

## Michael Brater

# Was sind „Kompetenzen“ und wieso können sie für Pflegende wichtig sein?

What are „Competences“ and why could they be important für Nurses?

The article explores the dimensions of the concept of „competence“, which is omnipresent in the German educational system. These dimensions are discussed as well as the social background of the concept. The suitability of the concept to the field of nursing is addressed. In addition to that the article deals with the question of how competences could be learned and considers the possibility of converging the concept of competence and the neo-humanistic concept of education.

### Keywords

competence, education, care work, interaction work, subject orientation

Der Beitrag geht den Dimensionen des im deutschen Bildungswesen allgegenwärtigen Kompetenzbegriffs nach und legt seine Perspektiven offen. Er verfolgt seine gesellschaftlichen Hintergründe und thematisiert dabei auch die Angemessenheit des Begriffs in der Pflege. Weiter wird anhand moderner Lernkonzeptionen auf die Frage eingegangen, wie man Kompetenzen lernen kann. Der Artikel endet mit Überlegungen, den Kompetenz- und den Bildungsbegriff einander anzunähern.

### Schlüsselwörter

Kompetenz, Bildung, Pflegearbeit, Interaktionsarbeit, Subjektorientierung

## 1. Einleitung: Ein Begriff macht Karriere

Der Kompetenzbegriff ist heute in unserem Bildungssystem überall als verbindlicher Orientierungsrahmen eingeführt. Das ist erstaunlich, weil in der Wissenschaft keineswegs klar ist, was genau er bezeichnet. Vielmehr sind die Kompetenzdefinitionen Legion, und sie unterscheiden sich mehr oder weniger voneinander. Außerdem wird „Kompetenzorientierung“ von manchen Wissenschaftlern hart kritisiert und abgelehnt, die im Kompetenzbegriff das Ende der Bildung und deren Ausverkauf an die Wirtschaft gekommen sehen (z. B. Krautz 2007, Ladenthin 2010, Lenzen 2014).

Eine solche Situation ist in den Humanwissenschaften zwar nichts Ungewöhnliches (welcher Begriff wäre hier schon wirklich klar und allgemein anerkannt definiert?), so

dass die beinahe rituelle Klage über die Unklarheit des Kompetenzbegriff in beinahe jeder einschlägigen Veröffentlichung nicht besonders originell ist und auch nicht weiterhilft. Die Situation verweist einmal mehr auf eine für diese Wissenschaften konstitutive Bedingung: Ihre Gegenstände sind nun einmal keine objektiven Dinge und Sachverhalte, die nur richtig „abgebildet“ oder systematisch verankert werden müssten, sondern es handelt sich stets um gedankliche Konstrukte, die gerade dadurch entstehen, dass sie aus unterschiedlichen Perspektiven hervorgebracht und beschrieben werden.

So sind auch Kompetenzen keine konkreten „Dinge“ oder „Gegenstände“, sondern gedankliche Konstrukte, d. h. modellartige Produktionen des menschlichen Geistes, denen kein empirischer Sachverhalt entspricht – Gedankenwerkzeuge, um die Welt zu ordnen und zu erkennen (z. B. Hanns Wienold 2000). Die größte Gefahr im Umgang mit Konstrukten liegt bekanntlich darin, sie zu reifizieren bzw. zu ontologisieren, d. h. ihnen einen realen Seinsstatus zuzuerkennen. Dies sollte im Folgenden immer mitbedacht werden. Damit hat jede Definition von Kompetenz „recht“, wenn es mit ihr gelungen ist, das genau zu fassen und abzugrenzen, was dem Autor der Definition wichtig ist und was er damit aufzeigen wollte.

Im folgenden Beitrag geht es darum, einigen Blickrichtungen der Definitionen nachzugehen. Worum geht es? Was ist daran so wichtig? Und was heißt die Kompetenzorientierung für unser Bildungsverständnis? Und wir fragen, was die Kompetenzorientierung für die Pflegenden bedeutet.

## 2. Annäherungen an den Kompetenzbegriff

Kompetenzen sind „*Dispositionen, die im Verlauf von Bildungs- und Erziehungsprozessen erworben (erlernt) werden und die Bewältigung von unterschiedlichen Aufgaben bzw. Lebenssituationen ermöglichen. Sie umfassen Wissen und kognitive Fähigkeiten, Komponenten der Selbstregulation und sozial-kommunikative Fähigkeiten wie auch motivationale Orientierungen. Pädagogisches Ziel der Vermittlung von Kompetenzen ist die Befähigung zu selbstständigem und selbstverantwortlichem Handeln und damit zur Mündigkeit*“ (Klieme/Hartig 2007: 21).

Der Sprachforscher Noam Chomsky, der den Begriff der (Sprach-)Kompetenz schon 1965 verwendete, unterscheidet „Kompetenz“ von „Performanz“: Während letztere das beobachtbare (Sprach-)Verhalten bezeichnet, bezieht sich „Kompetenz“ dagegen auf die (in der Person liegende „Fähigkeits“-)Voraussetzung für situationsangemessenes (Sprach-)Verhalten (Chomsky 1965). Sprachkompetenz ist für Chomsky die jedem Sprecher immanente Möglichkeit, über das sprachliche Regelsystem zu verfügen, das aus „*den syntaktischen, grammatischen, phonetischen etc. Regeln einer Sprache besteht, und das es dem Sprecher erlaubt, Sprache – die „Performanz“ – zu erzeugen*“ (Bethscheider u. a. 2011).

Beim Begriff „Kompetenz“ geht es also grundsätzlich um in den Handlungssubjekten zu lokalisierende, ihnen immanente Voraussetzungen ihres Handelns. Kompeten-

zen gehören somit zum Feld von Begriffen, die persönliche, handlungserzeugende „Vermögen“ von Personen bezeichnen, wie „Fähigkeiten“, „Fertigkeiten“, „Können“, „Wissen“, „Werte“, „Motive“, „Bereitschaften“ u. ä. In der französisch beeinflussten Kompetenzforschung ist in diesem Zusammenhang die Rede von „Ressourcen“ oder auch „Potentialen“ der Person (s. EFFE 2001; vgl. auch Maag-Merki 2006: 26). Alle diese Begriffe beruhen auf der grundlegenden Vorstellung, dass Handlungen von Menschen ihren Ursprung in deren Innerem haben und dort von subjektiven Variablen gesteuert werden (die „Black Box“ der behavioristischen Schule). Michael White, der vor Chomsky den Kompetenzbegriff in der Psychologie eingeführt hat, spricht von Kompetenzen als „Möglichkeiten der Person, Transaktionen mit ihrer Umgebung“ durchzuführen (White 1956).

Auch in der deutschen Kompetenzdiskussion wird dieser „Subjektbezug“ des Kompetenzbegriffs als zentrales Merkmal durchgehend hervorgehoben: F. E. Weinert z. B. nennt Kompetenzen *„bei Individuen verfügbare oder durch sie erlernbare ... Fähigkeiten und Fertigkeiten“* (Weinert 200: 27; Herv. M.B.). Arnold (2001: 176) fasst sie als *„Handlungsvermögen der Person“*.

Mit dem Kompetenzbegriff wendet sich der Blick von dem, was einer (äußerlich sichtbar) tut und verrichtet, zu seinen persönlichen, „inneren“ Voraussetzungen dafür.

Wenn man Kompetenz in diesem Sinn versteht als innere, „subjektive“ Voraussetzung für „Performanz“, dann ist sie überhaupt nichts konkret Fassbares, nichts, was direkt beobachtbar in Erscheinung treten würde. Fassbar wird sie nur gedanklich/begrifflich als „Disposition“. Und tatsächlich sprechen z. B. Erpenbeck (1996) oder Klieme/Hartig (s. o.) konsequent von Kompetenzen als „Dispositionen“ der Person.

Kompetenzen gehören also im wissenschaftlichen Sprachgebrauch zu den unsichtbaren, nicht beobachtbaren und deshalb immer hypothetischen Möglichkeiten der Person.

Was ist nun der Inhalt von Kompetenz?

Betrachtet man gängige Kompetenzdefinitionen, fällt schnell auf, dass sehr viele eine oft längere Aufzählung von personalen Ressourcen zum Handeln enthalten. Das ist schon in einer Stellungnahme des Deutschen Bildungsrats von 1970 der Fall. Dort heißt es: Kompetenzen *„umfassen Fähigkeiten, Methoden, Wissen, Einstellungen und Werte“* (Deutscher Bildungsrat 1970).

