

Kinder und Jugendliche pflegen lernen – Eine interprofessionelle Perspektive auf neue Lernorte der generalistischen Pflegeausbildung

Robert Wietzke

Zusammenfassung *Die Einführung der generalistischen Pflegeausbildung hat eine intensive Diskussion über die Rolle der Pflege von Kindern und Jugendlichen ausgelöst. Besonders die Sorge, dass die Kinderkrankenpflege an Profil verliere, steht hierbei im Fokus. Zugleich führten strukturelle Engpässe beim pädiatrischen Pflicheinsatz zur Einführung neuer Praxislernorte, etwa in der Sozialwirtschaft, Rehabilitation und ambulanten pädiatrischen Versorgung. Diese hochgradig interprofessionell angelegten Praxislernorte bergen enormes Potenzial für die Pflegebildung und die qualifizierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Interprofessionelles Handeln zählt zu den fünf zentralen Kompetenzbereichen der Pflegeausbildung, doch bislang ist unklar, wie entsprechende Lernprozesse an diesen Praxislernorten gestaltet werden. Das Projekt PÄLe hat diese neuen Lernorte erstmals empirisch auf ihre Lernpotenziale im Kontext der generalistischen Pflegeausbildung untersucht. Ziel des Artikels ist es, Potenziale und Herausforderungen interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aufzuzeigen.*

1. Einleitung und Problemdarstellung

Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung wird die Rolle der Pflege von Kindern und Jugendlichen intensiv fachlich und berufspolitisch diskutiert. Es besteht die Sorge, dass das spezifische Wissen der Kinderkrankenpflege in der Generalistik verloren gehe (vgl. Shams 2024: 98). Kühme (2023: 9) beschreibt in diesem Zusammenhang ein Darstellungsproblem des *Typischen* in der Kinderkrankenpflege, die im theoretischen Diskurs einen Legitimationsnotstand erzeuge. Gleichzeitig ergaben sich mit der Umsetzung der neuen Ausbildungsstruktur ganz praktische Herausforderungen: Für den gesetzlich vorgeschriebenen Pflicheinsatz in der pädiatrischen Versorgung standen vielerorts nicht genügend *klassische* Praxislernorte – etwa Kinderkliniken – zur Verfügung (vgl. Jakobs/Vogler 2020: 40). In der Folge genehmigten mehrere Landesregierungen zusätzliche pädiatrische Einsatzorte, unter

anderem in den Bereichen der Sozialwirtschaft, der Rehabilitation sowie in pädiatrischen ambulanten Versorgungsstrukturen.

Diese neuen Praxislernorte sind durch eine hohe institutionelle und professionelle Heterogenität geprägt – und damit pflegepädagogisch und versorgungspolitisch von besonderem Interesse (vgl. Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 123ff.). Denn gerade in diesen Kontexten stellt sich die Frage, ob und wie interprofessionelle Zusammenarbeit und Bildung im Sinne einer hochwertigen, bedürfnis-, entwicklungs- und lebensweltbezogenen Versorgung von Kindern und Jugendlichen realisiert werden kann. Die Mitgestaltung interprofessionellen Handelns zählt nach Anlage 2 der Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (PflAPrV) zu den fünf zentralen Kompetenzbereichen der Pflegeausbildung. Bisher liegen jedoch kaum Befunde oder Erkenntnisse darüber vor, wie im Kontext der Pflege von Kindern und Jugendlichen Interprofessionalität, interprofessionelle Edukation und Zusammenarbeit konzeptionell ausgelegt, ausgestaltet und erfahren wird.

Das Projekt *PäLe* (»Die Lehr-/Lernsituationen in den weiteren Lernorteinsätzen der Pädiatrie im Kontext der neuen Pflegeausbildung. Fallstudien der erweiterten Lernorte, landesweiter Einrichtungssurvey und datenbasierte Handlungsempfehlungen«) hat erstmals diese neuen Praxislernorte zur Pflege, Versorgung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen Designansatz im Sinne einer Lernortanalyse beforstet. Ziel des vorliegenden Artikels ist es, Potenziale und Herausforderungen interprofessioneller Bildungs- und Kooperationsprozesse an diesen Lernorten zu identifizieren. Im Fokus stehen dabei pflegeschulische und lernortpraktische Strukturen, die Perspektiven der Pflege Lernenden sowie das professionelle Rollenverständnis im interprofessionellen Versorgungsgeschehen.

2. Interprofessionelle Edukation, Kompetenzen und Zusammenarbeit

Grundsätzlich wird Interprofessionalität im dialektischen Spannungsfeld zwischen (Aus-)Bildung im Sinne einer interprofessionellen Edukation und einer gemeinsamen Versorgungspraxis im Sinne einer interprofessionellen Zusammenarbeit verstanden, deren verbindendes Element der Prozess des lebenslangen Lernens ist (vgl. Kunze 2024: 1f.). Zunächst gilt es jedoch, die verwendeten Begriffe präziser zu fassen. In unterschiedlichen beruflichen Handlungsfeldern und Bildungskontexten werden differierende Begriffe wie Interdisziplinarität oder verschiedene Präfixbeschreibungen wie Trans-, Multi-, Mono- oder Interprofessionalität genutzt, um Formen der spezifischen Zusammenarbeit und Edukation zu bezeichnen (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 4). Für die Zusammenarbeit zwischen Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens hat sich der Terminus »Interprofessionalität« weitgehend etabliert (vgl. Mitzkat u.a. 2016: 5f.). Wurde hierunter früher maßgeblich die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege verstanden, zeigt sich heutzutage

tage, wie international üblich, dass auch zunehmend Berufe des Sozialwesens in dieses Verständnis inkludiert werden (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 11).

Interprofessionelle Edukation

Interprofessionelle Edukation wird als das Lernen von zwei oder mehreren Professionen von-, mit- und übereinander definiert und dient dem Erwerb interprofessioneller Kompetenzen. Sie beginnt in den Ausbildungen der Gesundheits- und Sozialberufe und wird im Berufsleben durch Fort- und Weiterbildungen vertieft. Sie dient dem Ziel, die gemeinsame Versorgungsqualität und Zusammenarbeit zu verbessern (Walkenhorst/Hollweg 2022: 3). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schlägt hierfür die methodisch-didaktische Gestaltung von realitätsnahen, handlungsfeld-, fall- und problemorientierten Unterrichten vor (vgl. WHO 2010: 24f.). Im Sinne des kollaborativen (das Lernprozessergebnis fokussierenden) und kooperativen (den Lernprozess fokussierenden) Lernens kann interprofessionelle Edukation gemeinsam innerhalb der Ausbildung, direkt am Arbeitsplatz oder in Weiter- und Fortbildungen umgesetzt werden (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 3).

Interprofessionelle Kompetenzen

Interprofessionelle Kompetenzen werden vielfach unterschiedlich systematisiert. Im Rahmen dieses Kapitels sei im Besonderen auf das Domänenmodell des Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) als international etabliertes Modell und auf das Domänenmodell der Kompetenzen der interprofessionellen Zusammenarbeit des Projektes interEdu (»Konzeptentwicklung zur Stärkung der interprofessionellen Edukation in der beruflichen und hochschulischen Pflegeausbildung«) im Sinne des aktuellen Forschungsstandes verwiesen.

