendes Wissen und Fähigkeiten verursacht werden, nötig. Zusätzlich zeigte sich im Verlauf, dass drei Aussagen der Interviewten keiner der vorgegeben Kategorien zuzuordnen waren, so dass die zusätzliche Kategorie „Interaktion mit zu pflegenden Menschen“ gebildet wurde. Hier wurden sowohl Herausforderungen als auch Chancen geschildert. Der vollständige Kodierleitfaden findet sich im Anhang 7.

² Die befragten Berufseinsteigerinnen dieser Studie werden mit B1-B6 bezeichnet

Eine Intercoder- Reliabilitätsprüfung, wie Mayring (2022: 97) sie vorsieht, kann in der vorliegenden Thesis nicht umgesetzt werden. Als abschließender Schritt erfolgt die qualitative und quantitative Auswertung der Kategorien, die sich als Ergebnisaufbereitung und -darstellung in Kapitel 5 dieser Arbeit wiederfindet.

Nachdem nun die Methoden der Datenerhebung- sowie der Datenanalyse vorgestellt wurden, werden im folgenden Abschnitt die Gütekriterien qualitativer Forschung und ethische Aspekte in den Blick genommen.

4.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

Gütekriterien sind auch in der qualitativen Forschung essentiell, um zu bestimmen, inwieweit die Qualität des Weges zur wissenschaftlichen Erkenntnisgewinnung durch bestimmte Methoden gegeben ist. In diesem Zusammenhang sind Kriterien notwendig, die verschiedene Forschungsmethoden vergleichbar machen und einen Rückschluss auf den Grad der Wissenschaftlichkeit zulassen (vgl. Lamnek/ Krell 2016: 141). Zur Erfassung der Güte qualitativer Forschung bestehen divergierende Auffassungen, es liegen hier keine Empfehlungen für ein einheitliches Vorgehen vor (vgl. Flick 2019: 473; Lamnek/ Krell 2016: 142; Perkhofer et al. 2023: 141).

Flick formuliert als Konsequenz folgende Aspekte als Ansprüche an qualitative Forschung:

- Die Wahl der Methoden wird begründet dargestellt.
- Die konkreten Vorgehensweisen werden expliziert.
- Die dem Projekt zu Grunde liegenden Ziel- und Qualitätsansprüche werden benannt.
- Die Vorgehensweisen werden so transparent dargestellt, dass Leser sich ein eigenes Bild über Anspruch und Wirklichkeit des Projektes machen können. (vgl. Flick 2019: 485)

Auch die in Kapitel 4.1 vorgestellten zentralen Aspekte qualitativer Forschung nach Lamnek/ Krell (2016: 33) können zur Bewertung der Güte herangezogen werden.

Diese Kriterien sind:

- Offenheit
- Forschung als Kommunikation
- Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand
- Reflexivität von Gegenstand und Analyse
- Explikation
- Flexibilität

In der Diskussion der Ergebnisse in Kapitel 6.2 werden diese Aspekte erneut aufgegriffen, zu den Ergebnissen in Bezug gesetzt und diskutiert, inwiefern sie in der Arbeit umgesetzt wurden.

4.6 Ethische Aspekte

Forschungsethische Überlegungen begleiten den gesamten Forschungsprozess. Dabei sind von den Forschenden Entscheidungen über das Vorgehen und die Prozesse zu treffen, die das Leben anderer Menschen beeinflussen können. Es bedarf hier einer Reflexion und Begründung dieser Entscheidungen (vgl. von Unger 2014: 16).

Unter dem Begriff der Forschungsethik können laut Hopf (2016: 195) ethische Regeln und Prinzipien zur Gestaltung der Beziehung zwischen Forschenden und teilnehmenden Personen verstanden werden. Es stellen sich hier Fragen nach der Freiwilligkeit der Teilnahme, der Absicherung von Anonymitäts- und Vertraulichkeitszusagen sowie der Vermeidung von Schäden an den teilnehmenden Personen.

Vom Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD 2017: 16) werden drei übergeordnete Themen der Forschungsethik formuliert: die wissenschaftliche Güte und Integrität, das Vermeiden von Schaden und die informierte Einwilligung. Im Bereich der wissenschaftlichen Güte und Integrität sollen wissenschaftliche Standards Beachtung finden (vgl. ebd.: 16). So wird in der vorliegenden Arbeit das methodische Vorgehen begründet, um es transparent und nachvollziehbar zu machen. Wird der zweite Grundsatz betrachtet, so steht im Fokus, dass Personen, die an der Forschung teilnehmen, keinerlei Schäden erleiden dürfen. Diese Schäden beziehen sich nicht nur auf körperliche oder psychische Aspekte, sondern auch auf negative soziale, rechtliche und wirtschaftliche Folgen, die den Studienteilnehmenden entstehen können (vgl. ebd.: 18). Da es sich bei der Gruppe der Berufseinsteiger*innen um

keine vulnerable Gruppe handelt, ist mit körperlichen und psychischen Schäden nicht zu rechnen. Nichtsdestotrotz werden die Teilnehmenden mehrfach über die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Ihnen wird freigestellt, die Interviews zu jeglichem Zeitpunkt ohne Angabe von Gründen zu beenden und auch die Einwilligung zum Einbezug ihrer Aussagen jederzeit zurückzuziehen. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung und ein umsichtiges Vorgehen während des Interviews werden angestrebt. Dem Grundsatz zur Vertraulichkeit und Anonymität wird durch eine Anonymisierung der Daten entsprochen. Der Aspekt der informierten Einwilligung dient dazu, das Recht auf Selbstbestimmung der teilnehmenden Personen zu achten (vgl. ebd.: 21). So werden die Interviewpartnerinnen in dieser Studie vor der Teilnahme über das Forschungsvorhaben, die Zielsetzung, das methodische Vorgehen und ihre Rechte informiert. Hierbei steht das Prinzip der Freiwilligkeit erneut im Vordergrund. Erst dann erfolgt die schriftliche Einverständniserklärung zur Teilnahme.

Abschließend kann formuliert werden, dass dem methodischen Vorgehen in dieser Forschungsarbeit große Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die ethischen Prinzipien wurden konsequent eingehalten. Die Gütekriterien konnten jedoch nicht vollumfänglich erfüllt werden.

Nachdem in diesem Kapitel das methodische Vorgehen erläutert wurde, werden im nächsten Abschnitt die Ergebnisse der Interviews strukturiert dargestellt.

5. Ergebnisse

In Kapitel 4 wurden die Ziele qualitativer Forschung herausgestellt und das gewählte Interview- sowie das Analyseverfahren erläutert. In diesem Kapitel folgt nun die Ergebnisdarstellung. Die Aussagen der sechs Interviewteilnehmerinnen wurden anhand der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1985; 2022) mit Hilfe des Programms MAXQDA in das Kategoriensystem eingeordnet. Die Vorstellung der Ergebnisse erfolgt in der Reihenfolge der Unterkategorien und zeigt hier jeweils die **Herausforderungen** als auch die **Chancen** in den verschiedenen Themenbereichen auf. Zur Verdeutlichung werden exemplarische Zitate angeführt.

5.1 Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit

Herausforderungen: Alle sechs Interviewpartnerinnen haben im Bereich der Übernahme einer neuen Rolle mit neuer Verantwortlichkeit herausfordernde Situationen erlebt. Es handelt sich um die am zweithäufigsten benannte Kategorie innerhalb der Herausforderungen. Dabei dreht es sich hier häufig darum, plötzlich examiniert zu sein und die Rolle der Auszubildenden abzulegen. Die Befragten empfinden es als schwierig, selbständig Entscheidungen zu treffen und niemanden mehr im Hintergrund zu haben, der diese Verantwortung für sie übernimmt:

„Es war natürlich schon nochmal ein Unterschied, dann sozusagen wirklich als examinierte Pflegekraft und eben nicht mehr als Auszubildende so wirklich selber verantwortlich zu sein für die Patienten und nicht halt eben immer noch so im Hintergrund zu haben, okay man hat noch jemanden, der wirklich so die Verantwortung eben dafür trägt, sondern wirklich, also das ist man selber eben dafür zuständig ist, dass war am Anfang schon eine Umstellung.“
(B2: 8)

„[...] es ist halt auch wieder dieses mehr Verantwortung übernehmen, dass zum Beispiel, wenn die Physiotherapeuten dann kommen und fragen, kann ich jetzt zu dem Kind, dass man sich das, dass man dann die Verantwortung dafür trägt und sich das überlegen muss, ist jetzt wirklich ein guter Zeitpunkt oder nicht, weil das sonst halt vorher in der Schülerzeit immer halt die examinierte Schwester gefragt wurde und das ist auch sowas, was man dann als Schülerin

nicht so unbedingt mitbekommt, dass man ja auch irgendwie alles so ein bisschen timen muss, oder dass man seine Versorgung zeitlich organisiert.“ (B1: 28)

Darüber hinaus schildern sie Herausforderungen in der zeitlichen Organisation sowie darin, den Überblick über die anfallende Arbeit zu behalten und Priorisierungen vorzunehmen. Sie realisieren, dass die examinierte Pflegefachkraft Aufgaben hat, die ihnen als Auszubildende nicht bewusst waren, das sogenannte „drum herum“:

„[...] es war schon anfangs vor allem in den ersten Wochen schwierig, so den Überblick komplett über die Patienten zu behalten, weil als Schüler hat man auch oft die Situation, dass man zwar eigene Patientengruppen hat, aber das ja immer noch eine Schwester mitläuft, die dann in der Visite zum Beispiel vorrangig halt für den Patienten einsteht oder andere Sachen so drumherum noch regelt. Und dann nach der Ausbildung ist man halt selbständig für die Patienten zuständig und kriegt erstmal so richtig mit, was noch alles so drum herum zu tun gibt, dass man, wenn Medikamente nicht da sind, sich die irgendwo organisieren muss, rumtelefonieren muss oder dass man mit Angehörigen telefoniert oder dass man die Visite selbständig mitbegleitet, dass man sich zeitlich auch viel besser organisieren muss.“ (B1: 18)

„[...] das dann zu managen, so eine ganze Station, ja, zu koordinieren, zu versorgen und nicht selber an seine Grenzen zu kommen in dem Stress auch.“ (B4: 10)

In diesem Rahmen empfindet es eine Interviewteilnehmerin als schwierig, Aufgaben, die sie selbst als Auszubildende übernommen hat, nun aus ihrer neuen Rolle heraus an Andere zu delegieren:

„Und auch anfangs so, diese typischen Schüleraufgaben, die viele Stationen ja so haben. Bei uns auf Station ist zum Beispiel, dass die Schüler meistens die Milch einstellen, oder, ja, die Medikamente aus dem Aufziehzimmer abholen oder mal Bettplätze auffüllen, nach Monitoring gucken und so, Wäsche vielleicht wegbringen. Dass man diese Aufgaben, so ein bisschen auch lernt, abzugeben und mehr so lernen muss, dass man Sachen delegiert, die man anderen delegieren kann, weil man gerade halt was anderes machen muss, was

man aber nicht delegieren kann, weil man jetzt selber die examinierte Person ist.“ (B1: 18)

Eine weitere Herausforderung in der Übernahme der neuen Verantwortung sehen zwei Interviewte auf Grund ihres Alters. Sie fühlen sich zu jung, um die Verantwortung ihrer neuen Aufgaben zu tragen bzw. um von den zu pflegenden Menschen ernst genommen zu werden:

„Ich mein, viele sehen ja offensichtlich auch, dass ich jung bin und denken sich dann auch so, ist das überhaupt hier so, was will sie mir da erzählen, stimmt das überhaupt so oder meine Hebamme hat es anders gesagt. Kann man da überhaupt drauf vertrauen? Also es war schon teilweise, wo ich mir dachte so, irgendwie wollen mir die Leute auch nicht so ganz zuhören, weil ich jung bin. Also es war halt, also das war schwierig, dieses da reinkommen, die Verantwortung zu haben, sich selber auch hinzustellen, zu sagen, ich weiß, was ich sage und was ich mache.“ (B4: 12)

„[...] Im Besonderen hatte ich jetzt vor kurzem ein Gespräch, wo die Angehörigen mich fragen, ja, was sollen wir jetzt weiter machen und man weiß selber nicht, man kann ihnen nicht so wirklich sagen. Ich bin gerade 22 Jahre alt, was weiß ich eigentlich über den Tod? Und ich arbeite damit jeden Tag, aber ich kann jetzt nicht einer Familie sagen, was werden sie jetzt ohne ihren Papa machen. Das ist, ja, da ist man jedes Mal vor der Herausforderung, da habe ich es auch immer noch nicht ganz raus, was man damit machen muss.“ (B3: 8)

Chancen: Diese neue Verantwortung und die neue Rolle als examinierte Pflegefachperson bieten den Berufseinsteigerinnen aber auch Möglichkeiten der Weiterentwicklung, die von fünf Teilnehmerinnen beschrieben werden. Sie fühlen sich durch die Verantwortungsübernahme und ihre Zuständigkeit motiviert. Eine Befragte beschreibt das als Wechsel vom „Beifahrer“ in die aktive Position des „Fahrers“:

„Als Schülerin hat man, wenn man in ein Zimmer kommt, man weiß hier wird gleich intubiert, bronchoskopiert und so weiter und sofort, dann hat man daneben gestanden und man hat geguckt. Man hat sich das angeeignet, aber das war irgendwie, als wenn man im Beifahrersitz sitzt und guckt mal, wie der

Autofahrer fährt. Man bekommt es natürlich mit, aber das ist nicht das Wahre. Und aktuell, wenn mein Patient jetzt intubiert und bronchoskopiert wird, dann ist das für mich viel größere Chance was mitzunehmen als früher als Schülerin, weil ich „hands on“ bin und ich mach wirklich alles mit. Ich kann auch direkt sehen, was wird jetzt das Ergebnis sein. Ich muss nicht warten, bis ein Doktor mich anspricht, willst du mal jetzt auf das Ergebnis gucken oder so. Das ist viel spannender, viel interessanter. Viel, also viel reicher an Chancen, irgendwas auch zu lernen und weiterzukommen in meinem Fachwissen.“ (B3: 36)

Eine andere Interviewte hat sich auf Grund des „alleine zuständig Seins“, intensiver mit der Situation auseinandergesetzt und fühlt sich dadurch bereichert:

„Also ich denke schon, dass es mir in sehr vielen Situationen auch einfach echt geholfen hat, dass es hieß, ja, du bist alleine, du musst jetzt gucken, dass es läuft, weil man sich natürlich auch ganz anders mit den Dingen befasst. [...] Also ich würde schon sagen, dass auch aufgrund des Stresses, wenn man alleine war, auch sehr viel mitgenommen hat, weil man sich halt wirklich dann auch ausgiebig damit befasst hat und halt natürlich auch sehr viel Wissen mitgenommen hat.“ (B4: 46)

Eine Teilnehmerin schildert, dass es sie stolz gemacht hat, die neue Rolle übernehmen zu dürfen und ihre Ausbildung erfolgreich absolviert zu haben:

„[...] ich würde generell sagen also das auch mit der Verantwortung oder so, dass das nicht nur irgendwie was war, wo ich also natürlich hatte ich Respekt davor, aber das ist natürlich schon noch irgendwie ein gutes Gefühl, weil wo man wusste, okay, man ist jetzt mit der Ausbildung fertig und wow, ich habe das geschafft. Und bin jetzt eben auch selbstständig dafür zuständig. Also das war jetzt nicht nur schlecht.“ (B2: 40)

5.2 Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit)

Herausforderungen: Im Bereich der Beziehungen bzw. der Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams und mit anderen Berufsgruppen haben fünf der sechs Interviewten Herausforderungen erlebt. Dabei sind herausfordernde Situationen in

der intraprofessionellen Zusammenarbeit von denen in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu unterscheiden.

