

Einreichung zum 3. FHV/connexia Good Practice PAL-Award

Stuttgart, 25.05.2026

Titel des Projektes:

Flexibler Ausbildungsbereich (FAB)

Kurzfassung:

Das Projekt „Flexibler Ausbildungsbereich“ zielt darauf ab, Auszubildende im 3. Lehrjahr intensiv zu begleiten und auf den Berufsstart vorzubereiten. Vermittelt werden insbesondere Handlungskompetenz, Selbstwirksamkeit, klinisches Verständnis, professionelles Handeln sowie berufliches Selbstverständnis. Durch die innovative Gestaltung ist das Konzept besonders effektiv und zeit-, ressourcen-, und personalschonend.

Einreichende Person:

Johannes Lechner
Leitung Zentrale Praxisanleitung
Marienhospital Stuttgart
Böheimstraße 37
70199 Stuttgart
+49 71164898315
johannes.lechner@vinzenz.de

Vorwort

Das Marienhospital Stuttgart steht in der Trägerschaft der barmherzigen Schwestern von Untermarchtal. Es verfügt über 761 Betten und behandelt ca. 32 000 stationäre sowie 95 000 ambulante Patient*innen pro Jahr. Rund 2 400 Mitarbeiter kümmern sich um das Wohl unserer Patient*innen. Das Krankenhaus verfügt über 21 Fachkliniken und 20 interdisziplinäre Zentren.

Im eigenen Bildungszentrum wird die generalistische Pflegeausbildung angeboten, mit ca. 150 Ausbildungsplätzen, darüber hinaus Praxisanleiterkurse, Fachweiterbildungen für Notfall-, Anästhesie- und Intensivpflege, Palliativpflege sowie weitere Fort- und Weiterbildungsangebote.

Innovation ist seit jeher ein zentraler Bestandteil der Weiterentwicklung des Marienhospitals. Dabei stehen immer die Menschen im Mittelpunkt. So entstand in der Nachkriegszeit für entstellte Opfer des Zweiten Weltkrieges die erste Abteilung für plastische Chirurgie in Deutschland. Weitere Beispiele sind die frühe Einführung einer elektronischen Fieberkurve sowie der Eröffnung einer der ersten Palliativstationen in Deutschland.

Auch im Bereich der pflegerischen Ausbildung verbindet das Marienhospital Traditionelles mit Neuem. Um die eigenen Werte beizubehalten, bildet das Marienhospital an der eigenen Pflegeschule seit 1921 Pflegekräfte aus, immer auf dem neuesten und wissenschaftlichen Stand der Pflege. Mit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung wurden in den vergangenen Jahren umfangreiche Maßnahmen umgesetzt und u. a. ein hausinternes Praxiscurriculum geschaffen. Dazu kam noch die Zentrale Praxisanleitung, die mit teilweise freigestellten Praxisanleiter*innen die Anleitung sicherstellt und als Bindeglied zwischen Theorie und Praxis die praktische Ausbildung weiterentwickelt.

Im Fokus stehen im Marienhospital immer die stetige Weiterentwicklung unserer bestehenden Strukturen und Prozesse, um unsere Patient*innen immer besser versorgen zu können.

1 Relevanz der Problemstellung

Die Begleitforschung zur Einführung der generalistischen Pflegeausbildung in Deutschland zeigt auf die Praxisanleitung als Schwachstelle. Die gesetzlich vorgeschriebene Anleitungszeit wird oft nicht erreicht und die Anleitungqualität hat ebenfalls noch Verbesserungspotential (Olden et. al. 2023). Außerdem wird für Absolvent*innen der generalistischen Pflegeausbildung der Berufseinstieg gegenüber ihren Vorgänger*innen durch verschiedene Punkte erschwert (Abbildung 2). Durch das Zusammenfassen von 3 Ausbildungsberufen (Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) in die generalistische Ausbildung zur/zum Pflegefachfrau/Pflegefachmann können einzelne Inhalte nicht mehr in derselben fachlichen Tiefe vermittelt werden. Ein weiterer Punkt ist die zunehmende Komplexität der Pflegesituationen und Multimorbidität der Patient*innen. Außerdem kommt es durch die langen Außeneinsätze in den anderen Settings während des 2. Lehrjahres zu langer Abwesenheit vom akutstationären Setting, wodurch (interne) Auszubildende oft verunsichert und mit weniger akutstationärer Erfahrung ins 3. Lehrjahr starten.