Bei Weinert (2001: 27f) handelt es sich um *„kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie motivationale, volitionale und soziale Bereitschaften und Fähigkeiten“* (Herv. M.B.). Und bei Maag-Merki (2006: 26f) um *„Fähigkeiten in Form von Wissen... Andererseits gehören dazu aber auch Einstellungen, Motivationen, Wertvorstellungen, Verhaltensweisen oder selbstbezogene Kognitionen wie das Kennen der eigenen Stärken und Schwächen“* (s. a. Klieme/Hartig 2007).

Dreierlei fällt hier auf:

- Erstens umfasst der Kompetenzbegriff nie nur einfach Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Handeln, sondern es gehören stets Motivation, Bereitschaften und Werte dazu, also Begriffe, die sich auch auf Selbstverfügung, persönliche Entscheidung, Selbstregulation, auf „Subjektqualität“ beziehen.
- Zweitens gehört „Wissen“ zwar zur Kompetenz dazu, aber es steht nie allein, sondern ist ein Element unter den vielen anderen: Wissen allein hat noch nie jemanden „handlungsfähig“ gemacht – obwohl man ohne Wissen natürlich auch nur wenig zustande bringt. Jedenfalls: *„Wissen ist keine Kompetenz“* (Arnold/Erpenbeck 2014).
- Drittens schließlich ist das Bemühen unverkennbar, zumindest zu betonen, dass alle diese Komponenten der „Kompetenz“ nicht irgendwie zufällig nebeneinander stehen, sondern ein geordnetes Ganzes, ein „System“ bilden, dessen Teile ineinandergreifen in einem „komplexen Wechselspiel von Wissen, Überzeugungen und Handlungstendenzen“ (Weinert 1999) – auch wenn dieses Wechselspiel nicht immer bewusst sein mag.

Charakteristisch für den Kompetenzbegriff sind somit die komplexe Vielfalt von psychischen Komponenten, die Eingebettetheit des Wissens in eine vielschichtige nicht-kognitive innere Umgebung, und das systemische Zusammenwirken der Komponenten zum subjektiven Handeln (was auch der Etymologie des Begriffs „Kompetenz“ aus lateinisch „Competentia“, Zusammentreffen zu entsprechen scheint (Köbler 1995)). Dementsprechend verstehen viele Autoren Kompetenzen als wissenschaftliche Konstrukte, die verschiedene subjektgebundene Handlungsressourcen zusammenfassen und miteinander zu einem umfassenden subjektiven Handlungsvermögen verbinden. Dabei ist die innere Zusammensetzung jeder „Kompetenz“ für sich genommen eine eigene Forschungsaufgabe.

*„Wenn die Erfordernisse der Situation mit dem individuellen Konglomerat von Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen ‚zusammentreffen‘, so besitzt dieser also ‚Kompetenz‘ zur Bewältigung der Situation“* (Wollersheim 1993: 89).

Unter „Kompetenz“ ist also die ganzheitliche Zusammenfassung aller persönlichen Kräfte – von Wissen über Fertigkeiten und Fähigkeiten bis zu Motiven, Bereitschaften und Werthaltungen – zu verstehen, die zum Bewältigen einer Situation zusammenwirken müssen.

„Kompetenz“ bezeichnet keine neue Fähigkeit und kein neues Wissensgebiet, sondern meint die Bündelung, die Verbindung, das Zusammenwirken der vorhandenen Ressourcen eines Menschen, die nicht fragmentiert und isoliert nebeneinander stehen, sondern sich im Handeln gegenseitig durchdringen, zusammenspielen und damit erst Handeln ermöglichen.

Damit nimmt der Kompetenzbegriff längst bekannte Probleme des Handelns auf, wie etwa das Auseinanderfallen von Wissen und Können (etwa bei Hochschulabsolventen, die den Kopf vollgestopft haben mit detailliertem und aktuellem wissenschaftlichen Wissen über gruppenspezifische Prozesse, aber selbst nicht in der Lage sind, einen anderen ausreden zu lassen). Ein anderes ebenfalls wohlbekanntes Phänomen, das

durch „Kompetenz“ gelöst werden könnte, wäre z. B. der brillante, hoch qualifizierte und spezialisierte Ingenieur, der aber dennoch im Beruf scheitert, weil er alle, mit denen er zusammenarbeiten müsste, vergrault und gegen sich aufbringt. Oder die sehr gut ausgebildete Bankkauffrau, die nach ihrem Berufsabschluss mit sich und dem Gelernten nichts anzufangen weiß, weil sie keinen Sinn in dieser Arbeit sieht. Solche Beispiele zeigen: Handlungsfähigkeit entsteht erst, wenn viele analytisch und oft im Bildungssystem auch real getrennte Elemente und Teilbereiche wieder zusammengefügt und miteinander verschmolzen werden, weil eben zur Handlungsfähigkeit (besser jetzt: Handlungskompetenz) alle subjektiven Ressourcen zusammenstimmen und zusammenwirken müssen. Der Kompetenzbegriff fordert dazu auf, in alle diese Winkel subjektiver Handlungsressourcen zu blicken.

Kompetenzorientierung verlangt somit „ganzheitliche“ Bildung, die alle Kompetenzschichten angemessen umfasst. So, wie in der Altenpflegeausbildung nicht nur Geduld und eine ruhige Hand geschult werden müssen, sondern gründlich und umfassendes Fachwissen erarbeitet werden muss, kann auch die Ausbildung eines Mechatronikers, soll sie zu „beruflicher Handlungsfähigkeit“ (s. BBiG, § 1) führen, nicht nur auf die fachlichen Aspekte seines Berufs reduziert werden: Ausbildung zur (beruflichen) Handlungsfähigkeit verlangt, neben dem fachlichen Wissen und Können der Auseinandersetzung mit sozialen und Wertfragen, mit Selbstbild und Lebensgestaltung ebenfalls Raum zu geben. Handlungskompetenz im Sinne der Kompetenzdefinitionen kann nur erreicht werden, wenn die Ausbildung sich breit an den personalen Voraussetzungen des Handelns orientiert, nicht an denen einer ökonomischen Verkürzung auf das, was im Unternehmen gerade gebraucht wird.

Das ganzheitliche Zusammenspiel der unterschiedlichen Ressourcen des Subjekts zum Handeln im Kompetenzbegriff ist heute freilich noch mehr Forschungsprogramm als geklärtes Wissen. Die Frage danach drückt sich in der oft zu hörenden Forderung aus, jeder, der den Kompetenzbegriff verwende, müsse auch angeben, mit welchem „Kompetenzmodell“ er arbeitet. Das bekannteste und eines der ältesten ist die Unterscheidung von Fach-, Methoden-, Sozial- und personaler (oder Human-)Kompetenz (eine oft zitierte Erläuterung bietet KMK 2004). Erst wenn diese Kompetenzdimensionen oder -arten zusammenwirken, soll „Handlungskompetenz“ entstehen.

Wie kann nun „eine“ Kompetenz von anderen abgegrenzt werden?

Den Bezugspunkt dafür liefern reale Aufgaben und Problemlösungen, auf die hin die dazu benötigten Ressourcen gebündelt und zu einer Kompetenz zusammengefasst werden. Auch das spiegelt sich in vielen Definitionen: Bei Weinert (2001) umfasst eine Kompetenz diejenigen Fähigkeiten und persönlichen Vermögen, die subjektiv benötigt werden, „um bestimmte Probleme zu lösen“. Bei Klieme/Hartig (2007: 21) ermöglichen Kompetenzen „die Bewältigung von unterschiedlichen Aufgaben bzw. Lebenssituationen“. Und für Maag-Merki (2006) soll eine Kompetenz „bestimmte Anforderungen erfolgreich ... bewältigen“. (s. a. Gehmlich 2009). Eine Kompetenz kombiniert diejenigen Ressourcen, deren Zusammenwirken es ermöglicht, eine Klasse von Handlungsaufgaben zu bewältigen.

Nach Lang v. Wins/Triebel (201: 121 ff) kann man aber erst dann vom Vorliegen einer Kompetenz sprechen, wenn sie sich hinter mehreren inhaltlich verschiedenen Aufgaben zeigt, in denen ähnliche Anforderungen stecken. Das unterstreicht noch einmal den Subjektbezug: Kompetenzen bilden nicht die Arbeitswelt bzw. deren Anforderungen ab, sondern sie beschreiben subjektive Strukturen „quer“ zu den objektiven Aufgaben, die diese z. T. übergreifen und deren Zusammensetzung und Abgrenzung einer eigenen Logik folgt.

Manche Kompetenzmodelle konstruieren Kompetenzstufen (z.B. das Modell des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR), das für jede Kompetenzart jeweils 8 Kompetenzstufen vorsieht; s. EU-Kommission 2008; für die Pflege s. P. Benner 1986): Aufgaben werden selten sofort perfekt erfüllt, der Stufe der „Kompetenz“ muss man sich erst annähern. In dieser Sicht beschreibt „Kompetenz“ eine Art Meisterschaft (Grad des „Experten“) der Handlungsfähigkeit, der niedrigere „Grade“ vorausgehen.