Das Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010) hat in einem Domänenmodell fünf interprofessionelle Kompetenzen für die Gesundheits(fach)berufe systematisiert, die durch interprofessionelle Edukation aufgebaut werden sollen und die interprofessionelle Zusammenarbeit charakterisieren:

- Rollenklarheit als Kompetenz, die eigene und fremde berufliche Rollen und Professionen zu verstehen und dieses Wissen zu nutzen, um gemeinsame (Versorgungs-)Ziele mit Patient*innen/Klient*innen, Familien und Communitys zu definieren und entsprechende Maßnahmen zu planen
- Die konsequente Ausrichtung der Pflege und Versorgung an den Bedürfnissen und Bedarfen der Patient*innen/Klient*innen/Familien oder Communitys auf Grundlage einer partnerschaftlichen, wertschätzenden Beziehung. Hierunter zählen auch adressat*innengerechte Information, Edukation und partizipationsfördernde Diskussion

- Die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf Grundlage der Prinzipien und Dynamiken von Teamarbeit sowie Gruppen- und Teamprozessen, auch bezogen auf die Festlegung gemeinsamer Arbeitsprinzipien, gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozesse und die Entwicklung eines gemeinsamen teamethischen Arbeitsverständnisses
- Kollaborative Führung zur Implementation kooperativer und verschränkter Praxis- und Versorgungsmodelle
- Interprofessionelle Konfliktbewältigung beschreibt die Fähigkeit, konstruktiv Unstimmigkeiten im Team begegnen zu können und diese zu antizipieren

Das Kompetenzmodell für interprofessionelle Zusammenarbeit des Projektes inter-Edu¹ umfasst insgesamt sechs Domänen:

- Personenzentriertheit bildet den zentralen Bezugspunkt des Modells. Sie betont die Orientierung an Werten, Präferenzen und Bedürfnissen von Individuen, Familien und Gemeinschaften im Sinne einer partnerschaftlichen Gestaltung des Versorgungsprozesses.
- Rollenverständnis beschreibt die Fähigkeit, im Sinne eines Verständigungsprozesses berufliche Rollen, Expertisen und Verantwortungsbereiche der am Versorgungsprozess beteiligten Professionen wechselseitig zu erkennen und zu respektieren.
- Interprofessionelle Kommunikation ermöglicht es, eigene berufsbezogene Perspektiven klar zu vertreten und gleichzeitig die Sichtweisen anderer Professionen wertschätzend und kritisch-reflexiv zu berücksichtigen.
- Interprofessionelle Werte beziehen sich auf das gemeinsame ethische Fundament der Zusammenarbeit. Sie fördern die Gleichwertigkeit, gegenseitige Achtung und Bedeutung aller am Versorgungsprozess beteiligten Professionen.
- Reflexivität meint die Fähigkeit, das eigene professionelle Handeln sowie das Handeln anderer Professionen kritisch zu hinterfragen und weiterzuentwickeln.
- Interprofessionelle Zusammenarbeit zielt darauf, Strukturen und Prozesse der Zusammenarbeit so zu gestalten, dass ein konstruktives, nachhaltiges Miteinander zwischen den Professionen langfristig etabliert werden kann.

1 Details bietet der Beitrag von Jutta Busch & Frederike Lüth: Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung, in diesem Sammelband.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Zentrum interprofessioneller Zusammenarbeit steht die hochwertige Versorgung von Patient*innen, Familien oder Communitys. Sie strebt eine Verbesserung des gemeinsamen Versorgungsprozesses, der Versorgungsauscomes und der Lebensqualität der zu versorgenden Personen an. Darüber hinaus soll der Einsatz und Gebrauch von Medikamenten optimiert und die Zufriedenheit der Zu-Versorgenden gestärkt werden (vgl. Styczen u.a. 2024: 1). Sie charakterisiert sich durch die unmittelbare und sich ergänzende Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, die jeweils eigenständige Selbst- und Fremdverständnisse, Tätigkeitsfelder und Kompetenzbereiche haben (vgl. Kälble 2014: 40). Hierbei ist es wichtig zu betonen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit zwingend benötigt wird, um die steigende Anzahl komplexer und hochkomplexer Versorgungssituationen zu bewältigen. Dies ist durch einzelne Berufsgruppen alleine nicht leistbar (vgl. Rübiger/Beck 2017: 164). Ein ökonomischer Nutzen interprofessioneller Zusammenarbeit lässt sich allerdings bisher nicht eindeutig ableiten (vgl. Huber 2022: 3).

3. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen (interprofessionell) gestalten

Kinder und Jugendliche stellen eine vulnerable Bevölkerungsgruppe dar, deren besondere Bedürfnisse im Pflege- und Versorgungsprozess adäquat berücksichtigt werden müssen (vgl. Gahlen-Hoops/Busch 2023: 16). Ihre besondere Schutzbedürftigkeit ist im Grundgesetz verankert und bezieht sich auf die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen (vgl. BMFSJ 2022). Gleichzeitig stellt die Charta der European Association for Children in Hospital (EACH) dar, unter welchen strukturellen Bedingungen eine medizinisch-pflegerische Behandlung von Kindern in Krankenhäusern organisiert werden kann und sollte (vgl. AKIK 2025). Hieraus ergibt sich eine erhöhte Versorgungskomplexität gegenüber anderen Altersgruppen (vgl. Gahlen-Hoops/Busch 2023: 32f.).

Wietzke und von Gahlen-Hoops (2024) konnten im Zusammenhang mit der Analyse verschiedener sozialwirtschaftlicher, medizinischer und rehabilitativer Versorgungs- und Betreuungssettings von Kindern und Jugendlichen eine Differenzierung vornehmen: Auf der einen Seite steht das gesunde Kind/der gesunde Jugendliche, das/der in seiner Entwicklung gefördert werden soll und im Rahmen von Maßnahmen der Gesundheitsprävention sowie pädagogischer Erziehung und Begleitung angemessen sozio-emotional unterstützt wird. Auf der anderen Seite des Spektrums finden sich Kinder mit erhöhtem Betreuungs- und Versorgungsbedarf aufgrund von Krankheit, Behinderung oder durch unsichere familiäre Betreuungssituationen. Gerade in letzterem Zusammenhang zeigt sich, dass in-

terprofessionelle Edukation und Zusammenarbeit das Potenzial haben, komplexen Versorgungsproblemen von Kindern und Jugendlichen und Familien institutionell übergreifend begegnen zu können. An diesem interprofessionellen Versorgungsauftrag sind verschiedene pflegerische, soziale, pädagogische und medizinische Professionen in unterschiedlichen Versorgungskontexten beteiligt. Sowohl national als auch vielerorts international wird diese Form von interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit jedoch noch nicht konsequent forciert (vgl. Tétreault u.a. 2014: 830f.). Gleichzeitig zeigt sich die Tendenz, dass sich die Pflegeprofession zunehmend in diesen Versorgungsbereichen positioniert. Dies zeigt sich im Bereich der Schulgesundheitspflege (School Nursing) und der öffentlichen Gesundheitsfürsorge (Community Child Health Nursing) (vgl. Schlunegger u.a. 2024: 81ff.; Scholz u.a. 2021: 210). Auch im Bereich inklusiver, teilhabefördernder Bildung an Förder- oder Regelschulen werden die Vorteile interprofessionell organisierter Versorgungspraxen unter Einbezug der Pflege immer deutlicher (vgl. Ryan/Quinlan 2018: 203).

Styczen u.a. (2024) haben in einem Scoping Review Besonderheiten zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen identifiziert. Sie verdeutlichen, dass für die Förderung kindlicher Entwicklungs- und Lernprozesse eine professionsübergreifende Zusammenarbeit absolut notwendig sei. Für Eltern und Familien stelle dieses Navigieren zwischen verschiedenen Versorgungssystemen und Professionen eine enorme Stressquelle dar, die sich wiederum negativ auf den Gesundheitsverlauf des Kindes auswirken kann (vgl. Ryan/Quinlan 2018: 205).

Herausforderung 1: Beziehungsgestaltung

Die Gestaltung tragfähiger Arbeitsbeziehungen zu Kindern/Jugendlichen und Eltern/Familien unterscheidet sich innerhalb der Professionen des Gesundheits- und Sozialwesens deutlich und ist maßgeblich von institutionellen und organisatorischen Versorgungsabläufen (mit-)bestimmt. So wird in einigen Versorgungssettings der Aufbau langfristiger Beziehungen angestrebt (z. B. in Förderschulen oder Kindertagesstätten) während in anderen Einrichtungen eher punktueller Kontakt gepflegt wird (z. B. in der pädiatrisch-ambulanten Versorgung). Zentral ist, dass Eltern in ihrer Erziehungs- und Versorgungsexpertise wahr- und ernst genommen werden und Familien insgesamt als komplexe Systeme begriffen werden (vgl. Styczen u.a. 2024: 4; Gahlen-Hoops/Busch 2023: 36).