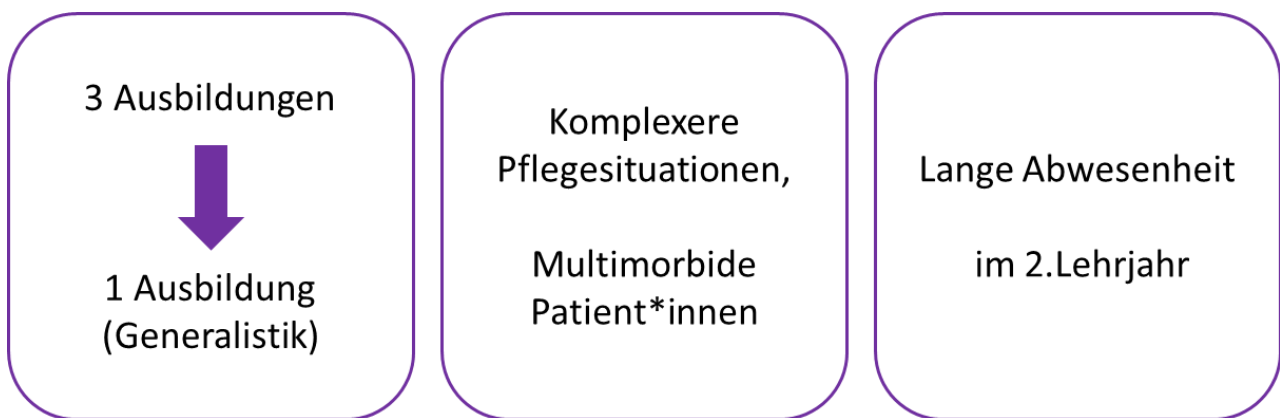


Abbildung 1: Herausforderungen für Auszubildende der Generalistik

Um die Situation am Start des Berufslebens genauer zu betrachten, wurde am Marienhospital außerdem eine interne Kompetenzerfassung für Berufsanfänger*innen der generalistischen Pflegeausbildung durchgeführt. Es zeigte sich, dass bestimmte Kompetenzen nicht von allen Berufsanfänger*innen im Alltag abgerufen werden können. Ihnen fällt es dadurch schwerer, sich im Berufsalltag einzuleben und sich in die Teams zu integrieren. Da diese „fehlenden“ Kompetenzen (zumindest bei internen Auszubildenden) bereits im Curriculum der Pflegeschule und im internen Praxiscurriculum integriert sind, also bereits vorhanden sein sollten, stellt sich die Frage, wie diese Kompetenzen schnell und effektiv so vermittelt werden können, dass sie in der Praxis auch eingesetzt werden können.

Um diese Problemstellungen zu lösen, gestalten immer mehr Kliniken und Pflegeeinrichtungen neue Ausbildungskonzepte wie Schülerstationen, integrierte Ausbildungsbereiche, oder Clinical Educational Units. Dabei geht es meist um die Frage, wie Praxisanleitung besser gemacht werden kann und die Lernenden von heute fit gemacht werden können für den Praxisalltag von morgen. Ziel ist es, die Lernenden zu professionellem, selbstständigem und eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen. Das Lernen orientiert sich dabei an den Bedarfen der Auszubildenden, findet aber trotzdem im Praxisalltag statt.

Am Arbeitsplatz ist außerdem viel Wissen eingebettet in Routinen, Protokolle und Artefakte, aber auch in Hierarchien und Machtstrukturen (Evans und Guile, 2012). Dieses Wissen muss in der Praxis erschlossen werden.