Vier Berufseinsteigerinnen schildern Schwierigkeiten beim Ankommen innerhalb des pflegerischen Teams. Im Vordergrund steht hier der Rollenwechsel von der Auszubildenden zur examinierten Pflegefachfrau. Sie fühlen sich oft am Anfang noch in der „alten“ Rolle der Auszubildenden wahrgenommen:

„[...] dass man erst mal so auf der Station ankommt, so im ganzen Team, halt eben jetzt auch nicht mehr Schülerin oder Auszubildende ist, sondern jetzt halt auch zu diesem festen Team dazu gehört und sich da zu etablieren, das war am Anfang vielleicht auch nicht unbedingt so einfach.“ (B2: 12)

„[...] ich kannte das Team eigentlich schon ganz gut, allerdings als Exami-nierte musste man sich schon nachher ein bisschen schon zeigen, dass man das auch kann, was man sagt, was man leisten kann. Ich habe am Anfang ganz oft gemerkt, wie die Kollegen, auch wenn ich einen Patienten bekomme, wirklich ins Zimmer kommen und gucken, macht die das jetzt wirklich richtig oder kann man, kann man ihr noch was sagen oder so. Das war einerseits auch wirklich sehr gut, weil ich war mir so unsicher, ich habe jetzt zwei Patienten, mache ich wirklich alles richtig. Andererseits habe ich mir immer so gesagt, okay, ihr habt mit mir schon gearbeitet, ihr kennt mich ja schon. Dass ihr mich so hinterfragt, das finde ich ein bisschen lustig irgendwie.“ (B3: 18)

Eine Befragte schildert Erfahrungen mit Mobbing innerhalb des Teams:

„Ja, wir hatten eine Kollegin, die mich versucht hat, fertig zu machen und alle anderen neuen Kollegen auch. Aber die ist jetzt auch nicht mehr da.“ (B5: 20)

Eine andere berichtet von der Skepsis erfahrener Kolleg*innen bezüglich neuer Impulse und fühlt sich in die Schublade „zu wenig Erfahrung“ gesteckt:

„Als herausfordernd würde ich auch tatsächlich im Team so, man eckt manchmal mit Personen an und es gibt Unterschiede in solche, z.B. wir haben viele junge Kollegen, aber auch ältere Kollegen, und dann ist es von den älteren Kollegen, die haben, gehen meistens noch eher nach alte Schule und haben da ein sehr festgefahrenes Bild, wie man manche Dinge zu tun hat und ja, da eckt man manchmal so ein bisschen aneinander. [...] Ja, ich habe auch manchmal

das Gefühl, dass gerade als Berufseinsteiger man da eher in die Kiste gesteckt wird, dass man ja sowieso noch nicht viel Erfahrung hat und es eher so machen sollte, wie es immer gemacht wird, auch wenn der Weg, den man selber eingeschlagen hat, eigentlich dann doch der bessere war.“ (B6: 10)

In der interdisziplinären Zusammenarbeit stellen sich die meisten Herausforderungen in der Kommunikation mit dem ärztlichen Personal. Vier Befragte äußern, dass sie entweder Hemmungen empfunden haben, ihre Expertise auch gegenüber den Ärzt*innen zu vertreten oder sich in ihrer Rolle als examinierte Pflegefachfrau nicht ernst genommen fühlten. Eine Interviewteilnehmerin äußert beispielsweise, dass sie die Ärzt*innen auf einer höheren Stufe der Hierarchie sieht und Schwierigkeiten hatte, überhaupt mit ihnen zu kommunizieren:

„Kommunikation mit den Ärzten. Ist auch schwierig gewesen am Anfang, da auch mal gegen zu sprechen oder auch mal zu sagen so, das hier ist jetzt wichtig, du musst jetzt hier hinkommen. Also sich wie gesagt auch selber durchzusetzen und zu sagen, für mich ist das jetzt hier gerade wichtig, das Kind ist auffällig oder sonst was, komm jetzt hier hin, so guck dir das jetzt an, damit ich mich auch absichern kann, dass das gesehen wurde. Das sind auch viele Sachen, wo ich am Anfang irgendwie schwer getan habe, mit den Ärzten überhaupt zu reden, den Ärzten überhaupt was zu sagen, weil die ja schon in der Hierarchie gerne dann auch oben stehen.“ (B4: 16)

Auch hier beschreibt eine Berufsanfängerin Schwierigkeiten mit dem Wechsel von der Rolle der Auszubildenden zur Pflegefachfrau:

„Am Anfang, auf jeden Fall gab es immer wieder mal kleine Situationen, wo die mich nicht ganz ernst genommen haben. So die neue Krankenschwester, was wird die schon wissen, die ist ja gerade erst Schülerin gewesen.“ (B3: 20)

Chancen: Trotz der beschriebenen Herausforderungen stellen Unterstützungsangebote durch das intra- bzw. interprofessionelle Team in der Oberkategorie der Chancen die am zweithäufigsten benannte Kategorie dar. Alle sechs Interviewpartnerinnen schildern Aspekte, die sie durch die Zusammenarbeit mit dem Team oder anderen Berufsgruppen als besonders positiv wahrgenommen haben. Insbesondere die Unterstützung durch Kolleg*innen des pflegerischen Teams werden von den Berufseinsteigerinnen als wertvoll empfunden:

„[...] die Kollegen auf jeden Fall. Also durch die fühle ich mich immer sehr gut unterstützt und alles, selbst wenn man dann einen Dienst nur zu zweit hat, wenn man weiß, hey, da ist die Kollegin, mit der verstehe ich mich gut oder wir arbeiten, wir agieren einfach zusammen, dass man weiß, auch wenn wir nur alleine sind, wir schaffen den Dienst schon irgendwie. Also das wäre jetzt wirklich Punkt eins, der mir einfällt an Unterstützung.“ (B4: 44)

Die Teilnehmerinnen äußern, dass Fragen beantwortet und Hilfe angeboten werden:

„Da habe ich tatsächlich sehr guten Rückhalt von meiner Station bekommen, von meinem Team. Also das hat mir enorm geholfen und es war deswegen weniger herausfordernd, tatsächlich was das angeht, weil man wusste, okay, da ist immer jemand, den man fragen kann. Die Leute vom Team sind auf einen zugekommen, soll ich dir das noch mal erklären oder fühlst du dich da sicher?“ (B6: 22)

Auch die Aufnahme im Team hat den Absolventinnen ihren Einstieg erleichtert:

„Also ich finde halt zum einen, dass ich gut im Team aufgenommen wurde, was wir eben ja auch schon gesagt haben, dass man einfach im Team die Chance bekommt, ein neuer Mitarbeiter zu sein und nicht nur, ach, die war Schülerin hier. Dass man da dann auch mit anderen Augen gesehen wird [...].“ (B1: 38)

Ihnen wird viel Verständnis entgegengebracht:

„Ich muss tatsächlich sagen, dass das Team bei uns wirklich super ist. Ich habe mich unfassbar gut aufgenommen gefühlt gehabt, alle hatten auch Verständnis wenn mal was, ja, aus Unwissenheit nicht gemacht wurde.“ (B4: 22)

Vier Teilnehmerinnen beschreiben den Kontakt zu Ärzt*innen als Chance, die sich ihnen in der Berufseinmündung gezeigt hat. Sie betonen hier die Bereitschaft, Sachverhalte zu erklären und Fragen zu beantworten:

„Also so an sich würde ich auf der Station auch sagen, dass wir auf jeden Fall so ziemlich eng alle so von den Berufsgruppen her miteinander so zusammenarbeiten. Kommt natürlich immer bei den anderen Berufsgruppen gerade so

die Ärzte oder so auf die Personen an, aber auch da waren eigentlich die meisten sehr offen gegenüber, haben gedacht okay eine neue Kollegin haben mich da auch noch viel bei Sachen mitgenommen und da erklärt, also das kam von deren Seite aus auf jeden Fall auch.“ (B2: 46)

„Ja, unsere Ärzte, die nehmen sich tatsächlich dann auch mal die Zeit, wenn ich eine Frage habe, mir die auch ziemlich breit zu erklären.“ (B5: 54)

5.3 Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität

Herausforderungen: Herausforderungen, die aus einer Diskrepanz zwischen der Vorstellung vom Pflegealltag und der vorgefundenen Realität resultieren bzw. durch einen Theorie - Praxis - Konflikt ausgelöst werden, haben drei Interviewpartnerinnen erlebt.

Zwei Berufseinsteigerinnen beschreiben hierbei die Schwierigkeit, in der Schule Gelerntes in der Realität umzusetzen:

„[...] Oder im Buch, dass die Leute jeden Tag von Grund bis Fuß gewaschen werden müssen. Das ist, meistens kann man es auch gar nicht umsetzen von der Zeit her. Also das Zeitmanagement ist ja auch noch mal so eine Sache.“ (B4: 28)

„Ja, also jetzt rein von dem, was wir in der Schule gelernt haben, würde ich sagen, das ist eigentlich fast nichts übereingestimmt mit dem, wie es ist. Sehr wenig, definitiv.“ (B3: 40)

Eine Interviewte hatte eine Vorstellung vom Pflegealltag entwickelt, die stressiger war, als die Realität sich dargestellt hat:

„Also die Vorstellung, die ich hatte, war immer viel stressiger als die Realität, wenn man das so sagen kann. Weil in der Schule einem immer dieses geradlinige theoretische vermittelt wird [...] und man steht dann ganz am Anfang vor dieser Riesen - Herausforderung. Wie soll ich das alles um diese genaue Uhrzeit machen und wenn man dann halt mit der Zeit einfach lernt das einzuschätzen, was kann warten und was muss ich direkt machen, dann wird es wesentlich entspannter.“ (B1: 32)

Eine andere Teilnehmerin wurde auf der Intensivstation unerwartet oft mit dem Tod konfrontiert:

„Ja, wir werden auch auf der Intensivstation ganz oft also, meiner Meinung nach öfters konsultiert mit Tod als auch in der Normalstation, weil wir einfach auch kritische Patienten haben, die instabiler sind als auf der Normalstation. Den einzigen Vergleich, den ich auf der Normalstation habe, mit so viel, mit einer so hohen Todesrate ist auf der onkologischen Station und da hatte ich nie in der Ausbildung einen Einsatz gehabt, deswegen war das für mich, ich habe damit glaube ich gar nicht so richtig gerechnet.“ (B3: 8)

Chancen: Fünf der sechs Berufseinsteigerinnen berichten aber auch, dass sie sich gut auf die praktische Tätigkeit als examinierte Pflegefachfrau vorbereitet fühlten und betrachten insbesondere die praktischen Einsätze als Chancen für ihren Berufseinstieg:

„Also die praktische Ausbildung hat einen gut vorbereitet.“ (B5: 56)

Drei Teilnehmerinnen schildern, dass sie durch einen längeren Ausbildungseinsatz auf der Station, auf der sie ihren Berufseinstieg erleben, gut auf das vorbereitet wurden, was sie nach dem Examen erwartet hat:

„[...] was bei mir halt der größte Faktor war, war einfach, dass ich vorher schon mal im Einsatz auf der Station war und dann im Examenseinsatz auch nochmal auf der Station und bevor ich dann als Examierte da angefangen hab, im Prinzip schon drei Monate als Schülerin da gearbeitet hab und dann war ich schon so im Thema drin und das hat glaube ich schon viel erleichtert.“ (B1: 46)

„Ich hatte einen drei Wochen Pädiatrie Einsatz ganz normal, wie alle haben auf der Station und hatte dann noch meinen vier Wochen Einsatz meinen Wunscheinsatz dort gemacht. Dementsprechend war ich halt natürlich dann auch nach der Ausbildung auf das, was da so bevorsteht eigentlich ganz gut vorbereitet, weil ich es halt einfach auch schon kannte durch die sieben Wochen, die ich dort war.“ (B4: 36)

5.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten

Herausforderungen: Die größten Herausforderungen haben die sechs Befragten im Bereich des vorhandenen Wissens und der Fähigkeiten erlebt. Alle berichten darüber, dass ihnen Fachwissen gefehlt hat:

„Also ich glaube, es gibt natürlich immer so Themen oder Krankheitsbilder, die man in der Ausbildung einfach nicht angesprochen hat, die nicht vorkamen oder auch zu wenig vorkamen.“ (B6: 16)

Insbesondere die Berufseinsteigerinnen, die im pädiatrischen Bereich und auf der Wöchnerinnenstation tätig sind, schildern Situationen, in denen sie auf Grund fehlenden Fachwissens und fehlender Erfahrung an ihre Grenzen geraten sind:

„Wenn zum Beispiel so ein Kind keine Luft mehr bekommt, das war eine Herausforderung, wie reagiere ich richtig, was mach ich jetzt.“ (B4: 56)

Sie haben das Gefühl, dass ihnen spezifische Fachinhalte fehlen:

„Aber es sind auch viele kinderspezifische oder pädiatrisch spezifische Themen, die man dann in der Generalistik halt nicht so vermittelt bekommen hat. [...] Dass ich einfach gemerkt habe, dass anfangs, als wir die erste NEC auf Station hatten, dass ich da wirklich nochmal nachlesen musste, was genau und worauf muss ich achten und wie sind die Therapien und so [...]“ (B1: 36)

„Ja, wir hatten jetzt auf Station öfter auch schon mal Kinder, eben aus der allgemeinen Pädiatrie, entweder mit Diabetes oder mit Kurzdarmsyndrom [...] also da dachte ich zum Beispiel auch schon mal so okay, das hätte mir jetzt irgendwie gefehlt, so ein bisschen also generell so bestimmte Sachen halt eben so in der Versorgung spezifisch in der Pädiatrie.“ (B2: 30)

Auch die Teilnehmerinnen aus dem Intensivbereich erlebten herausfordernde Situationen auf Grund des fehlenden Fachwissens und fehlender intensivmedizinischer Erfahrung:

„[...] was für mich anfangs schwierig war, dass ich das Gefühl hatte, dass ich Sachen noch nicht, weil das Fachwissen fehlt, nicht gut genug einschätzen konnte, dass wenn jetzt zum Beispiel ein Beatmungsgerät gebimmelt hat [...]

das sind halt einfach Sachen, die sich erst mit Berufserfahrung ergeben, die man einfach in der Praxis lernen muss.“ (B1: 14)

„[...] das erste Mal, wo ich meinen beatmeten Patienten hatte, da gab es das Problem, bei der Beatmung ist so ein Filter dran [...] und den muss man regelmäßig wechseln. Allerdings hatten wir an dem Tag auch noch ein neues System, an der Beatmung ausprobiert, was ein bisschen angefeuchtet hat und ich wusste noch nichts davon, dass es ein neues System ist. Und das hat die Luft angefeuchtet, damit der Patient besser atmen kann, aber in der gleichen Zeit ist ganz viel Wasser in den Filter reingebrochen, irgendwann war der Filter dicht. Und dann hat der Patient einfach keine Luft mehr bekommen und ich wusste nicht, woran das lag. Das war eine absolute Herausforderung. Mein Patient, ich habe gesehen, wie der absolut instabil auf einmal wird, ich weiß nicht, woran das liegt. Ich habe zum Glück ganz viele Kollegen um mich rum, die mir helfen konnten, aber das hat mich herausgefordert, um herauszufinden, was gibt es überhaupt, was können für Probleme sein bei der Beatmung. Was kann ich als erstes lösen, was kann ich als erstes probieren.“ (B3: 6)