Herausforderung 2: Kommunikation mit Eltern/Familien

Die interprofessionelle Kommunikation im Team und mit den Eltern benötigt offene Dialoge und einen engen (in-)formellen Austausch. Gleichzeitig müssen Eltern

und Familien auch transparent über die Kompetenzen und Zuständigkeiten der beteiligten Professionen informiert werden. Auch gilt es, die Kommunikation an institutionellen Schnittstellen zu optimieren (Styczen u.a. 2024: 4ff.).

Herausforderung 3: Besonderheiten im interprofessionellen Wissensmanagement

Für Angehörige kranker Kinder und Jugendlicher besteht ein erheblicher kontinuierlicher Informations- und Beratungsbedarf, insbesondere hinsichtlich der Diagnose, der Diagnostik, der Einbettung von Symptomen und Nebenwirkungen, der Prognose sowie der Versorgungsplanung. Auch eine gezielte Edukation ist in diesem Kontext essenziell. Dies setzt im Besonderen voraus, dass unterschiedliche Professionen ihre Kompetenzen, Erfahrungen und ihr Wissen bereitstellen und transparent machen. Dies kann (rehabilitative) Förderprozesse unterstützen und ein besseres Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse im Kontext ihrer Entwicklung herstellen. Gleichzeitig steigert es die Alltagsbewältigung betroffener Familien und fördert ihre partizipative Einbindung in den Versorgungsprozess (ebd.: 10f.).

Herausforderung 4: Interprofessionelle Rollenverständnisse

In der Versorgung von Kindern und Jugendlichen muss die Verteilung und Zuordnung verschiedener Versorgungsrollen gemeinsam reflektiert werden. Styczen und Kolleg*innen (2024: 11f.) unterscheiden verschiedene übergeordnete Rollen, die im Versorgungsprozess eingenommen werden können und müssen. Die »Cultural Broker« übernehmen die Vermittlung und Kommunikation von familiären Bedürfnissen an Mitglieder des interprofessionellen Teams. Darüber hinaus werden die Rollen der Versorgungskordinierenden, der Informationsträger*innen und die der Eltern definiert. Eltern übernehmen häufig die Doppelrolle der elterlichen Sorge- und Erziehungsarbeit und die der Versorgungskordinator*innen – dies stellt eine Doppelbelastung dar, die in manchen Versorgungssettings aufgelöst wird, indem die Koordination des Versorgungsprozesses durch Fachpersonen übernommen wird. Webbasierte Kommunikationssysteme können den Prozess der Rolleninteraktionen und -koordination positiv unterstützen (vgl. Gulmans u.a. 2009: 64).

Diese theoretischen Grundlagen bilden den Rahmen für die folgende empirische Lernortanalyse neuer Praxisansätze in der Pflege von Kindern und Jugendlichen.

4. Das Projekt *PäLe*

Das durch das Forum Pflegegesellschaft e. V. beauftragte Projekt *PäLe* wurde von der Arbeitsgruppe Didaktik der Pflege und Gesundheitsberufe der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfgang von Gahlen-Hoops im Zeitraum von November 2022 bis Oktober 2023 durchgeführt. Es verfolgte das übergeordnete Forschungsziel, deutschlandweit erstmalig eine Lernortanalyse von Praxislernorten zur Pflege von Kindern und Jugendlichen durchzuführen, die den Bereichen der Sozialwirtschaft, Rehabilitation und der ambulanten medizinischen Versorgung zuzuordnen sind. Hierfür wurden die in § 8 (4) der Pflege-Ausbildungs-Durchführungs-Verordnung (PflBADVO) Schleswig-Holsteins benannten *weiteren pädiatrischen Lernorte* auf Lernchancen und Lernhemmnisse, die Durchführung von Praxisanleitung und Praxisbegleitung und die möglichen erwerb- und vertiefbaren Kompetenzen untersucht (vgl. Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 25).

Die untersuchten Lernorte waren:

- Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen
- Sonderpädagogische Förderzentren für verhaltensauffällige oder lernverzögerte Kinder und Jugendliche
- Pädiatrische Facharzt-/Fachärztinnenpraxen
- Kindertagesstätten/Krippen
- Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche
- Einrichtungen der stationären Jugendhilfe.

An diesen Praxislernorten arbeiten unterschiedliche Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens gemeinsam in der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen. Dazu zählen unter anderem Pflegefachpersonen, Erzieher*innen, Heilerziehungspfleger*innen, Heil- und Sozialpädagog*innen, Sonderpädagog*innen, medizinische Fachangestellte sowie Ärzt*innen (ebd.: 27ff.).

Die Untersuchung erfolgte im Rahmen eines Fallstudiendesigns unter Verwendung eines semistrukturierten Interviewleitfadens. Befragt wurden – jeweils einrichtungsbezogen – Pflege Lernende, praxisbegleitende Pflegelehrende (Lernort Schule), Praxisanleitende (Lernort Praxis) sowie Einrichtungsleitungen (Lernort Praxis). Insgesamt wurden 28 Interviews mit einer Gesamtdauer von 17 Stunden erhoben (ebd.: 26).

Ergänzend wurde eine quantitative Online-Befragung mit Leitungspersonen von Einrichtungen gemäß § 8 (4) PflBADVO (Lernort Praxis) durchgeführt. Im Zentrum des Erkenntnisinteresses stand die Frage, welche Informationen Einrichtungsleitungen benötigen, um als Lernort für die Ausbildung von Kompetenzen für die Pflege von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der generalistischen Pflege-

geausbildung gewonnen zu werden und dies auch langfristig zu bleiben. Zudem wurde erhoben, welche Maßnahmen die Motivation der Mitarbeitenden stärken können, Praxislernort für die Pflegeausbildung zu werden. Insgesamt wurden 2.061 Einrichtungen in Schleswig-Holstein kontaktiert. Die Rücklaufquote lag bei 13,9 % (n = 285), wobei 77 % der Teilnehmenden angaben, dem Lernort Kindertagesstätte anzugehören. Insgesamt erfolgte eine Kontaktaufnahme zu 1.869 Kindertagesstätten und Krippen in Schleswig-Holstein (ebd.: 92f.).

Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte nach der Methode der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022: 129ff.). Zwei Gründe stützen diese Entscheidung maßgeblich: Einerseits bleibt der originale Textkorpus auch nach der Analyse weiterhin zugänglich und andererseits eröffnet diese Methode die Möglichkeit, weiterführende oder sekundäre Analysen am Material durchführen zu können. Die Bearbeitung des Interviewmaterials erfolgte mithilfe der Software MAXQDA 2022. Die Primäranalyse erfolgte im Sinne des konsensualen Codierens nach Kuckartz und Rädiker (2022: 244f.) im Forschendenteam (bestehend aus dem Autor dieses Beitrags und vier Studierenden aus dem Forschungsmodul des Masterstudienganges Pflegepädagogik an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel). Es wurde ein deduktiv-induktives Vorgehen gewählt. Im ersten Schritt wurde aufgrund des Interviewleitfadens ein deduktiver Kategorienbaum erstellt, mit dessen Hilfe im Gesamtteam ein erstes Interview gemeinsam codiert wurde. Der weitere Codierprozess erfolgte in festgelegten Codierpaaren. Hierauf folgten zwei weitere gemeinsame Codiertreffen, um den wachsenden Kategorienbaum zu strukturieren und zu ordnen. Eine abschließende Finalisierung des Kategorienbaums erfolgte durch den Autor des Artikels. Die statistische Auswertung des *PäLe*-Surveys erfolgte deskriptiv mithilfe der Statistik-Software SPSS (Version 29.0).

Für diese Publikation wurde auf Grundlage der zuvor erläuterten Überlegungen eine eigene Sekundäranalyse des empirischen Interview- und Fragebogenmaterials durch den Autor dieses Beitrags durchgeführt. Die Ergebnisdarstellung orientiert sich am finalen Kategorienbaum von *PäLe*: Kapitel 5.1 beleuchtet die pflegeschulische Vorbereitung auf interprofessionelle Lernorteinsätze in der Pflege von Kindern und Jugendlichen und die Gestaltung der Praxisbegleitung, Kapitel 5.2 fokussiert die Rolle der Pflegelegenden, und Kapitel 5.3 widmet sich der interprofessionellen Edukation, Zusammenarbeit und Praxisanleitung an den neuen Praxislernorten. Empirische Befunde aus dem *PäLe*-Survey fließen jeweils in die Unterkapitel ein.