Kompetenz als subjektives Vermögen ist, wie gezeigt, auf problemlösendes Handeln angelegt: Kompetenzen sind zu etwas gut, sie dienen der Bewältigung von Aufgaben bzw. der Selbstentwicklung, sie ermöglichen das Handeln in konkreten Zusammenhängen. Das unterstreicht den Handlungsbezug, der im Kompetenzbegriff enthalten ist: Kompetenz als begriffliches Konstrukt für einen hypothetischen subjektimmanenten Zustand gewinnt sichtbare und messbare äußere Realität in der Performanz der realen Problemlösung und Aufgabenbewältigung, die umgekehrt als Beleg und Bestätigung dafür gilt, dass diese Kompetenz bei der Person tatsächlich vorliegt.

Darin liegt zugleich der Anknüpfungspunkt für jede Art der „Kompetenzmessung“ bzw. der Feststellung erworbener Kompetenzen: Ausgangspunkt bildet eine (gelungene, geglückte) Problemlösung bzw. Aufgabenbewältigung, und von hier aus wird darauf geschlossen, welche Kompetenz(en) bei der Person vorgelegen haben müssen, damit die Problemlösung gelingen konnte, nach dem Motto: Welche vorhandenen Kompetenzen haben sich an dieser Aufgabenbewältigung erwiesen bzw. welche neuen Kompetenzen mussten dafür gebildet werden? (s. Lang v. Wins/Triebel 2011, Erpenbeck/v. Rosenstiel 2007, Brater u. a. 2010)

### 3. Problemlösung in variablen und unbekanntem Situationen; selbstorganisiertes Handeln

*„Kompetenzen sind Befähigungen, mit neuen Situationen und bisher unbekanntem Handlungsanforderungen erfolgreich umgehen zu können“ (Erpenbeck/v. Rosenstiel 2007: XIX)*

Kompetenzen sind *„Fähigkeiten, mit denen die Person selbstorganisiert und selbstgestaltend umgehen kann, um eine offene Zukunft produktiv und kreativ zu bewältigen und biografisch zur Produzentin ihrer eigenen Entwicklung zu werden“ (Heyse/Erpenbeck/Michel 2001: 14).*

Wer in irgendeinem Feld „Kompetenz“ erreicht, der hat damit auch die Fähigkeit, all seine Fähigkeiten und sein Wissen, alle seine subjektiven Ressourcen auf diesem Gebiet selbst in die Hand zu nehmen, selbst zu entscheiden, ob und wie er sie einsetzt und vor allem: sie aus sich heraus zu variieren und weiterzuentwickeln, also auch neue Elemente hervorzubringen. Zu Kompetenzen gehören bei vielen Autoren auch reflexive und metakognitive Fähigkeiten. Vorbild ist wieder Chomsky: Einem Sprecher ermöglicht es, seine Sprachkompetenz aus den zur Verfügung stehenden, für alle Sprecher gleichen begrenzten Sprach-Regeln eine individuelle Sprache hervorzubringen, die unbegrenzt vielfältig und variierbar ist und immer wieder neue, individuelle, überraschende, noch nie gehörte Formen zu erzeugen vermag.

Verallgemeinert heißt das: Kompetenz als souveräne Verfügung über ein Regelgerüst ermöglicht kreative Handlungen und erlaubt es, Neues hervorzubringen bzw. unbekannte Situationen zu gestalten.

Autoren wie John Erpenbeck betrachten diesen Aspekt des Kompetenzverständnisses als den zentralen, den wesentlichen: Sie unterscheiden Kompetenzen von alltäglichen „Fähigkeiten“ nicht nur durch deren Komplexität, Subjektorientierung und Aufgabenbezug, sondern auch durch diesen Aspekt der Metakognition: Kompetenz zeichnet sich in dieser Sicht vor allem aus durch die ihr innewohnende Fähigkeit der Selbstverfügung. D. h. zu den „*netzwerkartig zusammenwirkenden Facetten*“ (Klieme) aus Wissen, Verstehen, Können, Motivation usw. gehört auch die Facette, über all diese Facetten verfügen, sie einsetzen, nutzen, immer wieder neu kombinieren, ja auch sie weiterentwickeln und selbstständig verändern zu können. Zur „Kompetenz“ gehört auch die Disposition zur Selbstverfügung über seine persönlichen Ressourcen, deren Einsatz und Weiterentwicklung – die „Disposition zum selbstorganisierten Handeln“, d. h. zu einem autonomen, selbstbestimmten Leben (Erpenbeck/Heyse 1999).

„Kompetent sein“ heißt damit, diesen Ansätzen folgend, zweierlei: Zum einen, seinen persönlichen „Werkzeugkasten“ an Wissen, Können, Fertigkeiten, Einstellungen, Werthaltungen usw. gut gefüllt zu haben und die verschiedenen Werkzeuge auch handhaben zu können. Zum anderen heißt „kompetent sein“ aber vor allem: Mit all diesen vielen Inhalten seines persönlichen „Werkzeugkastens“ selbstbestimmt, kreativ und frei umzugehen und die Werkzeuge für z. T. selbstgewählte Ziele und Aufgaben souverän einzusetzen.

Kompetenzorientierung der Bildung verlangt durchaus, viel Wissen zu „vermitteln“ und dafür zu sorgen, dass das Gelernte auch beherrscht wird. Aber darüber hinaus heißt Kompetenzorientierung, den Lernenden in selbstverantwortliche Aktivität zu versetzen und diejenige Instanz in ihm anzusprechen, die mit all diesem Wissen und mit all diesen Fähigkeiten und Einstellungen umgeht, sie nutzt und kritisch zu pflegen weiß: „Kompetent“ ist nach Erpenbecks Verständnis nur jemand, der selbstbewusst und Ichstark sein Handeln selber lenkt. Kompetenzorientiert (aus)bilden heißt daher: das „Ich“ der Lernenden stärken, von ihrer Mündigkeit und ihrer Fähigkeit zur Selbstverantwortung auszugehen (s. a. Vonken 2011: 30).

Die Selbstverfügung über die eigenen Kräfte und Fähigkeiten als zentrale Komponente von Kompetenz hat eine sehr wichtige Konsequenz: Sie ist nämlich die Voraussetzung dafür, – gewissermaßen auf einer „Metaebene“ – seine eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten usw. selbsttätig in eine heute noch unbekannte, unbestimmte, offene Richtung zu verändern, sie nach Situation und Bedarf umzubauen, ggf. auch zu aktualisieren, zu modifizieren, zu erweitern oder auch zu beenden. Wer das kann, braucht keine fremden Autoritäten, keine Anweisungen oder Programme der Personalentwicklung, um gesagt zu bekommen, was er zu lernen hat, sondern der kann sich und seine persönliche Entwicklung selbst in die Hand nehmen. Den schrecken auch keine Veränderungen, keine unvorhersehbaren Ereignisse, keine Unsicherheiten und Umbrüche, denn der hat die subjektiven Möglichkeiten und Voraussetzungen, die „Disposition“, um mit allem, was neu auf ihn zukommt, zurechtzukommen, es in seinen eigenen Weg zu integrieren, soweit das aufgrund der äußeren Verhältnisse möglich ist. Manche nennen das „Selbstlernkompetenz“ (z. B. Kaiser 2003).

Mit der Orientierung an „Kompetenzen“ fokussiert das Bildungssystem auf Lernergebnisse (Learning Outcomes), also auf das, was ein Mensch tatsächlich kann und weiß, wie er Aufgaben – auch und gerade offene, unbestimmte und unerwartete – zu bewältigen und sich selbst lernend weiterzuentwickeln in der Lage ist. Und es fokussiert nicht mehr auf Inputs an „Bildungsstoff“ oder investierte Zeit (Stundentafeln!).

Zusammengefasst, beschreibt das Konstrukt „Kompetenz“

- komplex zusammengesetzte subjektbezogene Handlungsressourcen, die sich auf bestimmte Handlungsaufgaben beziehen und Werthaltungen ebenso wie die Motivation zum Handeln einschließen: Wissen (allein) ist keine Kompetenz!
- Dispositionen des Subjekts, die der direkten Beobachtung nicht zugänglich (nur über „Performanz“ erschließbar), aber auf Situationen anwendbar sind;
- das funktional auf Situationen bezogene und damit kontextspezifische Vermögen von Personen, ihre Kräfte und Fähigkeiten selbstorganisiert zu entwickeln und zur Bewältigung auch neuer Aufgaben selbst zu mobilisieren (Voraussetzungen für Mündigkeit und Autonomie).