Inbesondere medizinisches Fachwissen über Krankheitsbilder, Therapien und Medikamentenlehre empfinden die Berufsanfängerinnen als defizitär:

„Es gab es nur ganz ganz kleine Sachen, wenn man zum Beispiel spricht von einer kardialen Dekompensation, ich wusste ungefähr, was das ist. Ich wusste, was das Herz ist, ich wusste ungefähr wie das anatomisch strukturiert ist, die Symptome ungefähr von einer kardialen Dekompensation und im Prinzip das war es, also sprich, die Therapie habe ich erst richtig gelernt im Krankenhaus. Medizinisch, also mit dem medizinischen Hintergrund. Die medikamentöse Therapie, alles von den Medikamenten, Nebenwirkungen und Wirkung und was genau wann eingesetzt wird, das habe ich erst wirklich, mir selbst aneignen müssen, nachdem ich das in der Praxis gesehen habe.“ (B3: 42)

„Wir haben bei uns halt wirklich ein großes Spektrum an Erkrankungen oder Begleitsymptomen, die wir halt gar nicht als Thema hatten und da wirklich dann auch zu wissen, was wenn ich da jetzt was falsch mache, was geschieht dann, was sind die Auswirkungen. Und das wäre halt schön gewesen, wenn man das auch mal theoretisch durchgenommen hätte.“ (B5: 34)

Chancen: Trotz der vielfältigen Herausforderungen, die sich durch das fehlende Wissen und fehlende Fähigkeiten gestellt haben, berichten fünf der Befragten auch über vorhandenes Wissen und Fähigkeiten, die sie in der Phase der Berufseinmündung als hilfreich wahrgenommen haben:

„[...] generell auch so Kommunikation auch gerade mit den Kindern oder so und der Umgang. Ich denk das haben wir in der Schule und in der Theorie auch auf jeden Fall gelernt.“ (B2: 52)

„Also, ich würde schon sagen, viele Sachen habe ich mitgenommen und die natürlich auch, die mich positiv bereichert haben in der Pflege wie basale Stimulation, die in der Pflege dann auch wichtig waren oder einzelne Handgriffe, das bestimmt.“ (B4: 30)

„Also, wir hatten mal in der Schule ein Seminar über Tod und Sterben. Und da hatten wir halt auch diese ganzen Sterbephasen und das hat mir auf die Onkologie auf jeden Fall geholfen.“ (B5: 60)

Eine Interviewte zieht folgendes Resümee:

„Also, ich kann trotzdem nur sagen, dass ich mich in der Ausbildung oder danach gut vorbereitet gefühlt hab auf den Berufseinstieg.“ (B2: 62)

5.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung

Herausforderungen: In der Kategorie „strukturelle und organisatorische Voraussetzungen der Einrichtung“ schildern fünf Berufseinsteigerinnen Herausforderungen. Es handelt sich dabei überwiegend um Herausforderungen, die sich durch den Personalmangel und den Schichtdienst ergeben.

Vier Interviewte berichten über schwierige Situationen, die aus einer Personalknappheit resultieren:

„Ja, Personalmangel, das ist immer ein Thema. Und das ist auch besonders ein Thema, wenn so die Feiertage immer wieder mal da sind und dann vielleicht auch mehrere krank sind. [...] Es gab eine Nacht, wo wir dann zu viert saßen für eine Intensivstation für 15 Menschen, weil es dann auf einmal so ganz plötzlich viele Ausfälle gab. Das war dann natürlich auch herausfordernd, weil

wir dann, hatten dann drei Patienten, vier Patienten pro Person, das war schon sehr viel und wenn man mehrere Beatmungen oder Dialysen oder halt andere instabile Patienten betreut, dann ist das schon sehr stressig.“ (B3: 26)

„Ja, gut, durch diesen Pflegemangel haben wir halt nicht die Zeit für die Patienten. Gerade auf der Onkologie ist die Zeit für die Leute sehr, sehr wichtig, gerade präfinale, oder Leute, die jetzt eine schlimme Diagnose bekommen haben und gerne reden würden, dafür haben wir gar keine Zeit.“ (B5: 30)

Schwierigkeiten mit dem Schichtdienst und dem daraus resultierenden Stress schildern drei Befragte:

„Ja, also, der Schichtdienst ist natürlich, ja, der prasselt schon auf einen ein halt. Also der ist schon teilweise, habe ich jetzt auch oft gehabt, diese ständigen Spät-Früh-Wechsel, die auch einem jungen Menschen sehr zu schaffen machen. [...] Also man kommt gar nicht zum Abschalten, also ich zumindest nicht. [...] Man ist Dauer auf der Arbeit, man ist Dauerstress ausgesetzt und diesen einen Tag, den man dann vielleicht mal hat, der bringt einen auch nicht runter.“ (B4: 40)

„Ja, gut, das sind dann halt diese Spätfrühwechsel, die sind halt nicht so schön.“ (B5: 38)

Eine Berufseinsteigerin berichtet darüber, dass eine wichtige Fortbildung zu spät eingeplant wurde:

„[...] dieses BLS Training, was ich eigentlich immer sehr wichtig fand, kam jetzt bei mir ein bisschen spät. Das hatte ich vor kurzem erst. Aber auch nach meiner ersten Reanimation. Das war dann so, vielleicht hätte man das irgendwie ein bisschen früher planen können [...]. (B6: 50)

Auch Sparmaßnahmen, die die Versorgungsmaterialien betreffen, haben einer Teilnehmerin den Einstieg erschwert:

„Ich fand die Umstellung zu einem kleineren Krankenhaus, was die Größe und den Umfang angeht, ein bisschen schwierig. Weil man auch, das hat man schon gemerkt, dass das Budget von so einem kleineren Haus, was gewisse Materialien und so angeht, schon eingeschränkter ist. [...] Aber, da gibt es

bestimmt auch also Dinge, mir fällt jetzt kein konkretes Beispiel ein, wo es schon, wo man es schon sehr stark merkt, dass es halt einfach fehlt vom Budget und vom, ja, wie man es auf der Station nutzen würde, was einem bestimmt auch die Arbeit erleichtern würde.“ (B6: 52)

Eine weitere Berufseinsteigerin erlebte die negative Einstellung zur generalistischen Pflegeausbildung als herausfordernd:

„Ich finde es so schade, dass auf den Stationen so viel so ankommt, okay die Generalistik einfach und das so ein bisschen alles negativ behaftet wird. Ich finde nicht alles daran schlecht und ich meine, wir haben auch eine Ausbildung gemacht. Ich habe ganz oft das Gefühl, es wird so, ja, die anderen, so die, die noch nach der alten Ausbildung so gelernt haben, so ja alles so negativ gesehen und die Ausbildung wäre weniger wert oder so, weil wir teilweise dann halt eben auch andere Einsätze hatten, wo wir vielleicht andere Dinge gelernt haben. Ja, das finde ich so ein bisschen schade, dass das so negativ behaftet ist, weil ich finde es trotzdem einen schönen Beruf und die Ausbildung ist nun mal jetzt so, und ich, und es gibt auch durchaus positive Seiten an der neuen Ausbildung.“ (B2: 58)

Chancen: Im Bereich der Chancen nehmen strukturelle und organisatorische Vorgaben eine entscheidende Rolle ein. Alle sechs Interviewpartnerinnen haben sich durch unterschiedliche Angebote der Einrichtung unterstützt gefühlt.

Am häufigsten benannt werden in diesem Zusammenhang angebotene Fortbildungen bzw. Fortbildungsprogramme, die den Berufseinstieg begleiten. Vier Interviewte empfanden das als unterstützend:

„Und dann gibt es auch noch für Intensivmitarbeiter besonders, gibt es jeden Monat irgendwelche Fortbildungen [...] Wir hatten, ein Atemtherapeuten hat zum Beispiel bei uns jetzt vor kurzem einen Vortrag gehalten bezüglich Bauchlagerung. Das, wie man das genau durchführt, was man genau damit machen kann und so weiter. Also es ist auf jeden Fall, dass das den Angebot haben wir, ja und den nutzen wir auch eigentlich völlig aus.“ (B3: 44)

Eine Berufseinsteigerin berichtet von einem Starterprogramm, in das Fortbildungen integriert waren, die ihr den Einstieg erleichtert haben:

„Was auch sehr unterstützend war nach der Ausbildung, die ganzen Fortbildungen, [...] das war in diesem Starterprogramm, hieß es, war das einfach fest verankert, dass man nach der Ausbildung sämtliche Fortbildungen zu machen hat, wie Port-Katheterpflege oder Basic, also Reanimation Basic Live Support, dass man halt wirklich die Sachen, die wirklich, wo es jetzt drauf ankommt, dass man die nochmal verinnerlicht hat. Und auch jetzt, dass wir auf jeden Fall einmal im Jahr zur Neugeborenen Reanimation müssen und auch zum Erwachsenen reanimieren, dass da die Angebote sind, dass wir selber auch sagen können, wir möchten uns fortbilden. [...] Also die Möglichkeiten sind da, womit ich mich ja dann auch im Alltagsleben sicherer fühle [...].“
(B4: 52)

Ebenfalls vier Interviewpartnerinnen sehen die Möglichkeiten Dienstplanwünsche zu äußern als unterstützend für ihren Berufseinstieg. Sie betrachten es als Chance, dass sich bemüht wird, Wünsche zu berücksichtigen und dass es ermöglicht wird, Dienste zu tauschen:

„Dienstplanwünsche kann man immer äußern, das finde ich sehr gut, weil es einem auch so ein bisschen die Möglichkeit gibt, flexibel zu sein oder sich selber persönlich auch besser, also besser Dinge zu planen, wenn man weiß, okay, man kann sich jetzt an dem Tag den Frühdienst wünschen und es wird auch in den meisten Fällen so umgesetzt.“ (B6: 46)

„[...] Ich hatte auch mehrmals die Situation, dass ich was getauscht hab oder wenn dann doch irgendwas war, dass man gesagt hat, hey mir passt der Dienst hier nicht so ganz, kann man irgendwas dran ändern. Also dass sich da schon gekümmert wurde oder dass man zumindest jemanden hat, an dem man sich wenden kann, wenn irgendwas ist. Das ist auf jeden Fall unterstützend, wenn ich weiß, ich muss im nächsten Monat den einen Tag frei haben und ich erwähne das frühzeitig, dass das auch umgesetzt wird.“ (B4: 52)

Die Relevanz einer guten Einarbeitung bzw. eines Mentoring durch erfahrene Pflegefachpersonen der Station wird von zwei Berufseinsteigerinnen betont. Sie berichten, dass es durch die kontinuierliche Begleitung möglich war, ihr Wissen auszubauen und Sicherheit zu erlangen:

„[...] was bei mir auch sehr gut gelaufen ist, war die Einarbeitung, weil ich immer dieselbe Schwester hatte, mit der ich zusammengelaufen bin und dann konnte man halt gut immer anknüpfen und man wusste gegenseitig wie ist gerade der Wissensstand, was für Kinder können wir als nächstes machen, was kann man sich zutrauen und konnten einfach super viel auch theoretische Sachen nochmal durchsprechen [...].“ (B1: 38)

„[...] zur Einarbeitung war es auf Station, dass die halt eben ein ziemlich ausgearbeitetes Konzept halt eben haben, was die Einarbeitung angeht. Ich bin die ersten drei Monate auch immer nur mit einer Kollegin zusammen geplant gewesen, wirklich jeden Tag, sodass man halt eben wirklich auch an der Einarbeitung arbeiten konnte. [...] Da wurde schon sehr drauf geachtet, sodass ich mich da auch gut und sicher gefühlt habe.“ (B2: 38)

Zwei Teilnehmerinnen schildern, dass sie den persönlichen Kontakt untereinander und vor allem auch zur Pflegedienstleitung als wertvoll und unterstützend empfinden:

„[...] die Pflegebereichsleitung führt halt zu jedem Anliegen immer persönliche Gespräche mit einem, was finde ich auch viel wert ist, also zur Einstellung halt, obwohl ich schon hier gearbeitet habe und obwohl man sich so aus dem Stationsalltag kennt, wenn sie mal vorbeikommt oder so, wurde halt trotzdem zur Einstellung dann nochmal ein persönliches Gespräch geführt und dann hat sie auch nochmal gefragt was so meine Ideen von der Zukunft sind und so und hat dann halt auch angeboten, dass man immer zu ihr kommen kann und auch auf Fachweiterbildungen hingewiesen und sowas.“ (B1: 54)

Eine Interviewte erwähnt darüber hinaus finanzielle Anreize als Chance:

„Wir haben ja diese Prämie bekommen so eine Übernahmeprämie. Die hat natürlich gut unterstützt. Also das war schon ein schöner Anreiz, muss man sagen.“ (B1: 54)

5.6 Interaktion mit zu pflegenden Menschen

Als weitere Kategorie wurde die Interaktion mit den zu pflegenden Menschen aufgenommen. Drei Interviewpartnerinnen schilderten Situationen in diesem Bereich.

Herausforderungen: Eine Befragte sieht hier Schwierigkeiten durch herausforderndes Verhalten von Patient*innen:

„Ja, was ich eben so ein bisschen meinte mit herausforderndem Verhalten von Patienten. Dass oft auch teilweise Hilfe abgelehnt wird, obwohl Hilfe gebraucht wird oder der Patient sich aufgrund Erkrankungen wie Demenz oder so nicht auch nicht helfen lassen. Das falsch einschätzen, das nicht annehmen, was man den Patienten vorschlägt an Maßnahmen.“ (B6: 10)

Chancen: Zwei andere nehmen die Interaktion als Chance wahr. Eine Interviewteilnehmerin schildert es als bereichernd, eine intensive Beziehung mit den zu pflegenden Menschen aufzubauen:

„Bei uns sind die Patienten auch relativ lang auf der Station und man baut ja auch so eine gewisse Bindung auf und es war dann auch einfach schön zu sehen, okay, man muss jetzt so wie in der Ausbildung nicht irgendwie wieder weg, sondern kriegt halt auch einfach einen ganz anderen Bezug, so zu den Patienten und den Kindern. Und da fand ich es auch schön, einfach zu sehen, wenn man so mit denen interagiert und die sich auch einfach schon freuen, dass man wieder da ist.“ (B2: 42)

Auch die Mitarbeit, die bestehende Erfahrung oder auch das Mitteilen von Bedürfnissen von Seiten der zu pflegenden Menschen wird als unterstützend wahrgenommen:

„Ja, andererseits unterstützend ist natürlich halt, sind wirklich auch die Patienten selber teilweise, wenn man zum Beispiel ein Familienzimmer hat oder Patienten, die vielleicht schon das 3./ 4. Kind haben, die einfach wissen, wie es geht. [...] Oder Patienten, die einfach auch von alleine äußern, wo es hakt oder wo das Problem ist, dass man da gezielt darauf hinarbeiten kann [...].“ (B4: 44)

5.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die befragten Berufseinsteigerinnen herausfordernde Situationen vorrangig auf Grund von fehlendem Wissen und fehlenden Fähigkeiten sowie im Zusammenhang mit der Übernahme ihrer neuen Rolle und der neuen Verantwortlichkeit erlebt haben. Sie schildern, dass sie

sich, insbesondere was das medizinische Fachwissen angeht, nicht ausreichend auf ihre Tätigkeit, vor allem in den spezialisierten Bereichen der Pädiatrie und der Intensivpflege, vorbereitet fühlten. Ihre neue Rolle als examinierte Pflegefachfrau, mit der eine ganz neue Verantwortung verbunden ist, hat die Teilnehmerinnen herausgefordert, da sie sich teilweise nicht bereit fühlten, eigenständig Entscheidungen zu treffen, zu priorisieren, den Überblick zu behalten und Aufgaben zu delegieren. Auch das Alter scheint relevant zu sein. Die Berufseinsteigerinnen fühlten sich nicht ausreichend ernst genommen und zu jung, um schwierige Kommunikationssituationen zu meistern. In den übrigen Kategorien haben die Pflegefachfrauen ebenfalls Herausforderungen erlebt. Im intraprofessionellen Team gestaltete sich der Übergang von der Auszubildenden zur Examinierten schwierig, eine Teilnehmerin erlebte Mobbing. Auch die Kommunikation mit der Berufsgruppe der Ärzt*innen stellte die Interviewten vor Schwierigkeiten. Sich in diesem Rahmen zu behaupten und für sich und die zu pflegenden Menschen einzustehen, empfanden einige als herausfordernd. Beim Abgleich zwischen der entwickelten Vorstellung von Pflege und der vorgefundenen Realität berichten die Interviewten von herausfordernden Situationen, die sich durch den Theorie - Praxis - Konflikt ergeben. Oft fehlte die Zeit, Gelerntes auf der Station umzusetzen. Eine Befragte war nicht darauf vorbereitet, vermehrt mit dem Thema Tod und Sterben konfrontiert zu werden und empfand das als große Herausforderung. Schwierigkeiten, die sich auf Grund struktureller und organisatorischer Voraussetzungen der Einrichtung ergeben, beschreiben die Interviewpartnerinnen insbesondere als Folge des Personalmangels und des Schichtdiensts. Aber auch ein eingeschränktes Budget sowie eine negative Einstellung zur generalistischen Pflegeausbildung empfanden die Teilnehmerinnen als belastend. Eine Befragte schildert zusätzlich eine Situation als schwierig, die durch herausforderndes Patientenverhalten hervorgerufen wurde.