5. Interprofessionelle Befunde im *PäLe*-Kontext

Die folgenden Ergebniskapitel greifen die im empirischen Material der *PäLe*-Studie identifizierten Aspekte interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit auf und orientieren sich dabei am bestehenden Kategorienbaum von *PäLe*.

Perspektive Pflegeschule

Für die pflegeschulische Tätigkeit lassen sich vier, ineinandergreifende Aufgabenschwerpunkte identifizieren: Die Gestaltung von Unterricht zur Pflege von Kindern und Jugendlichen und von (außer-)unterrichtlicher Vorbereitung auf die interprofessionellen Lernorteinsätze im pädiatrischen Pflichteinsatz, die Einsatz- und Ausbildungsplanung sowie die Durchführung von Praxisbegleitungen an den neuen Lernorten. Aspekte der Interprofessionalität werden von den Befragten in allen Bereichen nur implizit erwähnt.

Unterricht und Einsatzvorbereitung

In der Gestaltung der Unterrichte zur Pflege von Kindern und Jugendlichen zeigt sich eine deutliche Schwerpunktsetzung auf das akutstationäre Krankenhaussetting und ein inhaltlicher Fokus auf die Behandlung und Pflege von Kinderkrankheiten. Es zeigt sich jedoch, dass parallel hierzu auch Themen unterrichtet werden, die interprofessionell anschlussfähig sind: Familiensysteme verstehen, Eltern- und Geschwisterarbeit, Aspekte der Beziehungsgestaltung zu Kindern, Jugendlichen und Eltern sowie wichtige rechtlich-ethische Fragestellungen wie Kinderschutz und lebensverlängernde Maßnahmen bei schwerstkranken Kindern. Diese Themen werden allerdings monoprofessionell aus Pflegeperspektive adressiert und unterrichtet. Die Interprofessionalität an den neuen Praxislernorten sowie die Handlungslogiken anderer sozialer, pädagogischer oder medizinischer Berufe werden kaum thematisiert. Dem entgegenwirkend äußert eine Einrichtungsleitung einer pädiatrischen Fachärzt*innenpraxis:

»Im Prinzip wäre es einerseits sinnvoll, wenn die ärztlichen Stakeholder sich auch mehr in pflegerische Ausbildung einmischen und da mitmachen. Das ist auch lange Tradition von Pädiatrie gewesen, da was zu machen.« (EL 3, Pos. 35)

Auch die Einsatzvorbereitung vertieft die Besonderheiten der Praxislernorte nicht systematisch. Eine praxisbegleitende Lehrperson berichtet:

»Das ist tatsächlich individuell durch die Kursleitungen gestaltet. Es ist aber nicht großartig vorher übergeordnet im Curriculum verankert, so dass man sagt: »Okay,

in Kindergärten würde die Arbeit auf folgende Art und Weise aussehen« [...]» (PB 3, Pos. 60)

Einsatz- und Ausbildungsplanung

Es zeigt sich, dass die neuen Praxislernorte (noch) nicht konsequent als Teil der Pflegeausbildung verstanden werden. Eine Einbindung in die Gesamtausbildungsplanung und den Gesamtausbildungsverlauf findet bisher weitestgehend nicht statt. Vielfach zeigt sich, dass über Organisation und Vergabe von Praktikumsplätzen hin- aus wenig Austausch im Sinne einer Lernortkooperation stattfindet.

Praxisbegleitung

Die Konzeption der Praxisbegleitung durch Lehrende der Pflegeschulen an den neuen Praxislernorten unterscheidet sich deutlich im Grad der Strukturierung und der inhaltlichen Schwerpunktsetzung. Während einige Pflegeschulen ein lernortübergreifendes Praxisbegleitinstrument entwickelten, setzen andere Lehrende den Gesprächsschwerpunkt bewusst offener auf den institutionellen Rahmen, in dem der Praxiseinsatz stattfand:

»Und trotzdem ist der Fokus, wenn wir im Förderzentrum sind, nicht da drauf: »Wie reichst du dem Kind das Essen an?« Sondern: »In was für einem Setting machst du das hier? Kann der schlucken, obwohl es laut ist?« Ich würde in dem Setting aber nicht fragen: »Wie geht denn der Schluckvorgang?« Im Akutbereich, in der stationären Langzeit frage ich: »Worauf achtest du denn beim Schlucken?« Das würde ich in dem Setting nicht machen.« (PB 2, Pos. 2–6)

Eine besondere Schwerpunktsetzung auf die interprofessionelle Versorgung am Praxislernort innerhalb der Praxisbegleitung wurde bislang von keiner befragten Person herausgestellt.

Perspektive Pflegelernende

Dieses Kapitel umfasst alle Aussagen, die sich mit den Pflegelernenden als zentrale Akteur*innen der Ausbildung beschäftigen. Hierbei werden sowohl Selbstzuweisungen und -beschreibungen Lernender als auch Aussagen über Lernende anderer Akteur*innen formuliert. Im Besonderen werden die Pflegelernenden an den Lernorten Pflegeschule und Praxis in den Fokus genommen.

Persönliche Voraussetzungen und Erwartungen an die Lernenden

Von Pflegelernenden in Praxiseinsätzen der Sozialwirtschaft wird im besonderen Maße psychische Stabilität, Reife und Offenheit sowie intrinsische Motivation für die spezifische Arbeit an den neuen Lernorten vorausgesetzt. Maßgeblich beziehen sich diese Aussagen auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Offen bleibt, ob sich dies auch implizit auf das Arbeiten in interprofessionellen Versorgungskontexten bezieht. Eine Einrichtungsleitung der stationären Jugendhilfe beschreibt die Erwartungshaltung mancher Lernender:

»Ja, also eine offene, wertschätzende Haltung, das ist wichtig, und nicht enttäuscht sein, wenn es eben eher weniger oder eher nicht um Pflege geht. Also da war manchmal die Erwartung, eher so ins Krankenhaus zu kommen, und das ist hier einfach nicht so. Hier geht es dann um Hausaufgabenbegleitung, um Freizeit verbringen, um Zum-Arzt-Begleiten, solche Sachen.« (EL 6, Pos. 70)

An *pflegenahen* Lernorten steht das Selbstständig-Werden im Arbeiten im Vordergrund. Zugleich sind Lernende dazu aufgefordert, dem didaktischen Prinzip des selbstgesteuerten Lernens folgend den eigenen Lern- und Anleitungsprozess am Praxislernort aktiv mitzugestalten. Eine praxisbegleitende Pflegelehrende fordert von den Lernenden:

»[...] also auf jeden Fall eine Kompetenz des selbstgesteuerten Lernens. Das heißt, dass die nicht in die Einrichtung gehen und sich dort berieseln lassen und warten, bis die Mitarbeiter dort ihnen sagen, was sie zu tun haben. Sondern dass die wirklich die Fähigkeit entwickeln, selbstständig handlungsfähig zu werden, und zu bleiben oder zu sein.« (PB 6, Pos. 40)

Herausforderungen und Potenziale für Lernende in interprofessionellen Lernortsettings

An den interprofessionellen neuen Lernorten sind die Pflegelernenden häufig mit vielen Berufsgruppen und -rollen, hierarchischen Strukturen und neuen institutionellen Tagesabläufen konfrontiert. Es wird eine Art Praxisirritation in diesem Zusammenhang beschrieben. Das Finden der eigenen beruflichen Rolle gegenüber den Kolleg*innen am Lernort und gegenüber den Kindern und Jugendlichen kann für Lernende gerade zu Beginn ihres Praxiseinsatzes herausfordernd sein. Eine praxisanleitende Fachperson einer Förderschule schildert:

»Und wenn man in einem Klassenteam sitzt mit so vielen Erwachsenen, ist das auch nicht so einfach zu gucken, wo man selber steht und was von einem erwartet wird.« (PA 2.2, Pos. 129)