International gibt es bisher nur wenige Forschungsergebnisse zu Ausbildungsstationen, in der Literatur oft *dedicated education units* genannt. Sie scheinen aber positive Effekte zu haben auf klinische Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, Teamwork und Zusammenarbeit, Wissen und Handlungskompetenz sowie der Zufriedenheit der Lernenden (Musallam et al, 2021). Diese Aspekte sind entscheidend, um die beschriebenen Herausforderungen zu lösen. Der Ansatz einer *Dedicated Education Unit* ist somit vielversprechend, um wahrgenommene Defizite zu beheben. Allerdings sind solche Ausbildungsbereiche auch sehr zeit-, ressourcen-, und planungsintensiv. Für uns stellte sich deshalb die Frage, wie ein solcher Ausbildungsbereich im Marienhospital gestaltet werden kann, um Auszubildende am Ende des 3. Lehrjahres besser auf eigenständiges Arbeiten vorzubereiten. Die Umsetzung sollte deshalb schnell erfolgen können, effektiv sein, vor allem aber auch nachhaltig.

Wir nennen unseren Ansatz deshalb **Flexiblen Ausbildungsbereich (FAB)**. Abbildung 2 zeigt die grundlegende Struktur des Flexiblen Ausbildungsbereiches. Dabei übernehmen 3 Auszubildende der Generalistik im 3. Lehrjahr gemeinsam mit einem/einer Anleitenden der ZPAL (Zentralen Praxisanleitung) einen Bereich auf einer Normalstation. Diese Station ist die Heimatstation der/des Anleitenden. Im Rahmen eines ein- bis zweiwöchigen Einsatzes übernehmen die Auszubildenden im Frühdienst sämtliche pflegerischen Aufgaben des Bereichs, ergänzt durch fallbasiertes Lernen, klinischem Skills Training sowie gemeinsamen (Lehr-) Durchgängen und Reflexion.

Besonders zu beachten ist dabei, dass der Ausbildungsbereich nicht an einen Ort, sondern an eine Person (Praxisanleitung) angebunden ist und damit in vielen verschiedenen Bereichen des akutstationären Settings stattfinden kann. Durch die Organisation der Zentralen Praxisanleitung am Marienhospital sind die Zentralen Praxisanleiter*innen ideal geeignet: Sie arbeiten weiterhin anteilig im pflegerischen Alltag auf den Stationen, haben aber auch die benötigte pädagogische Expertise. Insbesondere die Planung und Organisation ist deshalb sehr einfach und die Termine des Flexiblen Ausbildungsbereichs werden wie gewöhnliche Anleitungstermine geplant und verschickt.

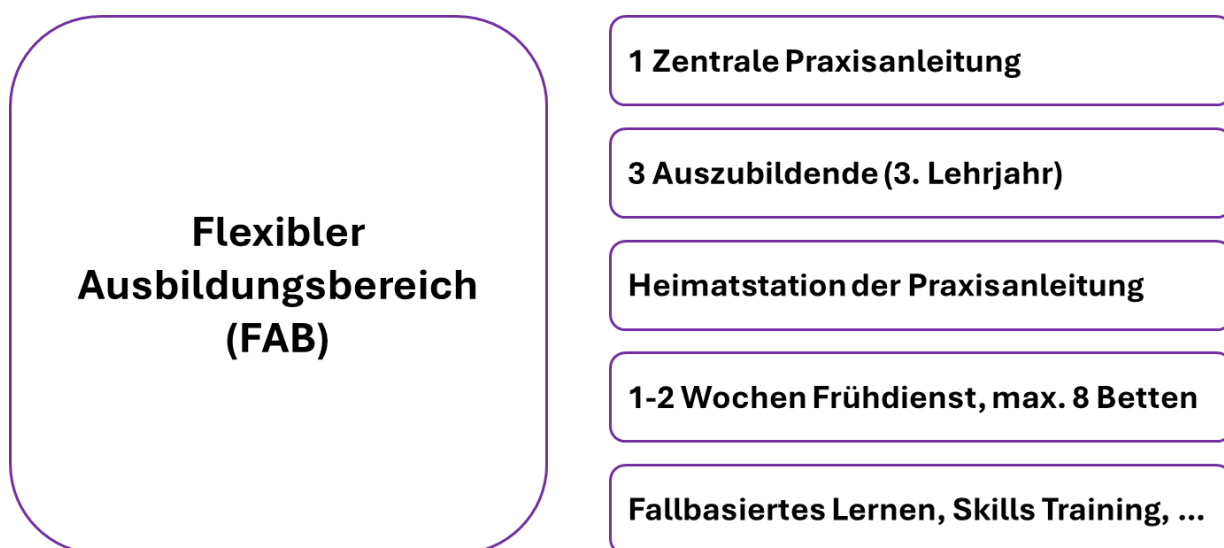


Abbildung 2: Grundlegende Struktur Flexibler Ausbildungsbereich

Ausgehend von der internen Kompetenzerfassung sind die Ziele des Flexiblen Ausbildungsbereiches vor allem:

- Handlungskompetenz,
- klinisches Verständnis und Wissen,
- Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen,
- professionelles und werteorientiertes Handeln,
- und berufliches Selbstverständnis

der Auszubildenden zu fördern und zu verbessern.

2 Evidenz

Als theoretischer Rahmen bietet sich vor allem das Cognitive Apprenticeship an mit den Schritten Modelling, Coaching, Scaffolding, Artikulation, Reflektion und Exploration (Tabelle 1). Je nach Bedarf übernimmt der/die Praxisanleiter*in verschiedene Rollen bei den jeweiligen Schritten. Dadurch kann individuell auf die Lernbedarfe eingegangen werden:

Schritt	Handlungen
Modelling	Die Praxisanleiter*in macht eine Handlung vor und erschafft ein kognitives Modell, z. B. durch lautes Denken/Erklären.
Coaching	Die Praxisanleiter*in beobachtet eine Handlung und gibt gezieltes Feedback und ggf. mehr Modelling.
Scaffolding	Die Praxisanleiter*in bietet angemessene Aufgaben an, basierend auf dem Lernstand und unterstützt damit den Lernfortschritt. Sie tritt immer weiter in den Hintergrund und greift immer weniger ein, bis die Handlung alleine durchgeführt werden kann.
Artikulation	Die Praxisanleiter*in unterstützt die Lernenden dabei, ihr Wissen zu artikulieren und ihre Handlungen zu begründen.
Reflektion	Die Praxisanleiter*in ermutigt und unterstützt die Lernenden dabei, ihre eigene Leistung/Durchführung zu bewerten und mit anderen (z. B. Experten) sowie ihrem eigenen internen kognitiven Modell zu vergleichen
Exploration	Die Praxisanleiter*in lässt die Lernenden selbst Probleme lösen und unterstützt Lernende bei neuen (unbekannten) Problemen

Tabelle 1: Schritte des Cognitive Apprenticeships, frei nach Collins et al. 1989

Es können aber noch viele andere Ansätze aus der Pflegepädagogik, Berufsbildungsforschung und Lernpsychologie mit einfließen. „Flexibel“ bezieht sich nicht nur auf den Ort des Bereiches, sondern auch auf den Einsatz passender Methoden und Modelle. Es soll eine Förderung der beruflichen Handlungskompetenz gewährleistet werden (§5 PflBG), die in realen Pflegesituationen angewendet werden (Handlungsorientierung). Im flexiblen Ausbildungsbereich bietet sich aber auch die Möglichkeit

der Lernortverknüpfung, d. h. schulisches, aktuelles Wissen kann in der Praxis angewendet werden und der Theorie-Praxis-Transfer gefördert werden. Entsprechend dem Modell des erfahrungsbasierten Lernens nach Kolb durchlaufen die Lernenden die Phasen konkreter Erfahrung, Reflexion, Konzeptbildung und aktiver Erprobung. Durch Übernahme eines Bereichs unter Supervision entwickeln Lernende Selbstverantwortung und Problemlösungskompetenz (selbstgesteuertes Lernen). In der Gruppe findet außerdem kooperatives und Peer-Learning statt.

Der Praxisanleiter*in kommt deshalb beim flexiblen Ausbildungsbereich eine Schlüsselrolle zu. Um effektiv zu sein, muss sie dafür sorgen, dass das Lernen

- auf Vorwissen und Vorerfahrung basiert
- auf die Lernbedarfe der Teilnehmenden zugeschnitten ist
- aktives, problembasiertes Lernen einbindet
- praxisnah ist
- reflektiert wird und angewendet wird
- das Einüben praktischer Fähigkeiten ermöglicht.