Chancen sehen die Berufseinsteigerinnen vorrangig in den Beziehungen im intra- und interprofessionellen Team sowie durch Unterstützungsangebote der Einrichtung. Alle Befragten schildern in diesen beiden Kategorien Aspekte, die sie als besonders positiv erlebt haben. Bei den Beziehungen im intra- und interprofessionellen Team fühlen sich die Interviewten durch eine gelungene Aufnahme im Team unterstützt. Auch Erklärungen und Gespräche mit Ärzt*innen haben ihnen den Berufseinstieg erleichtert. Bei den Angeboten der Einrichtung werden insbesondere

Fortbildungsangebote und -programme als unterstützend wahrgenommen. Auch die Begleitung der Einarbeitung durch Pflegefachpersonen der Station, bzw. Mentoringprogramme, werden von den Berufseinsteigerinnen als Chancen benannt. Die Möglichkeit, Dienstplanwünsche zu äußern und der persönliche Kontakt zur Pflegedienstleitung werden ebenfalls positiv bewertet. Eine Teilnehmerin fühlte sich durch finanzielle Anreize unterstützt. Obwohl die Kategorie „vorhandenes Wissen und Fähigkeiten“ die meisten Herausforderungen für die Berufseinsteigerinnen beinhaltet, sehen fünf von ihnen hier auch Chancen. Einzelne Inhalte, wie z.B. Kommunikation oder ein Seminar zum Thema Tod und Sterben, werden als hilfreich für den Einstieg wahrgenommen. Der Abgleich zwischen der Vorstellung von Pflege und der vorgefundenen Realität gelingt den Teilnehmerinnen bedingt durch vorangegangene Praxiseinsätze gut. Sie sehen es als Chance, dass sie durch Einsätze auf den Stationen, auf denen sie als examinierte Pflegefachfrauen ihren Berufseinstieg erleben, bereits eine Vorstellung davon erlangen konnten, was sie erwartet. Auch die Übernahme der neuen Rolle birgt Möglichkeiten. Fünf Befragte schildern Situationen, in denen sie sich durch die Übernahme der Verantwortung weiterentwickeln konnten. In der neu gebildeten Kategorie „Interaktion mit zu pflegenden Menschen“ beschreiben zwei Berufseinsteigerinnen Chancen, die sie durch den Aufbau einer Bindung zu den Patient*innen bzw. in der Kommunikation mit zu pflegenden Menschen wahrnehmen.

Werden nun die unterschiedlichen Voraussetzungen der Befragten betrachtet, so kann kein Unterschied festgestellt werden zwischen Berufseinsteigerinnen, die in einer Klinik der Maximalversorgung arbeiten und anderen, die in kleineren Häusern beschäftigt sind. Auch die Größe der Pflgeteams scheint keinen Einfluss auf Herausforderungen oder Chancen im Bereich der Kategorie „Beziehungen“ zu haben. Da die Interviewten alle in einem ähnlichen Alter sind und die generalistische Ausbildung als Erstausbildung absolviert haben, kann in diesen Punkten keine Differenzierung erfolgen.

6. Diskussion

Diese Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, das Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung zu untersuchen. Dabei soll erfasst werden, welche Herausforderungen sich den Berufseinsteiger*innen stellen und welche Chancen sie sehen, bzw. was besonders gut gelaufen ist und wodurch sie sich unterstützt gefühlt haben. In diesem Kapitel soll anhand der Erkenntnisse aus dem Theoretisch - Strukturellen Rahmen ein Zusammenhang zu den Ergebnissen dieser Forschung hergestellt werden. Dabei werden Besonderheiten der Ergebnisse herausgegriffen, zur Diskussion gestellt und interpretiert. Auch das methodische Vorgehen und die Gütekriterien werden aufgegriffen und diskutiert. Limitationen dieser Arbeit werden aufgezeigt.

6.1 Einordnung der Ergebnisse und Betrachtung vor dem Hintergrund der bekannten Befunde zum Berufseinstieg

Im Theoretisch - Strukturellen Rahmen konnte, basierend auf der vorhandenen Literatur zum Berufseinstieg professionell Pflegender, herausgestellt werden, dass die folgenden Aspekte das Erleben des Berufseinstieg besonders beeinflussen:

- Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit
- Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit)
- Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität
- Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten
- Strukturen und Organisation der Einrichtung

In allen benannten Bereichen äußern auch die Interviewpartnerinnen dieser Studie sowohl Herausforderungen als auch Chancen. Darüber hinaus stellte sich bei der Befragung heraus, dass die Interaktion mit den zu pflegenden Menschen einen Einfluss auf den Berufseinstieg nehmen kann.

In der Kategorie „Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit“ beschreiben die Befragten Herausforderungen bezogen auf das selbständige Treffen von Entscheidungen, die Priorisierung von Aufgaben, ein selbstbewusstes Auftreten trotz des jungen Alters und das Delegieren von Aufgaben (vgl. B 1: 18; B 2: 8; B 3: 12; B 4:

10; B 5: 12; B 6: 22). Es handelt sich hier um die am zweithäufigsten benannte Kategorie in den Interviews. Das verdeutlicht, dass diese neue Verantwortlichkeit einen bedeutenden Aspekt darstellt. Auch in den Untersuchungen von Duchscher (2008; 2023) nehmen die Kategorien des Rollenwechsels und der Verantwortlichkeit eine entscheidende Position in der Übergangsphase ein. Sie machen einen Teil der Erfahrungen des sogenannten Transitionsschocks aus, den sie in den ersten vier Monaten des Berufseinstiegs verortet. Zusätzlich wird in vier der einbezogenen Studien aus dem internationalen Raum die Verantwortungsübernahme als Herausforderung benannt (vgl. Kapitel 3.6). Somit bestätigen die Ergebnisse dieser Untersuchung die Vorannahme, dass resultierend aus einem geringen Erfahrungsschatz der frisch examinierten Pflegefachpersonen, die neue Rolle mit einer neuen Verantwortlichkeit eine Herausforderung darstellt. Einige Interviewteilnehmerinnen schildern in ihren Ausführungen geeignete Unterstützungsmöglichkeiten für diese Herausforderung. Sie beschreiben den Rückhalt durch das Team bzw. das zur Seite Stellen eines Mentors/ einer Mentorin als hilfreich. Durch das Wissen, dass jemand da ist, der unterstützen könnte, erlangen die Berufseinsteigerinnen Sicherheit (vgl. B 2: 38; B 1: 12). Auch Sorber/ Knecht (2023a: 128) empfehlen das Schaffen eines unterstützenden Umfelds als hilfreich für den Übergang in den Pflegeberuf. Benner (2012: 210) konstatiert, dass Berufseinsteiger*innen, die sich auf der Stufe der fortgeschrittenen Anfänger*innen befinden, erfahrene Pflegende als Unterstützung zur Seite gestellt werden müssen, damit sie in einem geschützten Rahmen Pflegeerfahrungen in komplexen Pflegesituationen sammeln können, um weitere Stufen zu erreichen. Gleichzeitig dient der Aspekt des Rollenwechsels und der Übernahme der neuen Verantwortung aber auch als Chance. In den bekannten Befunden zum Berufseinstieg wird dieser Punkt hauptsächlich als herausfordernd dargestellt. In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass vier der Befragten ihre neue Rolle als Möglichkeit der Weiterentwicklung wahrnehmen (vgl. B 2: 40; B 3: 36; B 4: 48; B 6: 34). Sie sind auf sich allein gestellt und es bleibt keine Wahl, Entscheidungen abzugeben oder sich auf andere zu verlassen. Dadurch fühlen sie sich in der Aneignung von Erfahrungswissen unterstützt (vgl. Kapitel 5.1). Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass es von Vorteil sein könnte, wenn die Übernahme neuer Verantwortlichkeit bereits in der Ausbildung in einem geschützten Rahmen mit den angehenden Pflegefachpersonen trainiert wird. Dies könnte durch die Übernahme eigener Patien-

tengruppen im dritten Ausbildungsjahr ermöglicht werden, wie es von zwei Interviewpartnerinnen als unterstützend beschrieben wird (vgl. B 3: 34; B 5: 14). Auch Sorber (2013: 181) empfiehlt eine frühe Anleitung zur Verantwortungsübernahme in einem geschützten Raum innerhalb der Ausbildung.

In der Kategorie der „Beziehungen“ erlebten einige der befragten Berufseinsteigerinnen das Ankommen im Team erschwert durch den Wechsel von der Rolle der Auszubildenden zur examinierten Pflegefachperson. Zum Teil waren sie bereits als Auszubildende auf den Stationen, auf denen sie ihren Berufseinstieg erlebten und hatten Bedenken weiterhin in dieser Rolle und nicht als examinierte Pflegefachfrau gesehen zu werden (vgl. B 2: 12; B 3: 18). Eine Teilnehmerin berichtet auch von der Skepsis anderer Pflegenden gegenüber Neuerungen (vgl. B 6: 10). Duchscher (2023: 50) beschreibt im Bereich der Beziehungen ebenfalls Schwierigkeiten mit der Sozialisation. Als Lösungsmöglichkeit schlägt sie vor, bereits in der Ausbildung die personalen Kompetenzen zu fördern und die Sozialisation im Berufsfeld frühzeitig zu ermöglichen (zitiert nach Müller 2023b: 138). In der Interviewstudie, die sich aus der Sicht der Mentor*innen mit geeigneten Interventionen zur Unterstützung des Berufseinstiegs professioneller Pflegenden beschäftigt, stellen Sorber/Knecht (2023b: 133) heraus, dass die Mentor*innen insbesondere den ersten Tagen eine hohe Bedeutung für das Ankommen im Team beimessen. Durch eine wertschätzende Atmosphäre und eine zugewandte Kommunikation kann hier der Grundstein für einen gelungenen Einstieg gelegt werden. Diese Erkenntnisse sprechen erneut dafür, dass den Berufseinsteiger*innen von Beginn an feste Bezugspersonen zur Seite gestellt werden, die sie im Prozess des Ankommens begleiten. Diese Unterstützung könnte auch hilfreich sein, wenn es um die Kommunikation im interprofessionellen Team geht. Die Interviewteilnehmerinnen beschreiben, dass sie sich nicht ernst genommen fühlen und Schwierigkeiten haben, sich gegenüber der Profession der Ärzt*innen zu behaupten (vgl. B 3: 20; B 4: 16; B 6: 12). Hier könnte wiederum das frühe Training personaler Kompetenzen, wie Duchscher es vorschlägt, hilfreich sein und die Berufseinsteiger*innen in der Entwicklung eines professionellen Auftretens unterstützen.

Entsprechend der Empfehlungen aus der Literatur, die Berufsanfänger*innen durch erfahrene Pflegenden zu begleiten, berichten die Befragten in den Interviews, dass

sie sich gerade in diesem Bereich durch das Team sehr gut unterstützt fühlen. Alle Teilnehmerinnen erlebten Chancen im Bereich der Kategorie Beziehungen. Sie berichten, dass sie jederzeit auf Mitglieder des Teams vertrauen und sich Unterstützung einfordern können (vgl. B 1: 24; B 3: 46; B 4: 44; B 5: 44; B 6: 22). Auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit erlebten sie durch Erklärungen und die Beantwortung von Fragen durch Ärzt*innen Situationen, die sie als hilfreich bewerten (vgl. B 2: 46; B 3: 38; B 5: 54; B 6: 42). Es zeigt sich, dass im Bereich der Kategorie Beziehungen zwar Herausforderungen und Chancen erlebt wurden, dass jedoch die wahrgenommene Unterstützung hier überwiegt. Die Berufseinsteiger*innen nach der generalistischen Pflegeausbildung haben durch die vielen praktischen Einsätze bereits Erfahrungen mit unterschiedlichen Teams gesammelt und sind teilweise dem Team der Station bekannt, auf der sie ihre Tätigkeit als examinierte Pflegefachkraft aufnehmen. Die ermittelten Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese Tatsache das Ankommen nach der Ausbildung erleichtert.