Gleichzeitig gilt es aber auch, in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarfen den eigenen Pflegehabitus zu reflektieren und anzupassen, wenn dieser als ruppig und instruktiv wahrgenommen wird. Eine Einrichtungsleitung schildert eine Beobachtung:

»So hop hop, das schaffen wir schon, zack zack, mal aufstehen.« (EL 4, Pos. 47–48)

Wenn der Praxiseinsatz erfolgreich verläuft, zeigt sich, dass Pflege Lernende einen deutlichen Haltungswechsel und Lernzuwachs in der Pflege von Kindern und Jugendlichen vollziehen können. Eine Lernende berichtet:

»Also, ich rede mit Kindern nicht mehr, wie mit Babys. Tatsächlich so ein bisschen mehr als Erwachsene. Und ich bin vorsichtiger, was ich sage und wie ich mich verhalte. Wie meine Mimik und Gestik ist. Weil das Lesen die immer gerne. Mein Gesicht.« (L2, Pos. 17–20)

Perspektive neue Praxislernorte

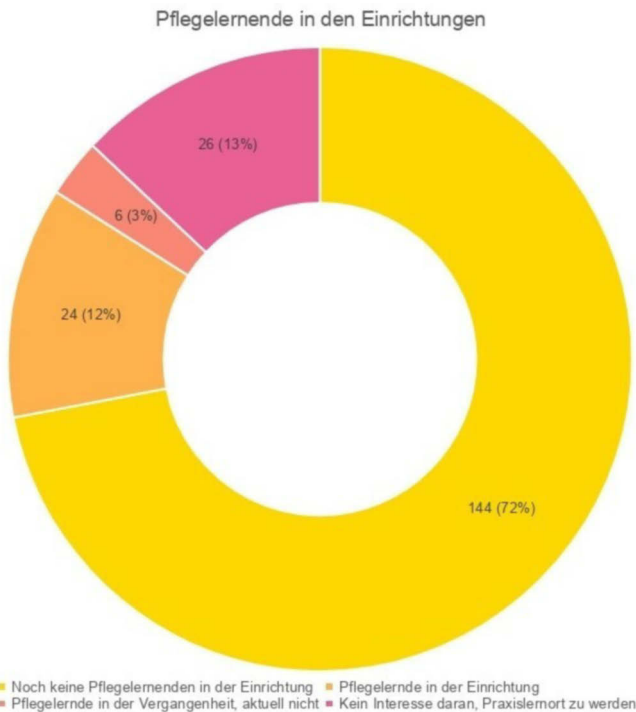
Im Rahmen dieser Kategorie wurden vier thematische Schwerpunkte identifiziert, die sich mit der interprofessionellen Edukation und Zusammenarbeit an den Praxislernorten befassen:

- Pflege und andere Professionen ausbilden
- Praxisanleitung und interprofessionelle Edukation an den Praxislernorten
- Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit an den Praxislernorten
- Bewertung des Einsatzes

Pflege und andere Professionen ausbilden

Wie bereits dargestellt werden an den neuen Praxislernorten verschiedene pflegerische, soziale, therapeutische und medizinische Berufsgruppen ausgebildet. Die Modalitäten der Praxiseinsätze differieren zwischen den Ausbildungsberufen zum Teil deutlich. Hieraus ergibt sich für Praxisanleitende und Einrichtungsleitungen ein hoher organisatorischer Aufwand. Der *PäLe*-Survey zeigt, dass ein Großteil der befragten Einrichtungen (n=144/72 %) bisher (noch) keine Lernenden der Pflegeausbildung im pädiatrischen Pflichteinsatz ausbildet. Dies hänge häufig damit zusammen, dass die eigene Einrichtung zu wenig pflegerische Tätigkeiten bieten könne und personellen Ressourcen für die Praxisanleitung fehlen würden.

Abbildung 1: Pflegelehrende in den Einrichtungen (n = 285); in absoluter und relativer Häufigkeit. Gesamt-n = 285 bzw. 100 %; Keine Antwort und fehlend: n=85 bzw. 29,8 %



Eine Anleitende beschreibt bei der Konzeption der Praxisanleitung eine Rückbesinnung auf die gemeinsame Werthaltung sozialer Berufe:

»Ich glaube, ansonsten gibt es da gar nicht so viele große Unterschiede, rein von der Haltung. Ich glaube einfach, wenn man grundsätzlich im sozialen Bereich mit Menschen irgendetwas tut, hat man eine generelle Haltung.« (PA 2.1, Pos. 7)

Eine besondere Herausforderung in der Anleitung von Pflegelehrenden stellt die derzeitig übliche besonders kurze Praxiseinsatzzeit von 80–120 Stunden und das geringe pädagogische Basiswissen in der bedürfnisorientierten Begleitung von Kindern und Jugendlichen dar:

»[...] andere Praktikanten, die im heilpädagogischen Bereich ein Praktikum absolvieren, bringen, einfach weil es schulische Ausbildungen sind, ein größeres pädagogisches Basiswissen mit.« (PA 4.1, Pos. 32)

Somit unterscheidet sich die Einbindung Pflegelernender auch stark unterhalb der verschiedenen Lernorte. Es lässt sich konstatieren: Je höher der pflegerische Versorgungsanteil einer Einrichtung ist, desto stärker werden die Pflegelernenden in das Team eingebunden. Gleichzeitig ist es für die Praxiseinrichtung und für die Pflegelernenden maßgeblich, die Beziehungsgestaltung zu den Kindern und Jugendlichen für die sehr begrenzte Zeit des pädiatrischen Pflichteinsatzes zu reflektieren:

»Du hast einen Menschen vor dir, du hast eine Idee von einer Beziehung, aber du musst gleich implementieren, du musst nach vier Wochen schon wieder loslassen. Das gilt es auszutarieren.« (EL 1, Pos. 23–25)

Anleitung und interprofessionelle Edukation an den Praxislernorten

Die Praxisanleitung verfolgt zwei maßgebliche Zielsetzungen: Einerseits steht der institutionelle Versorgungsauftrag im Zentrum der Anleitungstätigkeit:

»Es ist ja so mehr ein Erziehungs- und ein Bildungsauftrag. Und den darf man nicht unterschätzen. Das muss glaube ich echt nochmal mit rein. Also diese Sensibilisierung für dieses Feld und warum dieses Feld so wichtig ist, um Kinder einfach kennenzulernen, so wie Kinder nun mal sind.« (PB 4.1), Pos. 18)

Andererseits wird explizit die interprofessionelle Perspektive in der Versorgung ins Zentrum gerückt:

»Also ich versuche aus der Perspektive der Heilpädagogin, dass man ganz gezielt gemeinsam auf ein Kind schaut und guckt, wie kann man eigentlich dieses Kind weiter fördern, begleiten und unterstützen? Und in welchen Rahmenbedingungen kann man das machen?« (PA 4.2, Pos. 19–23)

Meist werden diese Anleitungen im interprofessionellen Team organisiert, häufig findet auch eine Bewertung der Pflegelernenden im interprofessionellen Team statt. Gleichzeitig zeigt sich, dass an Lernorten, an denen Pflegendе tätig sind, diese sehr bewusst (monoprofessionell) für die Anleitung geplant werden:

»Der Schwerpunkt ist dann eher darauf gelegt [...] ›Okay, du hast einfach eine pflegerische Ausbildung‹. Deswegen würden natürlich dann diese Praktikanten besser zu mir passen.« (PA 6, Pos. 14)

Aspekte der interprofessionellen Zusammenarbeit an den Praxislernorten

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird an den verschiedenen Praxislernorten sehr unterschiedlich aufgefasst. Während es in pädiatrischen Facharzt*innenpraxen klare Hierarchien und Arbeitsaufteilungen gibt, die über Weisungsbefugnisse geregelt sind, stellt sich die Zusammenarbeit an anderen Lernorten deutlich undifferenzierter dar. Hier arbeiten viele Berufsgruppen in der Versorgung und übernehmen unabhängig von der jeweiligen Profession die gleichen Versorgungsaufgaben. Die beruflichen Differenzlinien verschwimmen hier. Auf die Frage, wo die Differenzlinie zwischen Pflege und Heilerziehungspflege in der stationären Jugendhilfe liege, antwortet eine Einrichtungseitung:

»[...] Also, die Grenze ist, glaube ich, der Grad der Pflege. Und die Schnittmenge ist hier das Leben im Alltag, das Leben miteinander im Alltag.« (EL 6, Pos. 73–76)

Diese Aussage erscheint vor dem Hintergrund beruflicher Professionalisierungsdiskurse sowie der Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen in der gemeinsamen Versorgung kritisch, da hierbei Aspekte eines professionellen Selbst- und Rollenverständnisses einer indifferenten Handlungs- und Versorgungslogik im Berufsalltag unterstellt werden.