(De Villiers et al. 2003)

Um das zu gewährleisten, übernimmt die Praxisanleiter*in verschiedene Rollen. Da die Teilnehmenden bereits über viel Vorwissen verfügen (sollten), agiert die Praxisanleiter*in im Flexiblen Ausbildungsbereich eher als Coach bzw. Mentor*in, der/die die Lernenden begleitet und den Alltag mit den Lernenden reflektiert, sowie ein professionelles Selbstverständnis vorlebt. Je nach Bedarf werden aber auch andere Rollen eingenommen, z. B. als Berater, Lernbegleiter oder aber als klassische Praxisanleiter*in, die etwas vormacht und dabei erklärt.

3 Nutzen

Der Flexible Ausbildungsbereich bildet den idealen Rahmen, um die gesetzten Ziele zu erreichen (Abbildung 3). Durch den Einsatz im Pflegealltag auf einer Normalstation wird insbesondere die Handlungskompetenz gefördert, da sich die Auszubildenden mit realen Situationen auseinandersetzen. Sie gewinnen dadurch außerdem an Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen.

Darüber hinaus ergeben sich weitere Vorteile. Durch die enge Begleitung durch die Praxisanleiter*in können sich die Auszubildenden im geschützten Raum weiterentwickeln. Dabei wird zudem viel Anleitungszeit generiert, deutlich mehr als im normalen Alltag der Praxisanleiter*in. Durch die Übernahme eines Bereiches werden die Stationen entlastet, da weniger Personal eingesetzt werden muss.

Im Vergleich zur Organisation einer Schüler-/Auszubildendenstation ist die Planung und Durchführung des flexiblen Ausbildungsbereiches deutlich einfacher und weniger personal- und ressourcenintensiv. Zudem können individuelle Entwicklungsbedarfe besser erkannt und unterstützt werden als z. B. bei einer Schülerstation.

- Handlungskompetenz
- klinisches Verständnis und Wissen,
- Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen,
- professionelles und wertorientiertes Handeln,
- berufliches Selbstverständnis

+ viel Anleitungszeit

+ zeit-/ressourcen-/personalschonend

+ Bereiche werden entlastet

+ Reale Situationen

+ einfache Planung

Abbildung 3: Nutzen und Vorteile des Flexiblen Ausbildungsbereiches

4 Evaluation

Der Flexible Ausbildungsbereich wurde bereits auf **4 verschiedenen Stationen** von **5 verschiedenen (zentralen) Praxisanleiter*innen** durchgeführt (Neurologie, Gefäßchirurgie, Pulmologie, Onkologie). Insgesamt wurden bereits **7 FAB-Wochen** durchgeführt mit **21 Auszubildenden**.

Um das Konzept zu evaluieren und anzupassen, wurden nach jeder Woche die Auszubildenden befragt, wie sie den Flexiblen Ausbildungsbereich sowie ihre eigene persönliche Entwicklung erlebt haben. Die Fragen orientierten sich lose an der Zielsetzung: Handlungskompetenz, Klinisches Verständnis und Wissen, Selbstwirksamkeit und Selbstvertrauen, professionelles und wertorientiertes Handeln, sowie Rolle(n) des Anleiters. Der Flexible Ausbildungsbereich wurde von allen teilnehmenden Auszubildenden durchweg positiv bewertet. In Abbildung 4 sind beispielhafte Rückmeldungen der Auszubildenden dargestellt. Als Verbesserungsvorschläge wurde mehrfach der Wunsch nach einer häufigeren Durchführung geäußert, sowie einem zusätzlichen, früheren Einsatz im Ausbildungsverlauf. Die Auszubildenden heben insbesondere Fortschritte in folgenden Bereichen hervor:

- Selbstständigkeit in pflegerischen Tätigkeiten
- Organisation und Priorisierung von Arbeitsabläufen
- Kommunikation mit Patienten, Ärzten und anderen Berufsgruppen
- Dokumentation und Pflegeplanung
- Professionelles Rollenverständnis als angehende Pflegefachkraft:
- Selbstvertrauen und Verantwortungsübernahme

Außerdem beschreiben fast alle Auszubildenden einen ähnlichen Prozess: Anfangs eine engere Begleitung mit mehr Anleitung und Demonstration von Tätigkeiten, im Verlauf dann aber immer mehr Eigenverantwortung, selbstständigeres Arbeiten und viel Reflexion und Feedback. Das deckt sich mit dem theoretischen Unterbau des Cognitive Apprenticeships. Welche Rollen die Praxisanleiter*innen einnehmen beschreiben die Auszubildenden mit:

- „Lehrerin“,
- „Assistentin“,
- „Beraterin“,
- „Vertrauensperson“,
- „Ansprechpartnerin“,
- „Beobachterin“,
- „Reflexionspartnerin“,
- „beruhigende Unterstützung“,
- „Anleiterin“,
- „Begleiterin“,
- „Unterstützende“,
- „Vorbild“,
- „Lehrende“.