#### 4. Kompetenz, moderne Arbeitswelt und Pflegearbeit

Die Forderung nach Kompetenzorientierung in der Bildung passt durchaus zu aktuellen Veränderungen in Wirtschaft und Arbeitswelt und zu damit zusammenhängenden neuen Anforderungen an die Arbeitenden. Fünf markante Entwicklungen seien hervorgehoben:

- Die Arbeitswelt (wie große Teile der Gesellschaft) unterliegt beschleunigtem und unvorhersehbarem Wandel auf allen Gebieten. Wenn sich alles verändert, muss sich aber jeder, der davon betroffen wird, ständig umstellen. Dazu hat er keine Chance, wenn er nur das kann, was gestern gebraucht wurde, wenn er also immer nur lernt, was



das aktuell Benötigte abbildet (Bedarf). Er muss vielmehr in der Lage sein, das, was er kann, auf die veränderten Situationen zu übertragen und daraus etwas Neues zu machen. Er muss also gerade mehr können, als gerade gebraucht wird. Das kann aber nur gelingen, wenn seine Fähigkeiten nicht einfach gegebene Anforderungen (der Arbeit) abbilden, sondern wenn sein Arbeitsvermögen allgemeiner und breiter, nach Kriterien einer personalen Bildung angelegt ist und vor allem: wenn er selbst darüber verfügen, sein Vermögen auf neue Situationen kreativ anwenden und es selbstständig weiterentwickeln kann. Dann aber besitzt er „Kompetenz“.

- Automatisieren kann man bisher vor allem Prozesse, die klaren Wenn-Dann-Gesetzen bzw. klaren Regeln folgen. Das hat zur Folge, dass dem Menschen in der Automatisierung vor allem Aufgaben bleiben, die gerade nicht durch Anwendung von Regeln zu lösen, sondern die offen, unbestimmt sind und erst im Prozess gedeutet werden müssen (Weizenbaum 1978, 2001). Damit verliert menschliche Arbeit weitgehend ihre bisher zentrale Orientierung am „fachlich Richtigen“. Die Arbeitenden können nicht nur „richtig“ arbeiten, sondern sie können situativ, spontan und kreativ Lösungen entwickeln und unter Unsicherheit handeln. Sie besitzen also „Kompetenz“.

- In sehr vielen Bereichen müssen die Arbeitenden heute aufgrund neuer technischer und organisatorischer Möglichkeiten Verantwortung für die Gestaltung ihrer Arbeitsprozesse übernehmen und Entscheidungen treffen, die früher als Sache der Unternehmer galten: Es wird von ihnen erwartet, sich als „Arbeitskraftunternehmer“ zu verhalten, die sich weitgehend selbst organisieren müssen (s. Pongratz und Voß 2003, 2004). Das können sie aber nur, wenn sie „Kompetenz“ besitzen.

- Berufsbiografien sind heute deutlich individueller, risikoreicher und unvorhersehbarer geworden und stellen eine eigene Gestaltungsaufgabe für jeden Berufstätigen dar, für die es keine Rezepte und Regeln gibt, sondern nur viele Möglichkeiten, in denen die Arbeitenden ihre eigenen Wege finden und ihrem Leben selbst einen roten Faden und einen Sinn geben müssen (Brater/v. Hoyningen 2016). Dazu wiederum reicht es nicht, wenn sie „qualifiziert“ sind, sondern dazu müssen sie „Kompetenz“ besitzen.

- Schließlich: über 70% aller Erwerbstätigkeiten arbeiten heute im Dienstleistungssektor. Vor allem personennahe Dienstleistungen konfrontieren die Dienstleitenden mit offenen Situationen, in denen Sachverhalte und Ziele erst gemeinsam mit den Leistungsempfängern konstruiert und ausgehandelt werden müssen (Munz u. a. 2012). Ihre Abläufe sind konkret kaum vorhersehbar und stellen hohe kommunikative Anforderungen. Um das alles zu meistern, benötigen Dienstleister mehr als nur „Qualifikationen“ und „Fähigkeiten“, nämlich eben: „Kompetenz“.

Was über moderne Arbeitsbedingungen allgemein gesagt wurde, gilt für die Arbeit in der Pflege ganz besonders:

In der arbeitswissenschaftlichen Literatur wird Pflegearbeit als „personenbezogene soziale Dienstleistung“ behandelt, die aus dem Zusammenwirken mit dem Leistungsempfänger hervorgeht (u. a. Badura/Gross 1976; s. „Koerstellung“). Daher fasst u. a. Fritz Böhle die Kernbereiche der Pflege als „Interaktionsarbeit“, d. h. als eine Ar-

beit, bei der „Interaktion der zentrale Inhalt“ ist (Böhle 2011, 457). Bei Interaktionsarbeit „ist der Arbeitsgegenstand kein materielles oder immaterielles Objekt, sondern ein Subjekt“ (Böhle 2011: 457).

Subjekte entwickeln im Unterschied zu Objekten eigene Intentionen und Initiativen, sie bilden ein „Gegenüber“, ein „Du“ (Buber) und stehen als solches mit anderen Subjekten (eben auch mit den Dienstleistungserbringern) in wechselseitige Beziehung. Subjekte beanspruchen eigene Perspektiven, eigene Erfahrungen, Gefühle, Ansprüche, Motive usw. So kommt eben Pflege nur zustande, wenn Pflegende und Pflegebedürftige zusammenarbeiten und sich dazu über ihre Ziele, Interessen, Bedürfnisse, Vorstellungen Werte usw. verständigen (Böhle 2011, S. 458/1).

Pflegende können gar nicht wissen, was in einer bestimmten pflegerischen Arbeitssituation zu tun ist, bevor sie nicht mit den Pflegebedürftigen Kontakt aufgenommen und geklärt haben, was diese brauchen oder möchten und wie sie es wollen. Das konkrete Ziel und der notwendige Verlauf ihre Arbeit mit den zu Pflegenden ergibt sich erst aus dieser Begegnungssituation:

*„So zeigen empirische Untersuchungen, die den Blick auf die alltägliche Arbeitspraxis richten, dass auch bei hoch standardisiertem Kontakt zu Kunden und Klienten ... Unbestimmtheiten auftreten, die nur durch ein selbstreguliertes situatives Handeln der Beschäftigten bewältigt werden können“ (F. Böhle 2011, S. 456).*

Dann aber sollen die Pflegenden genau das, worauf sie sich verständigt haben, situativ, schnell und individuell angemessen realisieren. Das können sie nur, wenn sie nicht starr an Regeln oder Vorschriften hängen, sondern in der Lage sind, über ihre Ressourcen frei zu verfügen, um diese mehr oder weniger einmaligen, oft überraschenden Situationen zu gestalten. Wenn sie also mit all ihren Ressourcen in hier entwickelten Sinn „kompetent“ umgehen.

Konkrete Pflegeprozesse sind offene Prozesse: Für sie existieren zwar sehr allgemeine Ziele (z.B. Wohlbefinden, Gefühl der Sicherheit, Lebensqualität usw.) und auf dieser Ebene auch allgemeine fachliche Regeln, aber diese müssen durch die interagierenden Subjekte situationsspezifisch übersetzt, interpretiert und jeweils neu konkretisiert (manchmal sogar bewusst missachtet) werden. „Kompetent“ zu pflegen heißt, je nach Situation unterschiedlich auf sein fachliches Wissen und Können zurückzugreifen und seine Stärken und Fähigkeiten so miteinander zu kombinieren, wie es die Situation erfordert. Das Fachwissen und –können bildet einen Orientierungsrahmen, um konkrete Handlungssituationen selbstorganisiert und souverän (mit) zu gestalten. (Brater/Maurus 1996, 1999). Das aber ist ein zentrales Merkmal von „Kompetenz“.

Subjekte haben auch Gefühle, die in jenem Abstimmungsprozess, der für personale Dienstleistungen charakteristisch ist, eine große Rolle spielen (Büssing und Glaser (2003; s.a. Giesenbauer und Glaser 2006). Büssing und seine Mitarbeiter sprechen von „Gefühlsarbeit“ der Pflegenden, wenn es darum geht, die Gefühle der Klienten (der Gepflegten) zu berücksichtigen und zu beeinflussen, und von „Emotionsarbeit“, wenn es für die Pflegenden darum geht, ihre eigenen Gefühle zu beherrschen bzw. in eine der

Interaktion förderliche Richtung zu steuern. Der Umgang mit und die Beeinflussung von eigenen und fremden Gefühlen gehören demnach zur Berufsaufgabe der Pflegenden und bilden einen nicht unwichtigen Teil ihres professionellen Könnens. Gefühls- und Emotionsarbeit können aber nur wirken, wenn sie authentisch sind und glaubhaft erscheinen. Die professionellen Anforderungen der Pflege reichen damit in Bereiche persönlicher und sozialer Werte, Haltungen und Fähigkeiten hinein: Auch dies ist ein wesentlicher Aspekt von „Kompetenz“.