Im Kontext der Versorgung von Kindern und Jugendlichen an den interprofessionellen, neuen Praxislernorten konnten verschiedene Herausforderungen identifiziert werden, die im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit für Versorgungsteams herausfordernd sein können und die Entwicklung eines gemeinsamen Arbeitsverständnisses voraussetzen. Dies sind die Auseinandersetzungen mit Aggressionen und manipulativem Verhalten von Kindern und Jugendlichen, das Finden der eigenen beruflichen Rolle (auch in Abgrenzung zu anderen Professionen) sowie die Beziehungsgestaltung und Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen.

Das Besondere der Teamkommunikation an den neuen Praxislernorten wird von einer praxisbegleitenden Pflegelehrenden beschrieben:

»Und in den Kitas ist es ein ganz, ganz anderes Miteinander. Die sind auf Absprachen und den gemeinsamen Austausch über jedes Kind angewiesen, weil es halt um die Entwicklung geht. Und auch so ist es in der Psychiatrie. Die müssen aufeinander aufpassen, Stichwort Psycho-Hygiene.« (PB 4.1, Pos. 38)

Auch eine gegenseitige Bereicherung durch den Einsatz von Pflegelernenden am Praxislernort lässt sich aufzeigen:

»[...] neulich hatte ich jemanden, der durfte für die Einrichtung so eine Art Überblick zu Kinderkrankheiten erstellen. Also es ist ein schönes Miteinander. Unsere Auszubildenden lernen von den dortigen Fachkräften, unsere Auszubildenden dürfen sich aber auch dort mit ihrem Wissen einbringen.« (PB 4.1, Pos. 40)

Gleichzeitig sei an dieser Stelle kritisch angemerkt, dass die Erarbeitung eines Überblickes über relevante Kinderkrankheiten eher dem medizinischen denn dem pflegerischen Wissenskörper zuzuordnen ist.

Bewertung des Einsatzes

Einige Pflegelehrende, Praxisanleitende und praxisbegleitende Pflegelehrende merken an, dass der Nutzen eines Einsatzes für Pflegelehrende an den neuen Lernorten kritisch zu hinterfragen sei, weil der pflegerische Versorgungsanteil zu gering sei. Dies könne auf ein sehr eng geführtes Verständnis von *Pflege* zurückzuführen sein:

»Sie lernen dann auch nicht unbedingt ihrem Berufsverständnis nach Pflege dort, bis auf Körperhygiene oder Unterstützung bei Essen, Trinken und so weiter.« (PB 4.1, Pos. 16)

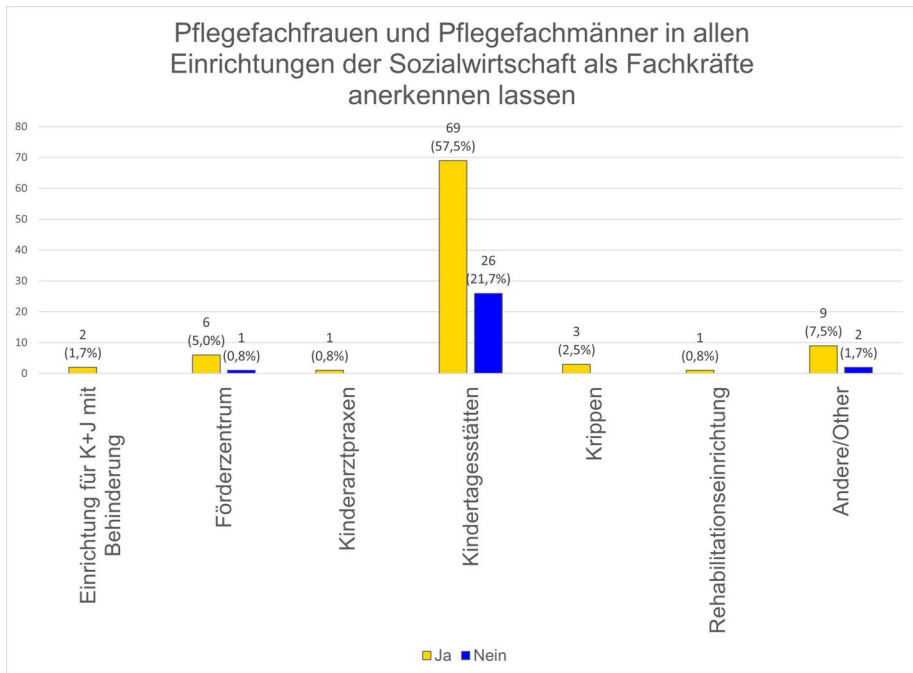
Tabelle 1: Wahrgenommener Mehrwert im Einsatz von Pflegelehrenden pro Einrichtungsart in absoluter und relativer Häufigkeit

	Ja n (%)	Nein n (%)
Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen	4 (3,6)	0 (0)
Sonderpädagogisches Förderzentrum für verhaltensauffällige oder lernverzögerte Kinder und Jugendliche	2 (1,8)	8 (7)
Pädiatrische Fachärzt*innenpraxen	2 (1,8)	0 (0)
Kindertagesstätten	51 (45,5)	28 (25,0)
Krippen	2 (1,8)	2 (1,8)
Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche	2 (1,8)	0 (0)
Andere	9 (8,0)	2 (1,8)
	Ja n (%)	Nein n (%)
Gesamt	72 (64,3)	40 (35,7)

Gesamt n = 285 bzw. 100 %, davon geantwortet n = 112 bzw. 39,3 %; Keine Antwort und fehlend: n = 173 bzw. 60,7 %

Gleichzeitig geht aus dem *PäLe*-Survey (unter kritischer Reflexion des hohen Anteils an Kindertagesstätten) hervor, dass der überwiegende Anteil der Einrichtungsleitungen der neuen Praxislernorte in einem Praxiseinsatz zur Pflege von Kindern und Jugendlichen von Pflegelernenden einen Mehrwert für die neue Pflegeausbildung sieht (Tabelle 1). Auch eine sozialrechtliche Anerkennung von Pflegefachpersonen als Fachkräfte in allen Einrichtungen des Sozialwesens wird mit deutlicher Mehrheit von den Befragten befürwortet (Abbildung 2).

Abbildung 2: Anerkennung von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern als Fachkräfte in allen Einrichtungen der Sozialwirtschaft in absoluter und relativer Häufigkeit. Gesamt n=285 bzw. 100 %; Keine Antwort und fehlend: n=165 bzw. 57,8 %.



Gleichermaßen gaben andere Fachpersonen der Lernorte an, den Einsatz von Pflegelernenden sehr zu schätzen, weil er eine Möglichkeit darstelle, die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen (mit Behinderungen) zu verdeutlichen:

»Andersherum ist es auch so, dass wir uns immer freuen, wenn man unsere Kinder mal kennenlernt. [...] unser Wunsch ist es natürlich, unsere Kinder nicht vorzuführen, aber einfach mal zu zeigen, diese Lobby ist so gering, diese Menschen gibt es auch. [...] Und deswegen bieten wir diesen Platz hier an als Praktikumsplatz,

damit die Lobby sich vergrößert und unsere Kinder auch mal ein bisschen mehr Mitspracherecht kriegen.« (EL 2, Pos. 8)

6. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse verdeutlichen die Relevanz von Praxiseinsätzen an den neuen Lernorten zur Pflege von Kindern und Jugendlichen im Hinblick auf die Anbahnung interprofessioneller Kompetenzen. Aktuell existieren Domänenmodelle interprofessioneller Kompetenzen jedoch ausschließlich für die Gesundheitsberufe. Die partizipative und dialogische Entwicklung interprofessioneller Domänenmodelle, von und für die interprofessionelle Edukation und Zusammenarbeit von Gesundheits(fach)- und Sozialberufen erscheint in diesem Zusammenhang notwendig.