Die Diskrepanz zwischen der Vorstellung von einem Pflegealltag auf der Station und der vorgefundenen Realität stellt in den bekannten Befunden, sowohl in den Untersuchungen von Duchscher als auch in den einbezogenen internationalen Studien, einen entscheidenden Aspekt in der Phase der Berufseinmündung dar. Duchscher (2023: 28) malt hier ein Bild überforderter Berufsanfänger*innen, die durch die mangelnde Übereinstimmung zwischen Theorie und Praxis sowie durch begrenzte praktische Erfahrung verunsichert sind. Auch Aldosari et al. (2020: 10), Hawkins et al. (2018: 9) und Toothaker et al. (2022: 15) stellen heraus, dass die frisch examinierten Pflegefachpersonen auf den Stationen häufig mit Situationen konfrontiert werden, die sich von dem unterscheiden, was sie erwartet haben. In diesem Punkt zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie einen entscheidenden Unterschied. Obwohl zwei Teilnehmerinnen beschreiben, dass sie der Konflikt zwischen Theorie und Praxis herausgefordert hat (vgl. B 3: 40; B 4: 28), sehen fünf Befragte vorangegangene Praxiseinsätze als Chance und Vorbereitung auf das, was sie nach der Ausbildung im Stationsalltag erwartet (vgl. B 1: 46; B 2: 20; B 3: 40; B 4: 36; B 5: 56). Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass der Praxisschock, wie Duchscher (2008; 2023) ihn beschreibt, bzw. der Realitätsschock nach Kramer (1974) bei den Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung in Bezug auf

die Diskrepanz zwischen einer entwickelten Vorstellung von Pflege und der vorgefundenen Realität, ausbleibt. Zu vermuten ist, dass der hohe Anteil von 2500 Stunden in der praktischen Ausbildung (vgl. Kapitel 2.1) den angehenden Pflegefachpersonen ein realistisches Bild der Pflegepraxis aufzeigt und sie entsprechend auf den Alltag im Beruf vorbereitet. Auch in den Untersuchungen von Duchscher wird deutlich, dass bei Studierenden, die zum Ende des Studiums ein Praktikum in dem Bereich absolvieren, in dem sie nach dem Studium arbeiten möchten, der Transitionsschock abgemildert ausfällt (vgl. Duchscher 2023: 46). Müller (2020: 199) gelangt durch die Auswertung einer Gruppendiskussion mit Studierenden des Bachelorstudiengangs Pflege zu der Erkenntnis, dass der Realitätsschock bereits kurz nach Ausbildungsbeginn stattfindet. Sie sieht die Lehrenden in Theorie und Praxis hier in der Rolle der Mentor*innen (vgl. Müller 2023b: 138). Zu empfehlen wäre, schon in der Ausbildung die Verzahnung von Theorie und Praxis weiter zu fördern und die Auszubildenden durch strukturierte Praxisanleitung zu unterstützen. Diese Empfehlungen decken sich mit den Erkenntnissen von Olden et al. (2023: 254), die in ihrer Studie zum Ausbildungserleben aus Sicht der Auszubildenden herausstellen, dass die Befragten sich einen vermehrten Austausch zwischen Schule und Praxis sowie eine Verbesserung der Quantität und Qualität von Praxisanleitung wünschen.

In der vorliegenden Studie zeigt sich, dass die Berufseinsteigerinnen die größte Herausforderung im Bereich von fehlendem Wissen und von fehlenden Fertigkeiten sehen. Alle Befragten schildern, dass ihnen Fachwissen fehlt (vgl. B 1: 14; B 2: 30, B 3: 6; B 4: 56; B 5: 32; B 6: 16). Insbesondere in den spezialisierten Bereichen der pädiatrischen Pflege und der intensivmedizinischen Pflege empfinden die Interviewten Defizite in Bezug auf medizinisches Wissen. Auch Duchscher (2023: 51f.) beschreibt fehlendes Wissen als Herausforderung für den Übergang, dabei spricht sie davon, dass vorhandenes Wissen aufgrund der Übergangserfahrung nicht verfügbar sei. Die Befragten der vorliegenden Untersuchung sind eher der Auffassung, dass zu wenig spezialisiertes Wissen in der Ausbildung vermittelt wurde. An dieser Stelle muss bedacht werden, dass die Berufseinsteiger*innen in der Praxis mit unterschiedlichen, teils sehr negativ behafteten, Einstellungen zur generalistischen Pflegeausbildung konfrontiert werden (vgl. Kapitel 2.3). Dies schildert auch eine Befragte und bringt zum Ausdruck, dass ihr vermittelt wird, dass ihre Ausbildung

„weniger wert ist“ (vgl. B 2: 58). Möglicherweise verstärkt dies das Empfinden der Interviewten, das eigene Fachwissen sei nicht ausreichend. Die Einschätzung der Teilnehmerinnen impliziert, dass es im Anschluss an die generalistische Pflegeausbildung Programme geben muss, die die Berufsanfänger*innen weiter spezialisieren und ihren Einstieg begleiten. Auch Drude (zitiert nach Lücke 2023: 63) sieht die Ausbildung als eine „breit gefächerte Grundausbildung“, die einer weiteren Spezialisierung bedarf. Werden diese Erkenntnisse in Bezug gesetzt zu dem Model der stufenweisen Kompetenzentwicklung nach Benner, so kann zunächst von einem Widerspruch ausgegangen werden. Benner konstatiert, dass die Entwicklung von einer Kompetenzstufe zur nächsten hauptsächlich auf der Erfahrung mit Praxissituationen beruht. Die Berufsanfänger*innen befinden sich laut Benner auf der Stufe der fortgeschrittenen Anfänger*innen, deren Handeln hauptsächlich regelgeleitet erfolgt (vgl. Kapitel 3.4). Daraus lässt sich ableiten, dass auf dieser Stufe Wissen benötigt wird. Es ist davon auszugehen, dass dieses Regelwissen dem Grundwissen entspricht, welches in der Ausbildung erworben wird. Da sich die Praxis in den Berufsfeldern wie der Intensivpflege oder der pädiatrischen Pflege jedoch immer komplexer und spezialisierter darstellt, kann dieses Grundwissen nicht ausreichen, hier ist zusätzlich spezialisiertes Wissen gefragt. In einer Einarbeitung, die durch ein Programm begleitet wird, in dem sowohl eine Wissensvermittlung als auch eine Begleitung in der Praxis vorgesehen ist, könnte durch ein Zusammenspiel von Wissenserwerb und Praxiserfahrung die Kompetenzentwicklung der Berufseinsteiger*innen unterstützt werden.

Das in der Ausbildung vermittelte Wissen und die erlangten Fertigkeiten bieten den Berufsanfängerinnen aber in manchen Bereichen auch eine Basis für den Einstieg und unterstützen sie im Ankommen. So beschreiben fünf Befragte unterschiedlichste Unterrichtsinhalte als hilfreich (vgl. B 1: 42; B 2: 52; B 4: 30; B 5: 60; B 6: 16).

In der Kategorie „Strukturen und Organisation der Einrichtung“ berichten die Interviewtenehmerinnen über Herausforderungen, wie z.B. den Personalmangel und den Schichtdienst. Insbesondere identifizierten sie hier aber Unterstützungsmöglichkeiten. Als besonders wertvoll empfinden die Befragten Fort- und Weiterbil-

dungsprogramme, die entweder fest integriert die Einarbeitung begleiten oder Themen aufgreifen, die für den Übergang besonders relevant erscheinen (vgl. B 1: 48; B 3: 44; B 4: 52; B 5: 66). Zwei der Berufseinsteigerinnen wurden durch Mentor*innen begleitet und empfanden das als sehr hilfreich (vgl. B1: 38; B 2: 38). Diese Erkenntnisse entsprechen den Wünschen, die auch die Befragten der Studie zur Berufseinmündung durch das DIP (2022) äußern. Die Studie stellt heraus, dass eine gute Einarbeitung sowie ein großes Fort- und Weiterbildungsangebot die Wahl der Arbeitsstelle beeinflussen (vgl. Isfort/ Gessenich/ Tucman 2022: 71 f.). Sorber/ Knecht (2023a: 129) stellen in ihrem Artikel einige Trainee-/ Berufseinstiegsprogramme im deutschsprachigen Raum vor und betonen den Bedarf der Weiterentwicklung in diesem Bereich. Sie gelangen in ihrer Studie zur Unterstützung des Berufseinstiegs neu examinierter Pfleger*innen aus Sicht der Mentor*innen zu der Erkenntnis, dass Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen, um Berufseinsteiger*innen individuell und über einen längeren Zeitraum beim Übergang zu begleiten (vgl. Sorber/ Knecht 2023b: 133 f.). Die gleiche Ansicht vertreten Hawkins et al. (2018: 10) und betonen den Bedarf der kontinuierlichen Begleitung der Berufsanfänger*innen auch über die Orientierungsphase hinaus.

Als zusätzlicher beeinflussender Aspekt konnte in dieser Untersuchung die Interaktion mit den zu pflegenden Menschen identifiziert werden. Da dieser Punkt von drei Befragten explizit benannt wurde, erfolgte die induktive Bildung einer zusätzlichen Kategorie. Die Tatsache, dass der Aspekt in den vorhandenen Studien nicht eigens aufgeführt wird, kann dem Umstand geschuldet sein, dass die Schilderungen möglicherweise auch unter die Kategorie „Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit“ subsumiert werden können.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich ein Großteil der ermittelten Ergebnisse dieser Studie mit den Vorannahmen aus dem internationalen Raum und den Befunden von Sorber/ Knecht (2023) decken. Insbesondere in der Kategorie „Abgleich der Vorstellung von Pflege und der Realität“ zeigen sich jedoch Unterschiede zu den internationalen Befunden, die sich aus Untersuchungen mit Pflegestudierenden ergeben haben. So kann herausgestellt werden, dass sich die Absolvent*innen der generalistischen Pflegausbildung durch die vorausgegangenen Praxiseinsätze besser auf die praktische Tätigkeit nach dem Examen vorbereitet fühlen.

Weitere Unterschiede sind auch in anderen Kategorien zu erkennen. So beschreiben einige Teilnehmende den Übergang in die neue Rolle nicht nur als herausfordernd, sondern sehen, entgegen der Beschreibung in den internationalen Befunden, hier auch die Chance der Weiterentwicklung. Auch im Bereich der Beziehungen werden von den Befragten mehr positive Aspekte als Herausforderungen geschildert, sie fühlen sich insbesondere durch das Pflorgeteam in ihrem Einstieg unterstützt. In der Kategorie „vorhandenes Wissen und Fähigkeiten“ steht nicht, wie international häufig beschrieben, das fehlende Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten oder das vorhandene Wissen im Vordergrund. Vielmehr sehen die befragten Berufseinsteigerinnen spezialisiertes medizinisches Wissen als defizitär. Wie in der Literatur empfohlen, empfinden auch die Interviewten Fort- und Weiterbildungsprogramme sowie einen begleiteten Einstieg durch Mentor*innen als geeignete Unterstützung für den Übergang.

Nachdem die ermittelten Ergebnisse in Bezug zum Theoretisch - Strukturellen Rahmen betrachtet wurden, erfolgt im nächsten Kapitel ein kritischer Blick auf das methodische Vorgehen dieser Untersuchung.

6.2 Reflexion des methodischen Vorgehens und der Gütekriterien

Wie in Kapitel 4.5 bereits dargelegt, existieren keine Empfehlungen für ein einheitliches Vorgehen zur Erfassung der Güte qualitativer Forschung. Im Rahmen dieser Studie erfolgt die Reflexion des methodischen Vorgehens anhand der zentralen Aspekte qualitativer Forschung nach Lamnek/ Krell (2016: 33).

Das Prinzip der „Offenheit“ konnte mit Hilfe der halbstandardisierten Interviews nach Flick umgesetzt werden. Es bestand zwar ein deduktiv entwickeltes Kategoriensystem, das die Entwicklung des Interviewleitfadens strukturierte und damit eine vollkommene Offenheit ausschließt, die Forscherin war jedoch offen für neue Aspekte und gestaltete das Interview flexibel und individuell. Die Befunde zum Berufseinstieg professionell Pflegender, auf deren Grundlage das Kategoriensystem entwickelt wurden, erwiesen sich als passend. Auch das Kategoriensystem selbst zeigte sich praktikabel. So wurden zu allen Aspekten auch von den Teilnehmerinnen Herausforderungen und Chancen geschildert.

Der Aspekt „Forschung als Kommunikation“ konnte ebenfalls durch die Interviews, in denen die Forscherin mit den Berufseinsteigerinnen in die Interaktion trat, erfüllt werden. Das Ausweichen von der „face-to-face“ Situation auf Videokonferenzen über Zoom zeigte sich hier unkompliziert. Die Interaktion wurde davon nicht beeinflusst. Die Form des episodischen Interviews nach Flick schien für die Fragestellung angemessen. Es zeigte sich bereits im Pretest, dass es der Interviewten leicht fiel, ihr semantisches Wissen in Form der Begriffsbestimmungen zu äußern. Herausfordernd war es, das episodische Wissen zu aktivieren und konkrete Situationen zu schildern. Trotz einer leichten Modifizierung der Fragen, die nochmals deutlich machen sollte, dass erlebte Situationen von Interesse sind, änderte sich dies auch in der Durchführung der sechs Forschungsinterviews nicht. Alle Berufseinsteigerinnen hatten Schwierigkeiten konkrete Situationen zu schildern und drei Befragte äußerten dies auch im Anschluss an die Interviews. Ungeachtet dieser Schwierigkeiten, erwiesen sich die Äußerungen der Berufsanfängerinnen als überaus wertvoll und angemessen für das Forschungsvorhaben.

Dem Aspekt des „Prozesscharakters von Gegenstand und Analyse“ konnte durch die Überprüfung und Anpassung des Kategoriensystems, des Interview- und des Kodierleitfadens Rechnung getragen werden. Dabei wurden sowohl die Forschungs- als auch die Analysemethode reflektiert und die Entscheidungen offengelegt, so dass die Punkte der „Reflexivität von Gegenstand und Analyse“ sowie der „Explikation“ beachtet wurden. Die Datenanalyse mittels der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring war geeignet zur Analyse der Interviewtranskripte. Die geplanten Schritte der Analyse konnten durchgeführt werden. Nach der Analyse der ersten beiden Interviews wurden der Kodierleitfaden sowie das Kategoriensystem überarbeitet. Es wurden zusätzliche Kodierregeln formuliert.

Die „Flexibilität“ innerhalb dieser Forschungsarbeit zeigt sich unter anderem in dem Wechsel vom face-to-face Interview zur Videokonferenz als auch in der Anpassung der Leitfäden.

Limitationen dieser Arbeit ergeben sich vor allem durch die Auswahl der Stichprobe. Zunächst handelt es sich um eine kleine Untersuchungsgruppe, was der eingeschränkten zeitlichen Struktur der Masterthesis geschuldet ist. Die Akquise von Teilnehmenden gestaltete sich, wie in Kapitel 4.2 dargelegt, schwierig. Daher

konnte kein Sampling durchgeführt werden. Die ursprünglichen Auswahlkriterien, Absolvent*innen der generalistischen Pflegeausbildung, Examen im Frühjahr/Sommer 2023 und Aufnahme einer Tätigkeit in der Akutversorgung, wurden von allen Teilnehmenden erfüllt. Es wäre jedoch anzustreben gewesen, eine breiter gefächerte Untersuchungsgruppe zu interviewen. Beispielsweise wäre eine Mischung aus weiblichen und männlichen Berufseinsteiger*innen mit einem unterschiedlichen Altersniveau interessant für einen Vergleich gewesen. Auch die Tatsache, ob die generalistische Ausbildung die Erstausbildung mit Berufseinstieg darstellt im Vergleich zu Teilnehmenden, die bereits in einem anderen Feld einen Übergang erlebt haben, wäre von Interesse gewesen.

Eine weitere Einschränkung der Güte besteht darin, dass die von Mayring (2022: 97) empfohlene Intercoder- Reliabilitätsprüfung in der vorliegenden Thesis nicht umgesetzt werden kann.

Das abschließende nächste Kapitel soll dazu dienen, ein Fazit zu ziehen und einen Ausblick auf weiteren Forschungsbedarf zu geben.

7. Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Masterarbeit wurde untersucht, wie Absolvent*innen der generalistischen Pflegeausbildung ihren Berufseinstieg in der Akutversorgung erleben. In diesem Rahmen sollte deutlich werden, welche Herausforderungen sich den Berufseinsteiger*innen stellen und welche Chancen sie sehen, bzw. wodurch sie sich im Übergang in die Berufstätigkeit unterstützt fühlen. Ein qualitatives Forschungsdesign erschien hier als geeignet. Es wurden sechs Berufsanfängerinnen, die im Frühjahr/ Sommer 2023 ihr Examen ablegten, mit der Methode des episodischen Interviews nach Flick (1997, 2011) befragt. Das so produzierte Datenmaterial in Form von Interviewtranskripten wurde mit Hilfe der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (1985; 2022) ausgewertet. Als Grundlage zur Bildung eines deduktiven Kategoriensystems wurden insbesondere internationale Studien zum Berufseinstieg professioneller Pfleger*innen einbezogen. Als wegweisend zeigten sich hier die Arbeiten von Duchscher (2008; 2023), die den Übergang von Pflegestudierenden in Kanada untersuchte.

Als Ergebnis dieser Arbeit kann herausgestellt werden, dass die Berufseinsteigerinnen in vielen Bereichen sowohl Herausforderungen als auch Chancen erleben. Sie fühlen sich mit dem Wechsel in die neue Rolle als verantwortliche Pflegefachperson häufig überfordert, sehen es aber auch als Chance der persönlichen Weiterentwicklung, auf sich allein gestellt zu sein. Auch wenn das Ankommen im Team manchmal schwierig war, bietet das Pfllegeteam den Anfängerinnen Sicherheit, durch die Kolleg*innen erfahren sie Unterstützung. Durch die Praxiseinsätze in der Ausbildung fühlen sich die Teilnehmenden gut auf die reelle Pflegepraxis vorbereitet, was einen entscheidenden Unterschied zu den Untersuchungen im internationalen Raum aufzeigt, in denen dieser Aspekt eine der größten Herausforderungen des Übergangs darstellt. Im Bereich des vorhandenen Wissens identifizieren die Befragten einige Inhalte aus der Ausbildung, die sie im Berufseinstieg weiter gebracht haben. Sie berichten aber alle von Defiziten in Bezug auf das medizinische Fachwissen. Herausforderungen, die die Organisation und die Struktur der Einrichtung betreffen, erleben die Interviewten vor allem durch den vorherrschenden Personalmangel und die Arbeit im Schichtdienst. Unterstützung erfahren sie hier insbesondere durch Fort- und Weiterbildungsangebote, die Begleitung durch Mentor*innen und die Möglichkeit, Dienstplanwünsche zu äußern. Auch die Interaktion

mit den Patient*innen birgt Herausforderungen und Chancen. Die gewonnenen Ergebnisse deuten darauf hin, dass Einarbeitungs-/ Mentoring- oder Spezialisierungsprogramme, wie sie bereits an einigen Kliniken in Deutschland etabliert werden, Vorteile für den Berufseinstieg bieten können. Hier sollten insbesondere die Themen Verantwortungsübernahme bzw. Entwicklung einer professionellen Haltung sowie fachliche Inhalte aufgenommen und bearbeitet werden. Es zeigt sich auch, dass die generalistische Pflegeausbildung durch ihren hohen Anteil an Praxisstunden die Absolvent*innen auf ihre Tätigkeit auf der Station vorbereitet. Hier wäre es zu wünschen, dass sich Lehrende und Praxisanleitende wie Müller (2023b: 138) empfiehlt, als Mentor*innen verstehen, die die Auszubildenden begleiten, eine Verzahnung von Theorie und Praxis ermöglichen und die Lernenden durch die Übertragung von eigenen Aufgaben schrittweise an die Übernahme der Verantwortung heranzuführen. Auch die frühe Vermittlung interpersonaler Kompetenzen, wie Duchscher sie vorschlägt, erscheint sinnvoll zur Vorbereitung auf den Berufseinstieg (zitiert nach Müller 2023b: 138).

Aufgrund der in Kapitel 6.2 beschriebenen Limitationen dieser Arbeit und der Fokussierung auf das Erleben des Berufseinstiegs im Setting der Akutversorgung sollten sich weitere Untersuchungen anschließen. Es wäre zu empfehlen, zusätzlich andere Settings wie die ambulante und die langzeitstationäre Versorgung miteinbeziehen. Auch Studien mit einer größeren Untersuchungsgruppe, die eine breitere Fächerung aufweist, wären interessant. So könnte ein Vergleich gezogen werden, wenn auch ältere Berufseinsteiger*innen, die eventuell zuvor schon in einem anderen Beruf einen Übergang erlebt haben, sowie Pflegefachpersonen aus allen verschiedenen Versorgungsstufen von Einrichtungen befragt würden. Wenn sich Berufseinstiegsprogramme weiter etablieren, kann es von Interesse sein, diese zu evaluieren und einen Vergleich zu ziehen zwischen Berufsanfänger*innen, die an einem solchen Programm teilgenommen haben und denen, die ihre Einarbeitung ohne Programm erlebt haben.

Eine der befragten Berufseinsteigerinnen zieht folgendes Fazit zu ihrem Berufseinstieg:

„Also ich kann trotzdem nur sagen, dass ich mich in der Ausbildung oder danach gut vorbereitet gefühlt hab auf den Berufseinstieg. Und, ja, also ich, wie gesagt, ich würde es trotzdem immer wieder machen und bin froh, den Beruf gewählt zu haben. Und ja, dass ich es einfach schön finde, jetzt in dem Beruf zu arbeiten.“ (B2: 62)

Literatur

- Aldosari, Nasser/ Steven Prymachuk/ Hannah Cooke (2020): Newly qualified nurses' transition from learning to doing: A scoping review, in: *International Journal of Nursing Studies*, Jg. 113, Nr. 103792.
- BeKD e.V. (2022): Anschlussqualifizierung „Gesundheits- und Kinderkrankenpflege“ für Absolventinnen und Absolventen mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/ Pflegefachmann nach Pflegeberufegesetz, [online] https://bekd.de/wp-content/uploads/2023/01/Finale-Fassung_Anschluss-qualifizierung-nach-PflBG_BeKD-eV_Gehrke-und-Katthoefer_2022-08-24_Berlin.pdf [21.03.2024].
- Benner, Patricia (2012): *Stufen der Pflegekompetenz- From Novice to Expert*, (deutsche Ausgabe, Diana Staudacher, Hrsg.), 2. Aufl., Bern: Hans Huber.
- Bündnis Kinder- und Jugendgesundheit e.V. (2023): Stärkung der Ausbildung und Weiterbildung zum/ zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflger:in, Positionspapier, [online] <https://www.buendnis-kjg.de/wp-content/uploads/2023/11/positionspapier-staerkung-ausbildung-weiterbildung-gesundheits-kinderkrankenpflege.pdf> [03.05.2024].
- Bundesministerium für Gesundheit (2023): Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz, [online] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz> [22.02.2024].
- Dresing, Thorsten/ Thorsten Pehl (2018): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*, 8. Aufl., Marburg: Eigenverlag.
- Duchscher, Judy E. Boychuk (2008): A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition, in: *The Journal of Continuing Education in Nursing*, Jg. 39, Nr. 10, S. 441-450.

- Duchscher, Judy E. Boychuk. (2009): Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 65, Nr. 5, S. 1103-1113.
- Duchscher, Judy E. Boychuk/ Maryann Windey (2018): Stages of Transition and Transition Shock, in: *Journal for Nurses in Professional Development*, Jg. 34, Nr. 4, S. 228-232.
- Duchscher, Judy E. Boychuk (2023): *Überlebensbuch Pflege*, (Barbara Müller, Hrsg. und Übersetzerin), Bern: Hogrefe.
- Flick, Uwe (1996): *Psychologie des technisierten Alltags - soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Flick, Uwe (1997): *The episodic Interview. Small scale narratives as approach to relevant experiences*, LSE Methodology Institute.
- Flick, Uwe (2011a): Das episodische Interview, in: Gertrud Oelerich/ Hans-Uwe Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit – Ein Studienbuch*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 273-280.
- Flick, Uwe (2011b): *Triangulation – Eine Einführung*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe (2019): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung, in: Nina Baur/ Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 473-488.
- Hawkins, Natasha/ Sarah Jeong/ Tony Smith (2018): Coming ready or not! An integrative review examining new graduate nurses' transition in acute care, in: *International Journal of Nursing Practice*, Jg. 25, Nr. 12714.
- Helferich, Cornelia (2019): Leitfaden- und Experteninterviews, in: Nina Baur/ Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 669-686.

- Hepsi Bai, Joseph/ Alwin Issac/ Ann Gicy George/ Gunjan Gautam/ Melby Jiji/ Sampa Mondal (2021): Transitional Challenges and Role of Preceptor among New Nursing Graduates, in: *Journal of Caring Sciences*, Jg. 11, Nr. 2, S. 56-63.
- Hopf, Christel (2016): Forschungsethik und qualitative Forschung, in: Wulf Hopf/ Udo Kuckartz (Hrsg.), *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung*, Wiesbaden: Springer VS, S. 195-206.
- Hundenborn, Gertrud/ Ingrid Darmann-Finck/ Barbara Knigge-Demal/ Sabine Muths (2023): Stellungnahme zur generalistischen Pflegeausbildung, [Online] https://deutscher-pflegerat.de/download/stellungnahme-zur-generalistischen-pflegeausbildung_2023_05-03.pdf [14.04.23].
- Isfort, Michael/ Helga Gessenich/ Daniel Tucman (2022): *Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten*, Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP) (Hrsg.).
- Kaldal, Maiken Holm/ Tiffany Conroy/ Rebecca Feo/ Mette Grønkjær/ Siri Lygum Voldbjerg (2022): Umbrella review: Newly graduated nurses' experiences of providing direct care in hospital settings, in: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 79, S. 2058–2069.
- Kergel, David (2018): *Qualitative Bildungsforschung - Ein integrativer Ansatz*, Wiesbaden: Springer VS.
- Kuckartz; Udo/ Stefan Rädiker (2019): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung, in: Nina Baur/ Jörg Blasius (Hrsg), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 441-456.
- Lamnek, Siegfried/ Claudia Krell (2016): *Qualitative Sozialforschung*, Weinheim: Beltz.

- Leibnitz, Ruth (2022): *Fit für die Kinderkrankenpflege? Herausforderungen und Bedürfnisse generalistisch ausgebildeter Berufsanfänger*innen auf pädiatrischen Stationen*, Masterarbeit im Universitätslehrgang Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege an der Karl-Franzens-Universität Graz.
- Lücke, Stephan (2023): Wir müssen das gesamte System neu denken. Erfahrungen mit der generalistischen Ausbildung, in: *Die Schwester Der Pfleger* J. 23 Nr. 4, S. 63-66.
- Manen, Max van (2017): Phenomenology in Its Original Sense, in: *Qualitative Health Research*, Vol. 27(6), S. 810–825.
- Mayer, Hanna (2019): *Pflegeforschung anwenden*, 5. Aufl., Wien: Facultas.
- Mayring, Philipp (1985): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Gerd Jüttemann (Hrsg), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, Weinheim: Beltz, S. 187-211.
- Mayring, Philipp/ Thomas Fenzl (2019): Qualitative Inhaltsanalyse, in: Nina Baur/ Jörg Blasius (Hrsg), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 633-648.
- Mayring, Phillipp (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken*, 13. überarbeitete Aufl., Weinheim: Beltz.
- Millich, Nadine (2024): Reizthema Generalistik, [online] <https://www.bibliomed-pflege.de/news/reizthema-generalistik#> [24.05.2024].
- Müller, Barbara (2020): Vom Honeymoon in die Realität Der Übergang der Young Professionals in die berufliche Pflegepraxis, in: *Padua*, J. 15, Nr. 4, S. 195-201.
- Müller, Barbara (2023a): Das erste Jahr in der Pflege Berufliche und persönliche Transition in eine professionelle Kultur der Pflege, in: *Psychiatrische Pflege*, Jg. 8, Nr. 6, S. 7-8.

- Müller, Barbara (2023b): Zwischen Stolz und Entsetzen Die Transition der Pflegefachpersonen von der Ausbildung in den Pflegeberuf, in: *Padua*, Jg.18, Nr.3, S. 135-139.
- Olden, Daria/ Daniel Großmann/ Lena Dorin/ Michael Meng/ Miriam Peters/ Bernd Reuschenbach (2023): Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender - Ergebnisse einer bundesweiten Onlinebefragung, in: *Pflege*, Jg. 36, Nr. 5, S. 249–257.
- Perkhofer, Susanne/ Verena Gebhart/ Gerhard Tucek/ Frederick J. Wertz/ Roman Weigl/ Valentin Ritschl/ Helmut Ritschl/ Barbara Höhsl/ Barbara Prinz-Buchberger/ Tanja Stamm/ Julie Sascia Mewes/ Martin Maasz/ Susanne M. Javorszky/ Christine Chapparo/ Verena C. Tatzler/ Petra Plunger/ Elisabeth Reitingner/ Katharina Heimerl (2023): Qualitative Forschung, in: Valentin Ritschl/ Roman Weigl/ Tanja Stamm (Hrsg.), *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben -Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*, 2. Aufl., Berlin: Springer, S. 71-150.
- Przyborski, Aglaja/ Monika Wohlrab-Sahr (2019): Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung, in: Nina Baur/ Jörg Blasius (Hrsg), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, 2. Aufl., Wiesbaden: Springer VS, S. 104-123.
- Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (2017): Forschungsethische Grundsätze und Prüfverfahren in den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, [online] https://www.konsortswd.de/wp-content/uploads/RatSWD_Output9_Forschungsethik.pdf [12.03.2024].
- Rohde, Katrin S. (2023): Editorial, in: *JuKIP- Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege* Jg. 12 Nr. 01, S.1.
- Sorber, Michaela (2013): Eine Zeit der Veränderung: Der Berufseinstieg in der Gesundheits- und Krankenpflege Erkenntnisse zum Erleben und Folgerungen für Pflegeausbildung und -praxis, in: *Padua*, Jg. 8 Nr. 3, S. 177 – 182.

- Sorber, Michaela/ Christiane Knecht (2023a): Den Berufseinstieg von neu examinierten Pflegenden unterstützen I Erkenntnisse aus der Forschungsliteratur, in: *Padua*, Jg. 18, Nr. 3, S. 127-130.
- Sorber, Michaela/ Christiane Knecht (2023b): Den Berufseinstieg von neu examinierten Pflegenden unterstützen II Die Perspektive von Mentorinnen und Mentoren, in: *Padua*, Jg. 18, Nr. 3, S. 131-134.
- Toothaker, Rebecca/ Marijo A. Rommelfaenger/ Randi Sue Flexner/ Lora K. Hromadik (2022): The Challenges of Transition to Practice Expressed Through the Lived Experience of New-to-Practice Nurses, in: *Patient Safety* Jg. 4, Nr. 4, S. 11-17.
- Ulupinar, Sevim/ Yagmur Aydogan (2020): New graduate nurses' satisfaction, adaptation and intention to leave in their first year: A descriptive study, in: *Journal of Nursing Management*, Jg. 29, S. 1830–1840.
- Unger, Hella von (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen, in: Hella von Unger/ Petra Narimani Rosaline M'Bayo (Hrsg.): *Forschungsethik in der qualitativen Forschung Reflexivität, Perspektiven, Positionen*, Wiesbaden: Springer VS, S. 15-40.