Der interaktive Kern der Pflege ist durch vielfältige Ambivalenzen, Unsicherheiten und Unwägbarkeiten gekennzeichnet (Brater/Maurus 1996) durch viele nicht eindeutige Situationen, die von den Pflegenden selbstständig, aber zugleich begründet interpretiert und eingeschätzt werden müssen. Empirische Untersuchungen (vgl. Böhle, Brater, Maurus 1997) zeigen, dass die Pflegenden zu ihrer Bewältigung eigenständige Vorgehensweisen entwickelt haben, die sich vom planmäßig-zielorientierten Handeln (erst nachdenken, dann entscheiden, dann handeln, dann überprüfen) unterscheiden. Böhle hat diese Form des Handelns konzeptionell zu einem eigenen Modus der Arbeit zusammengefasst, den er „erfahrungsgeleitet-subjektivierendes Handeln“ nennt (s. Böhle u.a. 2004):

*„Die Vorgehensweise ist beim subjektivierenden Handeln ... dialogisch-explorativ, Planung und Ausführung sind nicht voneinander isoliert und verlaufen sequenziell, sondern sind wechselseitig miteinander verschränkt. Durch und im praktischen Handeln werden Lösungswege eruiert und Ziele modifiziert wie auch (erst) konkret festgelegt. Dies ist verbunden mit einer sinnlichen Wahrnehmung, die sich nicht nur auf exakt wahrnehmbare und eindeutig definierbare Informationen richtet. Handlungsleitend ist eine spürende und empfindende Wahrnehmung, die auch diffuse Informationsquellen wie Körper und Geschmacksausdruck oder Atmosphären und Stimmungen aufnimmt und zur Orientierung nutzt. Damit korrespondiert ein das praktische Denken begleitendes und mitlaufendes sowie bildhaftes und assoziatives Denken.“* (Böhle 2011: 458/3f)

Es ist un schwer zu erkennen, dass zu diesem „erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Handeln“ weit mehr gehört als Fachwissen und -fertigkeiten. Es beruht vielmehr auf komplexen persönlichen Voraussetzungen der Pflegenden. Wir können bewusst von der Kompetenz der Pflegenden zum erfahrungsgeleitet-subjektivierenden Handeln sprechen (vgl. schon Patricia Benners Beschreibung der Kompetenzstufe des „Pflegeexperten“ 1984).

Der Hinweis mag hilfreich sein, dass das Krankenpflegegesetz von 2003 (in der geänderten Fassung von 2015) als Beispiel für eine kompetenzorientierte Ausbildungsordnung angesehen werden kann: §3 benennt als Ziel der Ausbildung „fachliche, personale, soziale und methodische *Kompetenzen* ... (zu) vermitteln“ (Herv. M. B.). Diese Kompetenzen sollen sich auf die allgemeine Aufgabe der verantwortlichen Mitwirkung bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten bzw. bei der Wiedererlangung, Verbesserung, Erhaltung und Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der zu pflegenden Menschen beziehen.

Was konkret in der Pflege zu tun bzw. zu wissen und zu können ist, wird gar nicht verbindlich beschrieben oder geregelt, denn das ist dem Wandel durch den Fortgang der Wissenschaft, aber vor allem der Vielfalt und Unbestimmtheit der individuellen und situativen Bedingungen der Patienten unterworfen und kann im Detail gar nicht geregelt, d. h. festgeschrieben werden. Dementsprechend sind die Formulierungen für die Ausbildungsinhalte, die sich in der Anlage 1 zum §1, Abs. 1 der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV)“ finden, sehr allgemein gehalten: Das Gesetz beschreibt die Pflege als einen prinzipiell offenen Prozess. Von Fachkräften wird erwartet, dass sie diesen Prozess kreativ und situativ gestalten.

Damit sie das lernen können, werden keine konkreten Lerninhalte benannt, sondern „Themenbereiche“, in denen es jeweils heißt: *„Die Schülerinnen und Schüler sind zu befähigen.“* Nämlich z. B. dazu, *„Pflegesituationen wahrzunehmen und zu reflektieren“*, *„Veränderungen der Pflegesituationen zu erkennen und adäquat zu reagieren“*, Entstehungsursachen zu berücksichtigen und situativen Pflegebedarf festzustellen, Pflegehandeln zu *„gestalten“*, pflegerische Interventionen *„am sich verändernden Pflegebedarf auszurichten“*, die *„individuelle Situation der zu pflegenden Personen zu berücksichtigen“*, das soziale Umfeld *„einzubeziehen“*, rechtliche Rahmenbedingungen zu *„reflektieren“* usw.

Das alles sind Formulierungen, die auf die Bildung und Vertiefung von Kompetenzen angelegt sind. Die Schülerinnen und Schüler sollen nicht lernen, wie „man“ in welchen Situationen zu handeln hat, sondern sie sollen „befähigt“ werden, das in solchen Situationen selbst herauszufinden. Sie sollen nicht lernen, „wie etwas geht“ oder „wie man etwas richtig macht“, sondern sie sollen lernen, selbstständig den angemessenen, hier und jetzt realisierbaren, erfolgversprechenden Weg herauszufinden und zu gehen.

## 5. Wie lernt man „Kompetenzen“?

Kompetenzen wurden (und werden zum großen Teil auch heute noch) in informellen Lernprozessen gelernt – wie über 80% dessen, was wir überhaupt gelernt haben (Faure 1972): ohne formelle Organisation, ohne Lehrpläne und vor allem: ohne (offizielle) Lehrer.

Letzteres zeigt, dass Lernen prinzipiell nicht erst oder nur dann stattfindet, wenn „gelehrt“ wird. Für das Lernen von Kompetenzen ist das sehr wichtig, weil viele Bildungsforscher (z. B. Arnold 2003, 2003 a) davon ausgehen, dass man eigentlich gar nichts „lehren“ kann – schon gar nicht Kompetenzen. Man kann sie sehr wohl lernen, aber eben nicht lehren: Kompetenzen können nicht „vor- und nachgemacht“, sie können nicht erklärt, gepredigt oder vermittelt werden. Damit ist die klassische Unterweismethode ebenso grundsätzlich ungeeignet zur intentionalen Bildung von Kompetenzen wie jeder Frontalunterricht. Kompetenzen können nur „reifen“ (Arnold 2012a).

Mithilfe der systemisch-konstruktivistischen Lerntheorie lässt sich das auch ganz gut verstehen (Arnold/Siebert 2003, Siebert 2012): Lernen bedeutet hier „Veränderung des (psychischen) Systems“. Die aber kann nur das System selbst bewerkstelligen. Denn kein System kann durch ein anderes direkt verändert werden: Es ist „operationell geschlossen“. Kein Lehrer kann also einem Schüler oder einer Schülerin etwas „beibringen“ oder sie etwas „lehren“. Niemand kann gelernt werden. Ob der Versuch zu lehren tatsächlich zum Lernen führt und was davon wie gelernt wird, entscheidet allein der Lernende – so sehr derjenige, der lehrt, sich auch abmüht. Lernen ist aktive Tätigkeit des Lernenden – kein „Aufnehmen und Behalten“. Es ist ein „Für-sich-Auswählen-und-neu-Bilden“!

Neue Kompetenzen lernt man grundsätzlich, indem man in eine Handlungssituation kommt, in der man sie einsetzen muss, obwohl man sie noch gar nicht besitzt. Das kann man als ein „pädagogische Paradox“ bezeichnen. Es besagt: Kompetenzen kann man nur durch eigenes Handeln selber bilden, und zwar eben in Situationen, in denen man sie noch nicht ausgebildet hat, aber bereits (dringend) benötigt. Damit aber gehört zu diesem Lernen – das zumindest anfängliche Scheitern, der Fehler, die Erfahrung, dass etwas nicht gelingt.

Neues Wissen und neue Fähigkeiten werden gebildet, weil der Lernende bemerkt, dass das Alte nicht ausreicht und/oder das Neue ihn interessiert. Grundlegend für das Lernen ist die „Erfahrung einer Störung in einem gewünschten Ablauf“ (Holzkamp 1995). Jedem Lernen geht eine „emotionale Labilisierung“ (Erpenbeck/Sauter 2015) voraus. Lernen setzt Selbstbezug voraus: Wer lernt, hat erkannt, dass die Ursache des Fehlers oder Mangels in ihm liegt (nicht in den Verhältnissen). Die Einsicht ist nötig: „ich muss/ich will mich ändern“.