Auf pflegeschulischer Ebene zeigt sich, dass Interprofessionalität im Kontext der Versorgung von Kindern und Jugendlichen bislang kaum strukturiert eingeführt wird. Zwar enthalten Unterrichtsthemen wie Elternarbeit, Familiensysteme verstehen, Beziehungsgestaltung zu Kindern und Jugendlichen oder rechtlich-ethische Fragestellungen durchaus interprofessionelle Anschlussstellen, doch werden diese Inhalte zumeist monoprofessionell vermittelt. Eine explizite curriculare Verankerung interprofessioneller Perspektiven an neuen Praxis- und Lernorten fehlt weitestgehend.

Bedeutsam ist zudem, dass Pflegeauszubildende bisher nicht systematisch auf *unterschiedliche* Lernorte zur Pflege von Kindern und Jugendlichen vorbereitet werden. Die curriculare Schwerpunktsetzung auf das akutstationäre Setting Krankenhaus verstellt den Blick für andere Versorgungskontexte. Auch eine stärkere Wiedereinbindung von Pädia*ter*innen in die Pflegeausbildung muss kritisch gewürdigt und differenziert betrachtet werden: Eine reine, monodirektionale Vermittlungspraxis von Inhalten durch Angehörige anderer Professionen erfüllt nicht die Kriterien interprofessioneller Edukation, deren Ziel das beidseitige Von-, Mit- und Übereinander-Lernen ist (vgl. Walkenhorst/Hollweg 2022: 3). Gleichzeitig konnte im Rahmen der *PäLe*-Studie in Anlehnung an Karin Wittnebens pflegedidaktisches Modell der multidimensionalen Patient*innenorientierung aufgezeigt werden, dass eine rein medizinisch orientierte Versorgungspraxis die Gefahr birgt, die Entwicklung einer pflegeverhindernden Pflegehaltung zu fördern (vgl. Wittneben 2003: 103; Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 59). Darüber hinaus ist eine *Einmischung* der Medizin (im Gegensatz zu einer Einbeziehung) in die Pflegeausbildung unter einer Professions- und Interprofessionalitätsperspektive konsequent abzulehnen. Sie würde die interprofessionelle Kompetenzentwicklung konterkarieren, die darauf abzielt, das Rollenverständnis der beteiligten Professionen zu schärfen und die gegenseitige Anerkennung zu fördern (vgl. CIHC 2010: 12). Pflege

sollte ihrer Rolle nach an den Praxislernorten als eigenständige und substanzielle Profession erfahrbar sein und gefördert werden.

Auch im Rahmen der pflegeschulischen Praxisbegleitung finden sich nur vereinzelt Hinweise auf eine gezielte Thematisierung interprofessioneller Aspekte in den Praxiseinsätzen. Die Entwicklung eines Praxisbegleitkonzepts, das explizit unter Aspekten interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit gerahmt ist, scheint vor diesem Hintergrund ein vielversprechender Ansatz zu sein.

Eine konsequentere Einbindung der neuen Praxislernorte zur Pflege von Kindern und Jugendlichen in die Pflegeausbildung ist im Sinne einer konstruktiven Lernortkooperation anzustreben. Entlang des Stufenmodells der Lernortkooperation nach Euler (2004: 12ff.) würden auf der Stufe der Zusammenarbeit die Durchführung gemeinsamer, lernortübergreifender Lernprojekte, gemeinsame Hospitationen und Weiterbildungsmaßnahmen stattfinden, die das Ziel interprofessioneller Edukation deutlich befördern könnten. Sie könnten auch einen Brückenschlag zu anderen Ausbildungen des sozialen Bereiches darstellen.

Pflegelernende befinden sich an den Praxislernorten in einem komplexen Bedingungsgefüge zwischen der interprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Rollen und Berufsgruppen und dem gemeinsamen Auftrag der Versorgung, Betreuung und Begleitung von Kindern und Jugendlichen. Hieraus lässt sich die Notwendigkeit der Anbahnung maßgeblich zweier interprofessioneller Kompetenzen in der Pflegeschule und am Praxislernort ableiten: Einerseits das Bewusstsein und die Reflexion über die eigene Rolle und spezifische Handlungslogiken der Pflege und die Kenntnis über Versorgungsaufgaben und Handlungslogiken anderer beteiligten Berufsgruppen, andererseits die Kompetenz der Gestaltung adressat*innen- und bedürfnisgerechter Pflege und Versorgung (von Kindern und Jugendlichen) (vgl. CIHC 2010: 13; Busch/Lüth 2026). Hier zeigt sich auch der besondere Beitrag der interprofessionellen Kompetenzentwicklung auf den Care-Work-Diskurs: Nach Friese (2023) zeichnen sich Care-Berufe traditionell durch unzureichende Professionalisierung, mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung für Sorgearbeit sowie deregulierte Beschäftigungsverhältnisse und inadäquate Einkommen aus. Die steigende gesellschaftliche Aufwertung der Care-Berufe sowie die damit steigenden Ansprüche an die fachlichen Kompetenzen der Berufsgruppen, deren Ausbildungs- und Versorgungsqualität können die berufliche Professionalisierung voranbringen. Die Verschränkung der beruflichen Kompetenzen verschiedener Care-Berufe zur Sicherstellung einer komplexen Versorgungs- und Betreuungsqualität für Kinder, Jugendliche und ihre Familien durch die Stärkung interprofessioneller Zusammenarbeit kann hierbei einen Schlüssel zur Aufwertung der Care-Berufe darstellen. Die beschriebenen Praxislernorte bieten grundsätzlich ein großes Potenzial für die Entwicklung interprofessioneller Kompetenzen und Kompetenzen in der Pflege von Kindern und Jugendlichen. Besonders beachtenswert hierbei ist jedoch, dass nach Huber (2022: 3) insbesondere unklare Aufgabengebiete in der Versorgung als

große Hürde interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit betrachtet werden können. Wenn alle Berufsgruppen gleichermaßen alle anfallenden Tätigkeiten im Arbeitsalltag übernehmen, werden die Differenzlinien und Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen undeutlicher. Dies kann als hinderlich für die Entwicklung der gemeinsamen interprofessionellen Versorgungspraxis bewertet werden (vgl. CIHC 2010: 12). Besonders positiv hervorzuheben sind Beispiele, in denen die Einsatzbewertung Pflegelehrender im interprofessionellen Team vorgenommen werden.

7. Fazit

Die Ergebnisse zeigen, dass Aspekte interprofessionellen Handelns in der Pflege von Kindern und Jugendlichen an neuen Praxislernorten bislang nur vereinzelt Berücksichtigung finden. Gleichzeitig wird deutlich, welches Potenzial in der Konzeption interprofessioneller Bildungsformate für eine bedürfnis- und entwicklungsgerechte Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegt – und welche Rolle die Pflegeprofession dabei zukünftig einnehmen kann. Ein erster Schritt liegt hierbei in der Akquise neuer Praxislernorte, indem transparent kommuniziert wird, welche pflegebezogenen Lerngegenstände vermittelt werden können und wie diese pädagogisch fundiert aufzubereiten sind. Die im Projekt *PäLe* entwickelten Handlungsprodukte bieten hierfür erste Anhaltspunkte (vgl. Wietzke/Gahlen-Hoops 2024: 115ff.).

Auf Ebene der interprofessionellen Edukation und Zusammenarbeit bedarf es sowohl im schulischen Unterricht als auch in der praktischen Ausbildung einer vertieften Auseinandersetzung mit den jeweiligen beruflichen Rollen und Handlungslogiken aller am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Für Pflegelehrende bedeutet dies, ihre Rolle im interprofessionellen Team zu reflektieren und sich zugleich mit den Anforderungen in der Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien auseinanderzusetzen.