Abbildungen

Abbildung 1: Stundenverteilung im Rahmen des theoretischen und praktischen Unterrichts der beruflichen Pflegeausbildung (PflAPrV Anlage 6)	7
Abbildung 2: Stundenverteilung im Rahmen der praktischen Ausbildung der beruflichen Pflegeausbildung (PflAPrV Anlage 7).....	8
Abbildung 3: Die Phasen des Übergangs (Duchscher 2008: 443).....	20
Abbildung 4: Kategorien der Transition von Berufsanfänger*innen. (Duchscher 2009: 1106)	21
Abbildung 5: Ablaufplan der strukturierenden Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring (2022), eigene Darstellung	46

Tabellen

Tabelle 1: Deduktives Kategoriensystem.....	47
---	----

Anhang

Der Anhang der vorliegenden Arbeit umfasst:

1. Informationsflyer zur Teilnehmendenakquise
2. Einverständniserklärung für Teilnehmende
3. Vorabfragebogen zum Interview
4. Postskriptum
5. Interviewleitfaden
6. Transkriptionsregeln
7. Kodierleitfaden
8. Versicherung selbständiger Arbeit

1. Informationsflyer zur Teilnehmendenakquise

Berufseinstieg nach der Generalistik Lust auf ein Interview?

Liebe Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner,

Sie haben die generalistische Pflegeausbildung absolviert, im Frühjahr/ Sommer 2023 ihr Examen gemacht und eine Tätigkeit in der Akutversorgung aufgenommen?

Dann sind Sie die Person, die ich für mein Projekt brauche!

Mein Name ist Susanne Thiel und ich studiere Pflegepädagogik an der Katholischen Hochschule NRW in Köln. Das Forschungsprojekt „Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung“ führe ich im Rahmen meiner Masterarbeit durch. Ich möchte herausfinden, wie Sie ihren Einstieg erleben, welche Herausforderungen sich Ihnen stellen und was besonders gut läuft.

Hierzu möchte ich mit Ihnen ein Einzelinterview führen, das wenige Fragen umfasst und ca. 45 Minuten dauert. Die Befragungen erfolgen im Zeitraum Februar–April 2024.

Ich hoffe, ich konnte Ihr Interesse wecken und bitte Sie, mich bei der Studie zu unterstützen.

Melden Sie sich gerne bei mir, um einen Termin zu vereinbaren! Ich werde flexibel auf Ihre Terminwünsche eingehen.

Bei jeglichen Rückfragen stehe ich per E-Mail oder telefonisch zur Verfügung:

susanne.thiel@mail.katho-nrw.de

+49 1778567404

Herzliche Grüße

Susanne Thiel



2. Einverständniserklärung für Teilnehmende

Susanne Thiel

Einverständniserklärung Interview Masterarbeit

Informationen für Teilnehmende der Studie: „Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung“

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

das Forschungsprojekt „Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung“ führe ich im Rahmen meiner Masterarbeit zum Abschluss des Studiengangs Pflegepädagogik M.A. an der Katholischen Hochschule NRW, Standort Köln, durch. Es wird als Erstprüfer von Prof. Dr. Roland Brüche betreut. Ich möchte sowohl herausfinden, welche Herausforderungen sich den Absolvent*innen der generalistischen Pflegeausbildung beim Berufseinstieg in der Akutversorgung stellen als auch welche Faktoren zum Gelingen beitragen. Die Erkenntnisse sollen unter anderem dazu dienen, wirksame Einarbeitungskonzepte zu entwickeln.

Hierzu führe ich episodische Interviews, die im Anschluss durch mich ausgewertet werden. Die Befragungen erfolgen im Zeitraum Februar-April 2024. Die Interviewdauer beträgt ca. 45 Minuten. Die Interviews werden transkribiert, anonymisiert, inhaltsanalytisch ausgewertet und dann theoriegeleitet diskutiert. Einzelne Sätze der Interviews, die nicht mit einzelnen Personen in Verbindung gebracht werden können, werden in der Masterarbeit zitiert.

Bei jeglichen Rückfragen stehe ich per E-Mail oder telefonisch zur Verfügung:

Susanne Thiel susanne.thiel@mail.katho-nrw.de +49 1778567404

Ich bitte Sie nun um Ihre Einwilligung.

Ich erkläre mich bereit, das oben genannte Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es aufgezeichnet, verschriftlicht, anonymisiert und ausgewertet wird. Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, in der geplanten Masterarbeit zitiert werden.

Die aufgezeichneten Audiodaten sowie die personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Masterarbeit vollständig gelöscht.

Meine Teilnahme an der Erhebung ist freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, meine Zustimmung zu widerrufen, ohne dass dies einer Begründung bedarf und ohne dass mir daraus irgendwelche Nachteile entstehen. Im Fall eines Widerrufs werden meine personenbezogenen Daten gelöscht.

Ich bin damit einverstanden, an der Studie teilzunehmen und stimme auch der Erhebung und Verarbeitung der (personenbezogenen) Daten im Kontext der Studie zu:

Ja Nein

Vor- und Nachname (Druckschrift)

Ort, Datum, Unterschrift

3. Vorabfragebogen Interview

Interview zum Berufseinstieg

Vorabfragebogen – Personenbezogene Angaben

Liebe Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger,

vielen Dank, dass Sie sich zur Teilnahme an der Befragung zum Thema „Erleben des Berufseinstiegs nach generalistischer Pflegeausbildung“ entschieden haben. Mit diesem Fragebogen möchte ich gerne einige grundlegende Daten von Ihnen erhalten, die mir helfen werden, das folgende Interview klarer einzuordnen.

Bitte bringen Sie diesen ausgefüllten Fragenbogen zum Interview mit.

Herzliche Grüße Susanne Thiel

1. Wie alt sind Sie?

2. Wann haben Sie Ihre Pflegeausbildung genau abgeschlossen?

3. Hatten Sie eine Vertiefung im Ausbildungsvertrag vereinbart?
 Ja Nein

4. Wann haben Sie Ihre Tätigkeit in der Akutversorgung aufgenommen?

5. In welchem Gebiet der Akutversorgung sind Sie tätig (z.B. Innere Medizin, Pädiatrie, Kardiologie, ...)

6. Sind sie in der intensivmedizinischen Versorgung tätig?
 Ja Nein

7. Wie viele Betten hat das Krankenhaus, in dem Sie arbeiten?

8. Aus ca. wie vielen Mitarbeitern besteht das Stationspflegeteam auf Ihrer Station?

9. Haben Sie vor der generalistischen Pflegeausbildung bereits eine andere Ausbildung abgeschlossen?
 Ja Nein

10. Wenn ja, haben Sie nach dieser anderen Ausbildung bereits einen Berufseinstieg erlebt?
 Ja Nein

4. Postskriptum

Interviewdokumentation:

Interviewkodierung	
Interviewort	
Beginn/ Ende → Dauer	
Besonderheiten, z. B. Verhalten, äußere Einflüsse, Positionierung	
Gespräche nach Ausschalten des Tonbandgerätes	

5. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden:

Begrüßung und Dank aussprechen für die Teilnahme, ggf. Vorstellung

Aufklärung: Vertraulichkeit und Datenschutz (Tonbandaufnahme, anonymisierte Daten), Transkription, Einverständniserklärungen ggf. noch unterschreiben lassen, Einverständnis kann jederzeit zurückgezogen werden, Dauer etwas 30-45 Minuten, es gibt keine falschen Antworten, Hinweis, dass evtl. etwas mitgeschrieben wird, Thema und Ziele nochmal vorstellen

Kurzfragebogen ausfüllen/ besprechen

Tonband an:

Aufklärung über Interview: In diesem Interview werde ich Sie wiederholt bitten, mir Situationen zu schildern, in denen Sie über Erfahrungen berichten, die sie während ihres Berufseinstiegs gesammelt haben.

Anhang

Bereiche	Semantisches Wissen	Erzählaufforderungen (episodisches Wissen)	Nachfragen/ Unterfragen/ Kategorien
<p>K 1: Herausforderungen</p>	<p>In ihrem Berufsalltag erleben Sie tagtäglich Herausforderungen. Was bedeuten für Sie Herausforderungen? Was verbinden Sie mit dem Begriff Herausforderungen?</p>	<p>Zu Beginn Ihres Berufseinstiegs gab es sicherlich schwierige Situationen. Bitte schildern Sie eine Situation, die sie als besonders herausfordernd empfunden haben. Was hat dazu geführt, dass Sie die Situation als besonders schwierig empfanden?</p>	<p>K 1.1 Rolle/ Verantwortlichkeit: Mit dem Einstieg auf der Station als Pflegefachfrau/ Pflegefachmann hat sich Ihre Rolle grundlegend geändert. Erinnern Sie sich an eine Situation, in der Sie Schwierigkeiten mit der neuen Rolle bzw. der neuen Verantwortlichkeit hatten?</p> <p>K 1.2 Beziehungen: Als neue Kollegin/ neuer Kollege sind Sie in ein bestehendes Team gekommen. Sie haben Kontakt zu vielen neuen Kolleg*innen und auch zu Mitarbeitern anderer Berufsgruppen. Gab es hier Situationen, die Sie als herausfordernd empfunden haben?</p> <p>K 1.3 Abgleich Idee/ Realität: In der Ausbildung haben Sie eine gewisse Vorstellung entwickelt, was Pflege bedeutet. Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der diese Vorstellung nicht mit der Realität übereingestimmt hat?</p> <p>K 1.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten: In Ihrer Ausbildung haben sie vielfältiges Wissen und Fähigkeiten erlangt. Gab es Situationen während Ihres Berufseinstiegs, in denen Sie das Gefühl hatten, dass dieses Wissen bzw. diese Fähigkeiten nicht ausgereicht haben? Bitte schildern Sie eine solche Situation.</p> <p>K 1.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung: Die Arbeit auf Station ist oft gebunden an strukturelle und systemische Vorgaben, wie z.B. Personaluntergrenzen/ Schichtdienst/ Pausenzeiten oder ähnliches. Erinnern Sie sich an eine Situation, die Sie auf Grund solcher Vorgaben als schwierig empfunden haben?</p>

Anhang

<p>K 2: Chancen</p>	<p>Neben den Herausforderungen im beruflichen Bereich ergeben sich auch immer wieder Chancen. Was bedeuten in diesem Zusammenhang Chancen für sie?</p>	<p>Sicher gab es auch Momente, in denen alles sehr gut gelaufen ist. Bitte schildern Sie eine Situation, in der Sie Ihren Einstieg als besonders gelungen empfunden haben. Was hat dazu geführt, dass Sie sich gut gefühlt haben?</p>	<p>K 2.1 Rolle/ Verantwortlichkeit: Mit dem Einstieg auf der Station als Pflegefachfrau/ Pflegefachmann hat sich Ihre Rolle grundlegend geändert. Erinnern Sie sich an eine Situation, in der Sie Freude hatten, die neue Verantwortung zu übernehmen oder in der Sie sich in der Rollenübernahme besonders gut unterstützt fanden?</p> <p>K 2.2 Beziehungen: Als neue Kollegin/ neuer Kollege sind Sie in ein bestehendes Team gekommen. Sie haben Kontakt zu vielen neuen Kolleg*innen und auch zu Mitarbeitern anderer Berufsgruppen. Gab es hier Situationen, die Sie als bereichernd empfunden haben oder in denen Sie sich besonders gut unterstützt gefühlt haben?</p> <p>K 2.3 Abgleich Idee/ Realität: In der Ausbildung haben Sie eine gewisse Vorstellung entwickelt, was Pflege bedeutet. Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der diese Vorstellung besonders gut mit der Realität übereingestimmt hat?</p> <p>K 2.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten: In Ihrer Ausbildung haben Sie vielfältiges Wissen und Fähigkeiten erlangt. Gab es Situationen während Ihres Berufseinstiegs, in denen Sie das Gefühl hatten, dass dieses Wissen bzw. diese Fähigkeiten Sie besonders gut auf die Pflege vorbereitet haben? Bitte schildern Sie eine solche Situation.</p> <p>K 2.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung Vielleicht gab es in Ihrer Einrichtung/ auf ihrer Station Unterstützungsangebote (Mentoring/ Fortbildungen/ Bewegungsangebote/ Dienstplanwünsche/ Supervision/...). Welche Unterstützungsangebote haben Sie als besonders wertvoll und hilfreich empfunden?</p>
<p>Generalisierende Aspekte</p>		<p>Gibt es darüber hinaus weitere Herausforderungen oder Chancen, die Sie im Kontext des Berufseinstiegs sehen?</p>	

Anhang

Tonband ausschalten|

Abschluss und Bedanken. Gibt es noch Ergänzungen?

Postskriptum

6. Transkriptionsregeln nach Kuckartz

- „1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3. Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5. Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6. Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z.B. „B4;“, gekennzeichnet.

Anhang

10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z.B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z.B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert“
(Kuckartz 2012, zitiert nach Kuckartz/ Rädiker 2019: 449).

7. Kodierleitfaden

Kodierleitfaden zur Datenanalyse in Anlehnung an Mayring (2022: 96)

<p>Hauptkategorie K1: Herausforderungen Herausforderungen sind zu verstehen als Aufgaben, die als anspruchsvoll und eventuell überfordernd empfunden werden und häufig zur Bewältigung einer besonderen Leistung bedürfen.</p>			
Unterkategorien	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
K1.1 Rollenübernahme mit neuer Verantwortlichkeit	Herausforderungen, die sich auf Grund der Übernahme der Rolle der professionellen Pflegefachperson mit voller Verantwortlichkeit ergeben.	„[...] es ist halt in der Ausbildung, du bist halt Schüler, du bist halt nie, also klar hast du Verantwortung, auf jeden Fall, aber du bist nie ganz verantwortlich, du hast immer, musst immer eine examinierte Fachkraft dabei haben, die quasi überprüfen sollte, was du tust oder sich absichert, dass du es richtig machst, damit es läuft. Und nach der Ausbildung ist es halt wirklich oft, dass es dann einfach ist, du bist jetzt examiniert, da ist jetzt keine Kraft für dich da, die sich drum kümmert, dass es läuft. Das ist jetzt ab sofort direkt von heute auf morgen deine Aufgabe. Das ist sehr herausfordernd, dass das ja wirklich ist, gestern war ich noch Schüler und bin noch mitgelaufen, und ich war noch nicht verantwortlich in Anführungszeichen. Und einen Tag später bin ich die examinierte Fachkraft und soll die komplette Verantwortung übernehmen und muss wissen, was zu tun	Diese Kategorie umfasst Herausforderungen, die sich primär durch die neue Verantwortlichkeit ergeben. Hier gehören auch die eigene Organisation und Struktur hinzu.