Fehler müssen als Lernchancen möglich sein und zugelassen werden, verbunden mit dem Bemühen, sie in Zukunft zu vermeiden (nämlich durch Lernen). Es setzt den Willen des Lernenden voraus, nach neuen, tragfähigeren Vorgehensweisen zu suchen und immer wieder neu, mit neuen Ansätzen, neuen Überlegungen, Haltungen, Vorgehensweisen usw. zu „experimentieren“, bis ein befriedigendes Ergebnis erzielt wurde (Schön 1984, 1990). Wenn man sich das jetzt auch noch „merken“, es internalisieren kann, wenn es reproduzierbar ist, dann hat man eine neue Fähigkeit oder, bei entsprechender Komplexität und Diversität von Lernsituationen, eine neue Kompetenz gelernt.

Damit wissenschaftliches Wissen zur Kompetenzbildung beitragen kann, brauchen Studierende praktische Erfahrungsräume und vielfältige, auch außerakademische Möglichkeit, ihre Persönlichkeit zu entwickeln (Arnold 2014). Kompetenzbildendes und -reifendes Lernen ist eine Eigenbewegung, durch die die Lernenden Fähigkeiten zur selbstorganisierten und sachgemäßen Problemlösung entwickeln. Dieses Lernen bewegt sich in einer Lernumwelt, realisiert aber zugleich eine Lerninnenwelt (Selbstlernen). Kompetenzbildendes Lernen verlangt eine Veränderung der Lernkultur vom Input zur Infrastruktur, von der Fachsystematik zur Situationsdynamik (Lernen an und durch anforderungstypische Schlüsselsituationen) und von der Belehrung zum selbstgesteuerten Lernen.

Damit Kompetenzen gebildet werden und reifen können, braucht es Handlungsaufgaben, wie sie das handlungsorientierte Lernen oder – besser - die Echtarbeit bieten. In beiden Fällen geht es darum, Wissen, Methoden, Erfahrungen selbstorganisiert und kreativ in neue Handlungsmöglichkeiten, in offene Denk- und Problemlösungssituationen einzubringen und neue Wege zu beschreiten. Auch wenn hier nicht der Ort für didaktische Diskussionen in der Pflegeausbildung ist: Kompetenzbildung kann nur gelingen, wenn das Lernen nicht verschult, sondern entdeckend ist, d. h. wenn die Handlungsaufgaben von den Lernenden selbstständig, möglichst ohne Vorgabe, erfahrungsgeleitet und selbstorganisiert gelöst werden (vgl. Plaumann 2015). Nach dem Grundsatz: Üben führt zu Fertigkeiten – nicht-identische Wiederholung generiert Kompetenz!

Zugleich wandelt sich die Rolle der Lehrenden grundlegend, und zwar vom „Belehrer“ zum „Lern(prozess)begleiter“ (Bauer u. a. 2007). Der Lernbegleiter stellt die Aufgabe und leitet die Reflexion an. Denn damit aus Erlebnissen Erfahrungen und aus Erfahrungen Kompetenzen werden, müssen die Erlebnisse und Erfahrungen reflektiert werden. Nach Gerald Hüther (2013) ist es Aufgabe des Lernbegleiters, die Lernenden zum Lernen einzuladen, zu ermutigen, und zu begeistern! Das ist „Ermöglichungsdidaktik“ (Arnold/Schüßler 2003a). Sie dient der „Kompetenzreifung“.

## 6. Kompetenz und Bildung

*„Weiträumig akzeptiert ist die [...] Grundanschauung, wonach Kompetenzen nicht beliebige Handlungsfähigkeiten in allen nur denkbaren Lern- und Handlungsgebieten (Domänen) sind, sondern solche Fähigkeiten und Dispositionen, die ein sinnvolles und fruchtbares Handeln in offenen, komplexen, manchmal auch chaotischen Situationen ermöglichen, die also ein selbstorganisiertes Handeln unter gedanklicher und gegenständlicher Unsicherheit erlauben.“ (Erpenbeck, Rosenstiel 2007: XI)*

Wer kompetent ist, besitzt nicht nur konkrete, bestimmbare „Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten“, sondern er hat vor allem auch die „Metafähigkeit“, über diese Fertigkeiten usw. zu verfügen, sie also selbst wertorientiert und kreativ einzusetzen, anzupassen und weiterzuentwickeln. „Kompetenz“ soll die Handelnden dazu befähigen, selbstständig und selbstorganisiert zu handeln und auch unbestimmte, offene Aufgaben (gemeinsam mit anderen) zu meistern. Kompetenzen sind somit die subjektgebundenen Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Handeln im sozialen Kontext ohne Abhängigkeit von Autoritäten und ohne (standardisierte) Vorgaben.

Kompetenzen bilden die Qualifikationsanforderungen der Arbeitswelt gerade nicht direkt ab (wie einige ihrer Kritiker Glauben machen), sondern sie fassen eine eigene subjektorientierte Schicht von persönlichem Vermögen, für die es keine Entsprechung auf der Seite des Qualifikationsbedarfs der Unternehmen gibt. Vielmehr ordnen Kompetenzen das komplexe persönliche Vermögen, in Beziehung zu sich selbst und zur Welt zu treten, nach eigenen Prinzipien. Kompetenzen bleiben auch nicht in den Schicht- und Strukturmodellen der theoretischen Persönlichkeits- oder Vermögens-

psychologie hängen mit ihren Einteilungen und Unterscheidungen von Eigenschaften, Potentialen und isolierten Fähigkeiten (wie Erkennen, Fühlen, Begehren usw.). Sondern im Konstrukt „Kompetenz“ wird versucht, den Zusammenklang solcher Einzelvermögen bei der Bewältigung von allgemeinen Aufgaben ins Zentrum der Betrachtung zu rücken.

Kein Handeln kommt aufgrund der Mobilisierung nur einer bestimmten Fähigkeit, eines einzelnen Vermögens zustande (das hat in der Vergangenheit zur Inflation von Fähigkeiten bzw. langen Listen von Schlüsselqualifikation geführt). Vielmehr geht persönliches Handeln aus dem geordneten Zusammenwirken zahlreicher menschlicher Potentiale und Ressourcen hervor, das die handelnde Person herstellen, organisieren und steuern muss. „Kompetenz“ bedeutet in diesem Sinn, dass eine Person zu genau diesem Zusammenwirken „selbstorganisiert“ (also ich-stark und autonom) in der Lage ist.

Im Zeitalter der „Individualisierung“ bzw. der „Zweiten Moderne“ (Ulrich Beck) nehmen in allen Lebensbereichen – keineswegs nur in der Arbeitswelt – traditionelle Orientierungen und stabile Ordnungen ab, während Heterogenität und Pluralität und mit ihnen Ungewissheit und Unsicherheit zunehmen (Beck 1986/2008). Es müssen offene, unbestimmte Situationen bewältigt, in unbekanntem Situationen selbstständig angemessene Lösungen für nicht genau bestimmte Aufgaben gefunden werden, es muss mit Ambivalenzen und Unwägbarkeiten umgegangen werden. Der Kompetenzbegriff weist entschieden darauf hin, dass mit all diesen Veränderungen nicht nur Unsicherheit und Belastungen wachsen. Vielmehr können diese Entwicklungen Anlass sein für einen gesellschaftlichen Bildungsaufschwung, in dessen Zentrum die konkrete Befähigung der Menschen zu Selbstbestimmung, Wertorientierung, Selbstverantwortung, Kreativität steht. Indem sie „Kompetenz“ bilden, können Menschen dem Ziel ein Stück näher kommen, „Produzenten ihrer eigenen Entwicklung“ zu werden. Womit die Kompetenzorientierung vieles von dem konkretisiert, was das neuhumanistische Bildungsideal im Blick hatte.

Das Kompetenzkonzept ist, so gesehen, die humane, soll heißen auf Bildung der Menschen und damit ihre Befähigung zur Selbstbestimmung und Selbstregulation setzende Alternative zu allen gesellschaftlichen Versuchen, die Orientierungsprobleme und Entscheidungsrisiken der Gegenwart durch Steuerung, unpersönliche Mechanismen und Wegorganisation, durch Standardisierungen und autoritäre Ordnungen zu überwinden. Und zwar die Alternative, die an die Fähigkeiten der Menschen glaubt und an die noch lange nicht ausgeschöpften Möglichkeiten, sie zu steigern.