„Organisation der Arbeit bei
MEINEN Patienten in MEINEM
Bereich!“

„Entlassmanagement“, „steriler
Verbandwechsel“, „Labore anfordern“,
„Medikamentengabe“, ...

„Selbstwirksamkeit hat sich positiv
entwickelt, weil ich gemerkt habe, dass ich
Patient*innen sicher unterstützen und
Verantwortung übernehmen kann“

„Da man alle Aufgaben einer Fachkraft
übernimmt, fühlt man sich eher in der
Rolle, nicht mehr so sehr als Helfer“

„sicherer bei der Versorgung von
Patienten im Allgemeinen und bei der
Delegation von Aufgaben“

„Ich habe gelernt, wichtige pflegerische
Maßnahmen zuerst durchzuführen, z. B. bei
instabilen oder belasteten Patient*innen
und meine Zeit besser zu organisieren“

„Mein Verständnis der Rolle als
Pflegefachkraft hat sich verändert, weil ich
erkannt habe, wie wichtig Verantwortung,
Beobachtung und Teamarbeit im Pflegealltag
sind“

„ich fühle mich selbstständiger beim
Telefonieren und beim Sprechen mit
den Ärzten“

Abbildung 4: Rückmeldungen von Auszubildenden

5 Übertragbarkeit

Das Projekt des Flexiblen Ausbildungsbereiches ist sehr gut auf andere Bereiche und Settings übertragbar. Zentral ist dabei aber vor allem die Rolle der Praxisanleiter*innen. Der Erfolg des Konzeptes hängt maßgeblich von der pädagogischen Kompetenz und der situativen Flexibilität der Praxisanleiter*innen ab. Gerade der schnelle Wechsel zwischen den benötigten Rollen verlangt viel Gespür und Aufmerksamkeit. Zusätzlich ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Flexible Ausbildungsbereich auf der Heimatstation der Praxisanleiter*innen stattfindet und die Praxisanleiter*innen weiterhin im Praxisalltag arbeitet. Bereits jetzt haben wir Erfahrung in verschiedenen Fachbereichen gesammelt, auf der Neurologie, Inneren, Onkologie und Gefäßchirurgie und planen eine Ausweitung auf andere Bereiche. Es spricht auch nichts gegen den Einsatz in Langzeitpflege, Rehabilitation und Psychiatrie. Die Übertragung auf die häusliche Pflege erscheint aufgrund der Rahmenbedingungen nur eingeschränkt möglich.

11 Literatur

Musallam E., Ali A. A., & Nicely S. (2021). The impact of dedicated education model on nursing students' outcomes: An integrative review. *Nurse Educator*, 46(5), E113–E116.
10.1097/NNE.0000000000001022 PMID:33958562

Evans, K. and Guile, D. (2012). Putting different forms of knowledge to work in practice. In: *Practice-Based Education: Perspectives and Strategies* (ed. J. Higgs, R. Barnett, S. Billett et al.), 113-130. Rotterdam: Sense Publications.

Collins, A., Brown, J. S., & Newman, S. E. (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In L. B. Resnick (Ed.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser* (pp. 453–494). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Olden, D., Großmann, D., Dorin, L., Meng, M., Peters, M., & Reuschenbach, B. (2023). Die generalistische Pflegeausbildung in Deutschland aus Sicht Auszubildender. *Pflege*, 36(5), 249–257.
<https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000930>

De Villiers, M., Bresick, G., & Mash, B. (2003). The value of small group learning: an evaluation of an innovative CPD programme for primary care medical practitioners. *Medical education*, 37(9), 815-821.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01595.x>