Anhang

		ist. Das ist ein ganz prägender Unterschied zur Ausbildung [...]“ (B 4: 50)	
K1.2 Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit)	Herausforderungen, die sich durch intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit ergeben. Z.B. bei fehlender Unterstützung, Schwierigkeiten beim Ankommen im Team.	<p>„[...] beim Team, die sind halt alle relativ eng miteinander, machen auch viel privat und so zusammen und da so am Anfang erstmal so reinzukommen ist gar nicht unbedingt so einfach.“ (B2: 14)</p> <p>„Am Anfang, auf jeden Fall gab es immer wieder mal kleine Situationen, wo die mich nicht ganz ernst genommen haben. So die neue Krankenschwester, was wird die schon wissen, die ist ja gerade erst Schülerin gewesen. Aber dann gab es ein, da gab es eine Situation, wo ich dem Arzt gesagt habe, der wollte den Patienten auf Normalstation verlegen. Und ich habe dem Arzt gesagt, ich glaub das ist keine gute Idee, dem Patienten der Patientin geht es wirklich nicht gut und ich glaub du musst nach ihr noch mal schauen. Ich kann es dir nicht genau sagen, was. Ich kann die nicht untersuchen oder so, aber da stimmt irgendwas nicht. Und der hat gesagt, nein, nein, wir legen die jetzt auf die Normalstation. Und die ist halt im nächsten Fall, nächsten Tag. Auf der Normalstation reanimationspflichtig geworden und wurde dann halt mit Notfalltelefon noch mal runtergebracht.“ (B 3: 20)</p>	Die Kategorie umfasst Herausforderungen durch das Ankommen und den Umgang im Team, aber auch durch Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Teammitgliedern oder Personen anderer Berufsgruppen.
K1.3 Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der	Herausforderungen, die sich durch die Diskrepanz zwischen in der Ausbildung entwickelten	„[...] wir werden auch auf der Intensivstation ganz oft also, meiner Meinung nach öfters konsultiert mit Tod als auch in der Normalstation, weil wir einfach auch kritische Patienten haben, die instabiler sind als auf der Normalstation. Den einzigen Vergleich, den ich auf	Diese Kategorie umfasst die Herausforderungen, die sich dadurch erge-

Anhang

<p>vorgefundenen Realität</p>	<p>Vorstellungen von Pflege und der vorgefundenen Realität ergeben.</p>	<p>der Normalstation habe, mit so viel, mit einer so hohen Todesrate ist auf der onkologischen Station und da hatte ich nie in der Ausbildung einen Einsatz gehabt, deswegen war das für mich, ich habe damit glaube ich gar nicht so richtig gerechnet.“ (B 3: 8)</p>	<p>ben, dass in der Ausbildung eine Vorstellung von einem Stationsalltag aufgebaut wurde, der sich in der Realität ganz anders darstellt.</p> <p>Zusätzlich gehören hier Herausforderungen dazu, die sich durch einen Theorie-Praxis Konflikt ergeben.</p>
<p>K1.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten</p>	<p>Herausforderungen, die aus fehlendem Wissen und Fertigkeiten resultieren, bzw. aus fehlendem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.</p>	<p>„[...] was für mich anfangs schwierig war, dass ich das Gefühl hatte, dass ich Sachen noch nicht, weil das Fachwissen fehlt, nicht gut genug einschätzen konnte, dass wenn jetzt zum Beispiel ein Beatmungsgerät gebimmelt hat mit Minutenvolumen niedrig, dann habe ich anfangs noch nicht richtig verstanden. Warum könnte das jetzt so sein? Was ist jetzt das Problem und dann ist man in der Situation erstmal ein bisschen überfordert und weiß nicht, wie man das Problem lösen kann. Und das sind halt einfach Sachen, die sich erst mit Berufserfahrung ergeben, die man einfach in der Praxis lernen muss.“ (B 1: 14)</p>	<p>Diese Kategorie umfasst die Herausforderungen, die die Interviewten auf Grund von Wissenslücken oder fehlender praktischer Erfahrung erleben. Hierzu gehören auch Schwierigkeiten in der Priorisierung, die durch fehlendes Fachwissen verursacht werden.</p>

Anhang

		<p>„[...] wir hatten jetzt auf Station öfter auch schon mal Kinder, eben aus der allgemeinen Pädiatrie, entweder mit Diabetes oder mit Kurzdarmsyndrom, die halt eigentlich nicht auf unserer Station dann sozusagen sind. Das heißt, dann hat man auch dann nicht so alltäglich und also da dachte ich zum Beispiel auch schon mal so okay, das hätte mir jetzt irgendwie gefehlt, so ein bisschen also generell so bestimmte Sachen halt eben so in der Versorgung spezifisch in der Pädiatrie.“ (B 2: 30)</p> <p>„Das Kind ist gelb, du musst handeln. Ja, aber im eigentlichen wusste ich noch gar nicht, was mache ich jetzt, ab wann muss ich handeln, ab wann ist es, ab wann muss ich den Arzt da involvieren, ab wann ist hier was unfassbar wichtig. Oder ab wann wird zum Beispiel schon eine Verlegung in die Kinderklinik geplant. Das waren halt alles so oder vieles so Sachen wo ich da noch nicht so ganz, ja, wo ich so ein bisschen aufgeschmissen war, und das war schon herausfordernd [...]“ (B 4: 10)</p>	<p>(CAVE: Abgrenzung zu K1.1 → dort tatsächlich durch die Verantwortung verursachte Herausforderungen, nicht durch fehlendes Wissen!)</p>
<p>K1.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung</p>	<p>Herausforderungen, die sich auf Grund gegebener struktureller und organisatorischer Vorgaben ergeben (z.B.</p>	<p>„Dann der Personalmangel, dann hat man schon, man ist im Spätdienst da und weiß, das habe ich nicht geschafft und weiß genau ich bin morgen früh um sechs Uhr wieder da. Ich fang genau da wieder an. Das also da man geht dann halt auch mit Stress schlafen finde ich. Also es ist schon sehr belastend, vor allem wenn man dann weiß, ja, ich komme morgen früh wieder und ich bin alleine. Dann kommt bis neun Uhr erstmal wieder keiner. Also, ja, das ist schon</p>	<p>Die Kategorie umfasst die Herausforderungen, die sich durch die Struktur oder die Organisation der Einrichtung ergeben, Dazu gehören</p>

Anhang

	Schichtdienst, Personal-mangel/ Personalunter-grenzen...).	sehr heftig dann auch aufgrund der Patientenzahl dann alleine. Also es nagt schon.“ (B 4: 40)	z.B. auch Personalman-gel und zeitliche Fakto-ren.
K1.6 Interaktion mit zu pflegenden Menschen	Herausforderungen, die sich auf Grund der Inter-aktion mit zu pflegenden Menschen ergeben.	„Ja, was ich eben so ein bisschen meinte mit herausforderndem Verhalten von Patienten. Dass oft auch teilweise Hilfe abgelehnt wird, obwohl Hilfe gebraucht wird oder der Patient sich aufgrund Erkrankungen wie Demenz oder so nicht auch nicht helfen lassen. Das falsch einschätzen, das nicht annehmen, was man den Patienten vorschlägt an Maßnahmen.“ (B6: 10)	In diese Kategorie fallen Herausforderungen, die sich im Umgang und in Gesprächen mit zu pfl-e-genden Menschen zei-gen.

Hauptkategorie K2: Chancen Chancen sind zu verstehen als Gelegenheiten etwas zu erreichen, sich positiv zu entwickeln.			
Unterkategorien	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
K2.1 Rollenüber-nahme mit neuer Verantwortlichkeit	Chancen, die sich auf Grund der Übernahme der Rolle der profession-ellen Pflegefachperson mit voller Verant-wort-lichkeit ergeben.	„Als Schülerin hat man, wenn man in ein Zimmer kommt, man weiß hier wird gleich intubiert, bronchoskopiert und so weiter und sofort, dann hat man daneben gestanden und man hat geguckt. Man hat sich das angeeignet, aber das war irgendwie, als wenn man im Beifahrersitz sitzt und guckt mal, wie der Autofahrer fährt. Man bekommt es natürlich mit, aber das ist nicht, das Wahre. Und	Diese Kategorie umfasst gute Momente/ Erleb-nisse/ Möglichkeiten, die die Interviewten auf Grund der neuen Verant-wortlichkeit erleben. Z.B.

Anhang

		<p>aktuell, wenn mein Patient jetzt intubiert und bronchoskopiert wird, dann ist das für mich viel größere Chance was mitzunehmen als früher als Schülerin, weil ich „hands on“ bin und ich mach wirklich alles mit. Ich kann auch direkt sehen was wird jetzt das Ergebnis sein. Ich muss nicht warten, bis ein Doktor mich anspricht, willst du mal jetzt auf das Ergebnis gucken oder so. Das ist viel spannender, viel interessanter. Viel, also viel reicher an Chancen, irgendwas auch zu lernen und weiterzukommen in meinem Fachwissen.“ (B 3: 36)</p>	<p>das „Stolz sein“ darüber, die Ausbildung gemis-tert zu haben und jetzt als verantwortliche examinierte Pflegeperson arbeiten zu dürfen.</p>
<p>K2.2 Beziehungen (Ankommen im Team/ Aufbau von Beziehungen/ interprofessionelle Zusammenarbeit)</p>	<p>Chancen, die sich durch intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit ergeben. Z.B. durch Unterstützung vom Team.</p>	<p>„Ich muss tatsächlich sagen, dass das Team bei uns wirklich super ist. Ich habe mich unfassbar gut aufgenommen gefühlt gehabt, alle hatten auch Verständnis wenn mal was, ja, aus Unwissenheit nicht gemacht wurde.“ (B 4: 22)</p> <p>„[...] unsere Ärzte, die nehmen sich tatsächlich dann auch mal die Zeit, wenn ich eine Frage habe, mir die auch ziemlich breit zu erklären.“ (B 5: 54)</p>	<p>In diese Kategorie gehören Möglichkeiten/ gelungene Situationen, die sich durch eine positive Aufnahme im Team oder durch Unterstützung von Kolleg*innen oder auch Angehörige anderer Berufsgruppen ergeben.</p> <p style="text-align: right;">➔ Hier keine Einarbeitungskonzepte, die finden sich in K2.5.</p>

Anhang

<p>K2.3 Abgleich der Idee von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität</p>	<p>Chancen, die aus einer Übereinstimmung von Erwartungen von Pflegepraxis und der vorgefundenen Realität resultieren. Z.B. durch die Praxiseinsätze.</p>	<p>„Ich hatte einen drei Wochen Pädiatrie Einsatz ganz normal, wie alle haben auf der Station und hatte dann noch meinen vier Wochen Einsatz meinen Wunscheinsatz dort gemacht. Dementsprechend war ich halt natürlich dann auch nach der Ausbildung auf das, was da so bevorsteht eigentlich ganz gut vorbereitet, weil ich es halt einfach auch schon kannte durch die sieben Wochen, die ich dort war.“ (B 4: 36)</p>	<p>Diese Kategorie umfasst Chancen, die sich durch eine gute Vorbereitung auf den realen Pflegealltag ergeben, das umfasst bspw. vorangegangene Praxiseinsätze, die als wertvoll für die eigene Vorbereitung angesehen werden.</p>
<p>K2.4 Vorhandenes Wissen und Fähigkeiten</p>	<p>Chancen, die sich auf Grund vorhandener, in der Ausbildung erlernter Kenntnisse, Wissen und Fähigkeiten ergeben.</p>	<p>„[...] generell auch so Kommunikation auch gerade mit den Kindern oder so und der Umgang ich denk das haben wir in der Schule und in der Theorie auch auf jeden Fall gelernt.“ (B 2: 52)</p>	<p>Diese Kategorie umfasst Chancen, die sich durch vorhandenes Fachwissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten ergeben. Hierzu zählt ein gelungener Theorie-Praxis-Transfer.</p>
<p>K2.5 Strukturen und Organisation der Einrichtung</p>	<p>Chancen, die sich aus unterstützenden strukturellen und organisatorischen Angeboten der Einrichtung ergeben.</p>	<p>„[...] was bei mir auch sehr gut gelaufen ist, war die Einarbeitung, weil ich immer dieselbe Schwester hatte, mit der ich zusammengekommen bin und dann konnte man halt gut immer anknüpfen und man wusste gegenseitig wie ist gerade der Wissensstand, was für Kinder können wir als nächstes machen, was kann man sich zutrauen und konnten einfach super viel auf theoretische Sachen</p>	<p>In diese Kategorie gehören alle Unterstützungsangebote, die von der Organisation/ Einrichtung ausgehen und von den Interviewten als hilfreich</p>

Anhang

		<p>nochmal durchsprechen und ich finde das ist auch wichtig, dass man da in der Einarbeitung halt eine feste Kontaktpersonen hat und nicht heute läufst du mit dem, morgen, läufst du mit dem und nächste Woche wieder mit jemand anderem. Dass man da halt eine Konstanz hat. Einfach, um auf das Wissen aufzubauen, dass man gegenseitig auch einfach weiß, wo man dran ist.“ (B 1, 38)</p> <p>„Wir haben ja diese Prämie bekommen so eine Übernahmeprämie. Die hat natürlich gut unterstützt. Also das war schon ein schöner Anreiz, muss man sagen.“ (B 1, 54)</p> <p>„[...] alle, die bei uns im Haus anfangen, habe ich so mitbekommen, die bekommen ein Starter Set quasi, da stehen zur Einarbeitung sämtliche Sachen drin, dass die Einarbeitung abgeschlossen ist, und die müssen an Fortbildungen teilnehmen. [...] also da waren schon viele Fortbildungen drin, die wirklich, wo ich mir gedacht hab, das ist wirklich unterstützend, dass es auch während der Arbeitszeit gemacht wird, dass ich sage, ich habe jetzt noch mal die Zeit, mich auf das zu fokussieren, nochmal das durchzugehen mit einer ganzen Gruppe, die das gleiche macht, um das halt später auch umzusetzen. Port-Katheterpflege, Zugänge, Untergruppen von Medikamenten, das sind alles halt Dinge, die dir halt im Stationsalltag täglich begegnen, Medikamente und so weiter das war halt, das war wirklich unterstützend [...]“ (B 4: 54)</p>	<p>angesehen werden. Hierzu gehören auch Einarbeitungs- und Mentoringprogramme.</p> <p>(CAVE: Abgrenzung zu K2.2 → dort eher Beziehung/ Ankommen/ Kommunikation intra- und interprofessionell)</p>
--	--	---	--

Anhang

K2.6 Interaktion mit zu pflegenden Menschen	Chancen, die sich auf Grund der Interaktion mit zu pflegenden Menschen ergeben.	„Bei uns sind die Patienten auch relativ lang auf der Station und man baut ja auch so eine gewisse Bindung auf und es war dann auch einfach schön zu sehen, okay, man muss jetzt so wie in der Ausbildung nicht irgendwie wieder weg, sondern kriegt halt auch einfach einen ganz anderen Bezug, so zu den Patienten und den Kindern. Und da fand ich es auch schön, einfach zu sehen, wenn man so mit denen interagiert und die sich auch einfach schon freuen, dass man wieder da ist.“ (B2: 42)	Die Kategorie umfasst Situationen, in denen der Umgang oder die Kommunikation mit zu pflegenden Menschen als unterstützend erlebt wurde.
---	---	--	--

8. Versicherung selbständiger Arbeit

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich an Eides statt,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit mit dem Thema: „Erleben des Berufseinstiegs nach der generalistischen Pflegeausbildung“ selbstständig angefertigt und
- keine anderen als die angegebenen und bei Zitaten kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die Strafbarkeit einer falschen eidesstattlichen Versicherung ist mir bekannt, namentlich die Strafandrohung gemäß § 156 StGB bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bei vorsätzlicher Begehung der Tat bzw. gemäß § 161 Abs. 1 StGB bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe oder Geldstrafe bei fahrlässiger Begehung. Hinweis auf die einschlägigen §§ 156, 161 StGB: §156 StGB: Falsche Versicherung an Eides Statt. Wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. §161 StGB: Fahrlässiger Falscheid; fahrlässige Versicherung an Eides Statt

(1) Wenn eine der in den §§ 154 bis 156 bezeichneten Handlungen aus Fahrlässigkeit begangen worden ist, so tritt Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe ein.

(2) Strafflosigkeit tritt ein, wenn der Täter die falsche Angabe rechtzeitig berichtigt, Die Vorschriften des § 158 Abs. 2 und 3 gelten entsprechend.

Ferner versichere ich, dass ich die Arbeit mit identischem Inhalt sowohl in ausgedruckter wie auch elektronischer Form abgegeben habe.

Wachtberg, den 19.06.2024