## Literatur

- Arnold, R. (2001): Kompetenz. In: Arnold, R./Nolda, S./Nuissl, E. (Hrsg.): Wörterbuch Erwachsenenpädagogik. Bad Heilbrunn
- Arnold, R./Siebert, H. (2003): Konstruktivistische Erwachsenenbildung - Von der Deutung zur Konstruktion von Wirklichkeit; Hohengehren

- Arnold, R./Schüßler, I. (2003a): Ermöglichungsdidaktik – Erwachsenenpädagogische Grundlagen und Erfahrungen. Hohengehren
- Arnold, R. (2012): Ich lerne, also bin ich: Eine systemisch-konstruktivistische Didaktik, Heidelberg
- Arnold, R. (2012a): Ermöglichen. Texte zur Kompetenzreife, Hohengehren
- Arnold, R./Erpenbeck, J. (2014): Wissen ist keine Kompetenz. Dialoge zur Kompetenzreife, Hohengehren
- Badura, B./Gross, P. (1976): Sozialpolitische Perspektiven, München
- Bauer, H.G./Brater, M./Büchle, U./Dufter-Weis, A./Maurus, A./Munz, C. (2007): Lern(prozess)begleitung in der Ausbildung. Wie man Lernende begleiten und Lernprozesse gestalten kann. Ein Handbuch, Bielefeld
- Beck, U. (2008): Weltrisikogesellschaft. Auf der Suche nach der verlorenen Sicherheit. Frankfurt
- Benner, P. (1984): From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park (dt. 2012)
- Bethscheider, M./Höhns, G./Münchhausen, G. (2011): Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung, in: dies. (Hrsg.), Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung (Berichte zur beruflichen Bildung, BIBB), Bielefeld
- Böhle, F./Brater, M./Maurus, A. (1997): Pflegearbeit als situatives Handeln, in: Pflege H.1
- Böhle, F./Pfeiffer, S./Sevsay-Tegethoff, N. (Hrsg) (2004): Die Bewältigung des Unplanbaren, Wiesbaden
- Böhle, F./Glaser, J. (Hrsg) (2006): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit, Wiesbaden
- Böhle, F. (2011): Interaktionsarbeit als wichtige Arbeitstätigkeit im Dienstleistungssektor, in: WSI Mitteilungen 9, S. 456 – 461
- Brater, M./Maurus, A. (1996): Innen und Außen. Ansichten eines Berufs, in: Altenpflege Forum H. 3
- Brater, M./Maurus, A. (1999): Das schlanke Heim. Lean Management in der stationären Altenpflege, Hannover
- Brater, M./Haselbach, D./Stefer, A. (2010): Kompetenzen sichtbar machen, Frankfurt/M
- Brater, M./v. Hoyningen, A. (2016): Was Akteure der beruflichen Bildung von der Kunst lernen können, in: Reimann, D./Bekk, S./Fischer, M. (2016): Gestaltungsorientierte Aktivierung von Lernenden: Übergänge in Schule – Ausbildung – Beruf – Hochschule, Karlsruhe
- Büssing, A./Glaser, J. (Hrsg) (2003): Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus, Göttingen
- Chomsky, N. (1965): Aspects of the Theory of Syntax, Den Haag (dt. 1996)
- Deutscher Bildungsrat (1970): Empfehlungen der Bildungskommission. Strukturplan für das Bildungswesen, Bonn
- Effe (2001): Kompetenzen. Portfolio – von der Biografie zum Projekt, Lausanne (frz. 1998)
- Erpenbeck, J. (1996): Kompetenz und kein Ende?, in: QUEM-Bulletin Nr. 1, S. 9 – 13
- Erpenbeck, J./Heyse, V. (1999): Die Kompetenzbiografie, Münster
- Erpenbeck, J./v. Rosenstiel, L. (Hrsg) (2007): Handbuch Kompetenzmessung, Stuttgart
- Erpenbeck, J. (2013): Was „SIND“ Kompetenzen?, in: Faix, W.G., Erpenbeck, J., Auer, M., Bildung. Kompetenzen. Werte, Stuttgart
- Erpenbeck, J./Sauter, W. (2015): Wissen, Werte und Kompetenzen in der Mitarbeiterentwicklung. Ohne Gefühl geht in der Bildung gar nichts, Wiesbaden
- Faure, E. (1972): Learning to be. The world of education today and tomorrow, Unesco, Paris
- EU-Kommission (2008): Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen
- Gehrmlich, V. (2009): Die Einführung eines Nationalen Qualifikationsrahmens in Deutschland (DQR) – Untersuchung der Möglichkeiten für den Bereich des formalen Lernens:  
[http://www.bmbf.de/pub/band\\_zwei\\_berufsbildungsforschung.pdf](http://www.bmbf.de/pub/band_zwei_berufsbildungsforschung.pdf), Abrufdatum: 18.09.2012
- Giesenbauer, B./Glaser, J. (2006): Emotionsarbeit und Gefühlsarbeit in der Pflege – Beeinflussung fremder und eigener Gefühle, in: Böhle, F., Glaser, J., (Hrsg), Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit, Wiesbaden
- Heyse, V./Erpenbeck, J./Michel, L. (2001): Kompetenzprofilung. Weiterbildungsbedarf und Lernformen in Zukunftsbranchen, Münster
- Holzmann, K. (1995): Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung, Frankfurt/M



- Kaiser, A. (Hrsg.) (2003): Metakognitive Grundlagen selbstregulierten Lernens und ihre praktische Umsetzung, München
- Hüther, G. (2013): Was wir sind und was wir sein könnten: Ein neurobiologischer Mutmacher, Frankfurt/M
- Klieme, E. (2004): Was sind Kompetenzen und wie lassen sie sich messen? In: Pädagogik. Nr. 6, S. 10 - 13
- Klieme, E./Hartig, J. (2007): Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Sonderheft Nr. 8, S. 11 - 29
- Köbler, G. (1995): Deutsches etymologisches Wörterbuch,  
<http://www.koeblergerhard.de/derwbhin.html>
- Krautz, J. (2007): Ware Bildung. Schule und Universität unter dem Diktat der Ökonomie. Kreuzlingen/München
- Ladenthin, V. (2010): Kompetenzorientierung als Indiz pädagogischer Orientierungslosigkeit. In: Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik, 86, , Heft 3, S. 346 - 358
- Lang-von-Wins, Th./Triebe, C., (2006/2011): Karriereberatung, Berlin, Heidelberg
- Lenzen, D. (2014): Bildung statt Bologna, München
- Maag-Merki, K. (2006): Lernort Gymnasium. Individuelle Entwicklungsverläufe und Schulerfahrungen, Bern
- Munz, C./Wagner, J./Hartmann, E. (2012): Die Kunst der guten Dienstleistung, Bielefeld
- Plaumann, U. (2015): Umriss einer Fachdidaktik Pflege. Didaktische, erwachsenenbildnerische, berufspädagogische und pflegewissenschaftliche Aspekte, Frankfurt
- Pongratz, H.J./Voß, G.G. (2003): Arbeitskraftunternehmer – Erwerbsorientierungen in entgrenzten Arbeitsformen, Berlin
- Pongratz, H.J./Voß, G.G. (Hrsg.) (2004): Typisch Arbeitskraftunternehmer? Befunde der empirischen Arbeitsforschung, Berlin
- Schön, D. A. (1984): The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action, New York
- Schön, D. A. (1990): Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions, Denver
- Siebert, H. (2012): Lernen und Bildung Erwachsener: Erwachsenenbildung und lebensbegleitendes Lernen – Grundlagen & Theorie, Bielefeld
- Vonken, M. (2005): Handlung und Kompetenz. Theoretische Perspektiven für die Erwachsenen- und Berufspädagogik, Wiesbaden
- Vonken, M. (2011): Kritische Anmerkungen zum Kompetenzbegriff. In: Bethscheider, M., u.a. (Hrsg), Kompetenzorientierung in der beruflichen Bildung, Bielefeld
- Weinert, F. E. (1999): Konzepte der Kompetenz, OECD, Paris
- Weinert, F. E. (2001): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Ders. (Hrsg.): Leistungsmessungen in Schulen. Weinheim und Basel
- Weizenbaum, J., (1978): Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft, Frankfurt/ Main (engl. 1977)
- Weizenbaum, J. (2001): Computermacht und Gesellschaft. Frankfurt/Main
- White, R. (1956): Motivation reconsidered. The concept of competence, in: Psychological Review, 66, S. 297 - 333
- Wienold, H. (2000): Empirische Sozialforschung. Praxis und Methode, Münster
- Wollersheim, H. W. (1993): Kompetenzerziehung. Befähigung zur Bewältigung. Frankfurt/M

*Prof. Dr. Michael Brater*

Alanus-Hochschule Alfter b. Bonn

Zittelstr. 10, 80796 München, michael.brater@gab-muenchen.de

Ulrike Höhmann, Laura Schwarz, Christa Larsen, Oliver Lauxen

## Ein theoretischer Begründungsrahmen zur Identifikation übergeordneter Kompetenzanforderungen an pflegerische Führungskräfte in Innovationsprozessen

A theoretical justification framework to the identification of higher-level competency requirements for nursing executives in innovation processes

According to increasing innovation pressure in care organizations, the article indicates a theoretical framework for the identification and development of higher-level leadership competences, which nursing executives need to be able to interpret change requirements inducted from the outside and to be able to create consistency with internal targets of the organization and the structural and personnel conditions. Neo-institutionalist organization theories refer to mechanisms and necessary competencies that enable nursing executives to create such consistencies, which diminish the risk of self-generated perceptions of burden and of an early exit of the profession. Executives can soonest develop and activate such necessary competencies in relevant, self-organized teaching-learning situations of daily work. The general conditions and characteristics of an active reflective practice will be worked out.