Derzeit findet interprofessionelles Lernen an den neuen Praxislernorten überwiegend monodirektional statt: Pflegelehrende werden durch Praxisanleitende anderer Professionen ausgebildet. Eine intensivierte Kooperation zwischen Pflegeschulen, Trägern der praktischen Ausbildung und den neuen Praxisorten könnte den Weg für eine nachhaltige Verzahnung der Ausbildungsgänge in Pflege- und Sozialberufen bereiten. Der *PäLe*-Survey konnte in diesem Zusammenhang aufzeigen, dass sich die Mehrzahl der Einrichtungsleitungen eine Anerkennung von Pflegenden als Fachkräfte in allen Bereichen des Sozialwesens wünschen. Pflegeschulen und Praxiseinrichtungen können durch die Erstellung von interprofessionellen Bildungsangeboten den Weg hierfür bereiten.

Limitationen

Die Aussagekraft der vorliegenden Ergebnisse ist durch mehrere Limitationen begrenzt. Zum einen wurde die Sekundäranalyse des Interview- und Fragebogenmaterials von einer Einzelperson durchgeführt, sodass keine Inter-coder-Übereinstimmung hergestellt werden konnte. Zum anderen war das zugrunde liegende Projekt *PäLe* in seiner ursprünglichen Konzeption nicht explizit auf die Aspekte interprofessioneller Edukation und Zusammenarbeit ausgerichtet. Entsprechend lassen sich auf Basis des Materials zwar relevante Hinweise identifizieren, ein umfassendes Bild von Interprofessionalität dieser Lernorte konnte jedoch nicht abgebildet werden. Die Ergebnisse sind daher im Sinne einer Exploration zu verstehen.

Ausblick

Da die Datenerhebung des Projekts *PäLe* im Oktober 2023 abgeschlossen wurde, bildet die Studie eine wichtige Momentaufnahme der Ausbildungspraxis in der Pflege von Kindern und Jugendlichen ab. Angesichts laufender Schulentwicklungsprozesse und wachsender Anforderungen an die Lernortkooperationen erscheint eine vertiefende Follow-up-Erhebung sinnvoll, um Veränderungen systematisch zu erfassen und weiterführende Impulse für die Verankerung interprofessioneller Edukation in der Pflege von Kindern und Jugendlichen in der Pflegeausbildung zu ermöglichen.

Literatur

- Aktionskomitee Kind im Krankenhaus (AKIK) (2025). European Association for Children in Hospital. EACH-Charta. <https://www.akik.de/was-wir-tun/each/each-charta/> (Abruf: 27.03.2025).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend (BMFSFJ) (2022). Kinderrechte ins Grundgesetz. Themen: Hintergrundinformationen, Berlin: *BMFSFJ*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/kinder-und-jugend/kinderrechte/kinderrechte-ins-grundgesetz> (Abruf: 25.03.2025).
- Busch, Jutta/Lüth, Frederike (2026). Interprofessionelle Edukation – Entwicklung eines longitudinalen Curriculums für die berufliche und hochschulische Pflegeausbildung. In: Lehnen, Tanja/Busch, Jutta/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (Hg.): Interprofessionelle Bildung in Pflege und Gesundheitsberufen – Curriculare Gestaltung und Strategien für die Anwendung. Bielefeld: transcript.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (2010). A National Interprofessional Competency Framework. <https://phabc.org/wp-content/uploa>

- ds/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf. (Abruf: 13.03.2025).
- Euler, Dieter (2004). Handbuch der Lernortkooperation. Band 1: Theoretische Fundierung. München: Bertelsmann.
- Friese, Marianne (2023). Care Work im Spannungsfeld gesellschaftlicher Transformation. Systematische Widersprüche und Entwicklungsperspektiven. In: Friese, Marianne/Braches-Chyrek, Rita (Hg.). Care Work in der gesellschaftlichen Transformation. Bielefeld: wbv.
- Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Busch, Jutta (Hg.). (2023). Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen: Ein Weiterbildungscurriculum für Pflegeberufe. Bielefeld: transcript.
- Gulmans, J./Vollenbroek-Hutten, M. M. R./Gemert-Pijnen, J. E. W. C. van/Harten, W. H. van (2009). Evaluating patient care communication in integrated care settings: Application of a mixed method approach in cerebral palsy programs. In: International Journal for Quality in Health Care, 21 (1), S. 58–65.
- Huber, Claudia (2022). Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung. In: Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin, 111 (1), S. 3–4.
- Jakobs, Anke/Vogler, Christine (2020). Generalistische Ausbildung. Ein Jahr »neue Pflege«. In: Pflege-Zeitschrift, 73, S. 3841.
- Kälble, Karl (2014) Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärung. In: Kaba-Schönstein, Lotte/Kälble, Karl (Hg.). Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Kühme, Benjamin (2023). Geleitwort. Ein Moment der beruflichen Selbstbestimmung – Weiterbildung in der Kinderkrankenpflege selbst gestalten. In: Gahlen-Hoops, Wolfgang von/Busch, Jutta (Hg.). Hochkomplexe Pflege von Kindern und Jugendlichen gestalten. Bielefeld: transcript.
- Kunze, Katrin (2024). Interprofessionelle Sozialisation als Teil der beruflichen Sozialisation von Gesundheitsberufen. In: Walkenhorst, Ursula/Fischer, Martin (Hg.). Interprofessionelle Bildung für die Gesundheitsversorgung. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Mitzkat, Anika/Berger, Sarah/Reeves, Scott/Mahler, Cornelia (2016). Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. In: GMS Journal for Medical Education, 33 (2), S. 1–6.
- Räbiger, Jutta/Beck, Eva-Maria (2017). Interprofessionelles Lernen als Voraussetzung für interprofessionelle Zusammenarbeit. In: Hensen, Peter/Stamer, Maren (Hrsg). Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

- Ryan, Christian/Quinlan, Elisabeth (2018). Whoever shouts the loudest: Listening to parents of children with disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31 (2), S. 203–214.
- Scholz, Lisa/Schimböck, Florian/Spallek, Jacob (2021). Community Child Health Nursing: Ein Konzept für Deutschland? In: *Public Health Forum*, 29 (3), S. 209–212.
- Schlunegger, Margaritha Charlotte/Klopfstein, Ursula/Siegenthaler, Tanja/Berni, Seraina/Käser, Estelle/Golz, Christoph (2024). Bedarf für eine School Nurse. In: *HeilberufeScience*, 15 (3–4), S. 73–85.
- Shams, Dean (2024). Mit Generalistik in die Pädiatrie. In: *JuKiP – Ihr Fachmagazin für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege*; 13 (03), S. 98–101.
- Styczen, Line Myrdal/Helseth, Sølvi/Groven, Karen Synne/Hauge, Mona-Iren/Dahl-Michelsen, Tone. (2024). Interprofessional collaboration for children with physical disabilities: A scoping review. In: *Journal of Interprofessional Care*, S. 1–17.
- Tétreault, S./Freeman, A./Carrière, M./Beaupré, P./Gascon, H./Marier Deschênes, P. (2014). Understanding the parents of children with special needs: Collaboration between health, social and education networks. In: *Child: Care, Health and Development*, 40 (6), S. 825–832.
- Walkenhorst, Ursula/Hollweg, Wibke (2022). Interprofessionelles Lehren und Lernen in den Gesundheitsberufen. In: Darmann-Finck, Ingrid/Sahmel, Karl-Heinz (Hg.). *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Wietzke, Robert/Gahlen-Hoops, Wolfgang von (2024). *Kinder und Jugendliche pflegen lernen: Neue Lernorte in der Pflegeausbildung*. Bielefeld: transcript.
- Wittneben, Karin (2003). *Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer: Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerdidaktik* (5., neu bearbeitete Auflage). Lausanne: Peter Lang.
- World Health Organization (WHO) (2010) Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=14B1FC61C5E382DF8378A651E4F8547D74?sequence=141. (Abruf: 24.03.2025).

Bildnachweise

Abbildung 1: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Eigene Darstellung