### Keywords

competence, reflective practice, innovation, care work, self-organisation, work-process integration, neoinstitutionalism

Vor dem Hintergrund zunehmenden Innovationsdrucks in Pflegeeinrichtungen zeigt der Beitrag einen theoretischen Rahmen zur Identifikation und Entwicklung übergeordneter Leadership-Kompetenzen auf, die pflegerische Führungskräfte benötigen, um von außen induzierte Veränderungsanforderungen interpretieren und in Stimmigkeit mit den einrichtungsinternen Zielen und den strukturellen und personellen Bedingungen gestalten zu können. Neoinstitutionalistische Organisationstheorien verweisen auf Mechanismen und erforderliche Kompetenzen, um Passungen herstellen zu können, die selbsterzeugtem Belastungserleben und der Gefahr eines frühzeitigen Berufsausstiegs entgegenwirken. Führungskräfte können solche Gestaltungskompetenzen am ehesten in relevanten, selbstorganisierten Lehr-Lern-Situationen des Arbeitsalltags entwickeln und aktivieren. Die hierfür erforderlichen Grundbedingungen und Merkmale einer aktiven reflective practice werden herausgearbeitet.

### Schlüsselwörter

Kompetenz; reflexive Praxis, Innovation, Pflegearbeit, Selbstorganisation, Arbeitsprozessintegration, Neoinstitutionalismus

---

eingereicht 16.01.2016

akzeptiert 16.01.2016

## 1. Rahmenbedingungen und Ausgangssituation

Der demografische Wandel, ein verändertes Krankheitspanorama, Fachkräftemangel sowie die Fülle sich kurzfristig ändernder finanzieller und rechtlicher Rahmenbedingungen stellen auch die Berufsgruppe der Pflege in allen Sektoren vor kontinuierliche Innovationsanforderungen, die schon heute – aber zukünftig verstärkt – Veränderungsdruck ausüben (Klein et al. 2008: 7). Als zentral gelten eine zunehmende Arbeitsverdichtung durch eine steigende Anzahl pflegebedürftiger Menschen (z. B. Schulz 2012: 6f; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 26ff) bei einer gleichzeitig nicht proportional zum Bedarf wachsenden Anzahl von Pflegekräften (z. B. Lauxen et al. 2015, 2013; 2011; Bieräugel et al. 2012; Schulz 2012: 5; SVR-G 2012:36; Pohl 2011; Simon 2011:304ff; Afentakis et al. 2010; Ostwald et al. 2010; Hackmann 2010) und eine damit einhergehende deutliche Belastungszunahme in der Pflege, die zu Arbeitsunzufriedenheit, einer schwindenden Identifikation mit dem Beruf und frühzeitigen Berufsausstiegen von Pflegekräften führen (Blum et al. 2004; Flieder 2002; Metz et al. 2010; Joost et al. 2009; KDA 2012; Hasselhorn et al. 2005). Trotz hohen gesellschaftlichen Ansehens des Berufs (Allensbacher Berufsprestige-Skala 2005; Reader's Digest European Trusted Brands 2012) stehen Negativbewertungen oft im Vordergrund, wie die Wahrnehmung eines niedrigen sozialen Status, die Wahrnehmung der Pflegeberufe als „Sackgassenberufe“ mit geringen Aufstiegsmöglichkeiten, schlechter Bezahlung und schwierigen Arbeitsbedingungen – wie z. B. Schichtdienste, befristete Arbeitsverträge, fehlende Benefits, schlechte Work-Life-Balance und Vereinbarkeit von Sozialleben und Beruf – oder ein qualifikatorischer Mismatch im Hinblick auf die Arbeitsanforderungen (SVR-G 2012: 44f; Bundesagentur für Arbeit 2014: 23). Eine solche Gemengelage wird als zentral für die Belastungen im pflegerischen Berufsalltag und frühzeitigen Berufsausstieg diskutiert (Höhmann et al. 2016, im Druck).

Zeitgleich mit den äußeren Herausforderungen verändert sich auch die Nachfrage nach pflegerischem Personal quantitativ und qualitativ. Zukünftig werden mehr höher qualifizierte, sich möglichst selbstorganisiert weiterentwickelnde und gestalterisch handelnde Pflegekräfte benötigt. Dies betrifft insbesondere Führungskräfte, die zudem oft strukturelle Defizite ihrer Einrichtungen personal ausgleichen sollen.

Diesen Anforderungen zuwiderlaufend fühlen sich jedoch vor allem gut qualifizierte Beschäftigte in der Pflege durch einen zunehmenden „Import betriebswirtschaftlicher Organisationsprinzipien“ (Bauer 2007: 99) von ihrer Arbeit entfremdet. Sie leiden unter den damit verbundenen, als disqualifizierend und übermächtig erlebten, ökonomisch motivierten Standardisierungsprozessen ihrer Tätigkeit und haben die Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Arbeit häufig aus den Augen verloren. Ihr Versuch, damit einhergehende Diskrepanzerfahrungen durch ein mechanistisches Arbeitsverständnis, ein Verharren in vertrauten Routinen oder inneren Rückzug aufzulösen, endet oft in einer Abwärtsspirale aus Demotivierung, Entfremdung, Resignation (Höhmann 2010, 2014) und gelten als ein Hauptmotiv den Beruf zu verlassen (Flieder 2002; Blum et al. 2004).

Im Arbeitsalltag werden solche fast ‚fatalistischen‘ Situationseinschätzungen und Spannungserfahrungen oft durch eine ungebrochene ‚Umsetzung‘ ökonomisch restriktiver und von außen an die Einrichtungen herangetragenener Ansprüche ausgelöst. Diese gelten häufig als alternativlos, obwohl sie der eigenen professionsethischen Orientierung ebenso wie dem gesellschaftlichen, medial kontrollierten Auftrag nach einem würdevollen Umgang mit pflegebedürftigen Menschen widersprechen. Gerade für Führungskräfte kommt es so nicht selten zu einer Zerreißprobe, wie die Reaktionen z. B. auf die Umstellung der Finanzierungssysteme der Krankenhäuser auf das Fallpauschalensystem (SVR-G 2007: 46) oder auf die Einführung aufwändiger Dokumentations-, Abrechnungs-, Qualitätssicherungs- und Fehlermanagementsysteme im Pflegebereich (Metz et al. 2010: 8) zeigen.

Äußere Innovationsanforderungen auf den verschiedenen Handlungsebenen der Einrichtungen intern zu gestalten, ist vorrangig Aufgabe der Führungskräfte in der Pflege. Der zentrale Ausgangspunkt dieses Beitrags zur Ermittlung übergeordneter Kompetenzanforderungen an Führungskräfte setzt hier an, da die Art und Weise der ‚Umsetzung‘ kontinuierlicher, von ‚außen‘ gesteuerter Innovationsanforderungen als eine sehr wirkmächtige, allerdings selten beachtete Quelle belastender und den Berufsausstieg fördernder Diskrepanzerfahrungen von Pflegekräften angesehen wird (Höhmann 2010; Höhmann 2014; Flieder 2002; Blum et al. 2004). Der im Folgenden skizzierte theoretische Bezugsrahmen dient als Grundlage für das BMBF-geförderte Verbundprojekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP)<sup>1</sup>. Anhand dieses Bezugsrahmens werden dort in den nächsten Jahren Interventionen konzipiert, erprobt und evaluiert, die Führungskräfte so stärken sollen, dass sie sich in diesen kontinuierlich erforderlichen Innovationsprozessen ihre fachlich-professionelle Gestaltungsmacht bei der Transformation von Außenansprüchen in einrichtungsinterne Strategien zurückerobern und somit zu einer positiven Berufsidentifikation und zur Reduktion von eigenen Diskrepanzerfahrungen und denen ihrer Mitarbeiter beitragen können.

## 2. Identifikation von Innovationsanforderungen als Gestaltungsoptionen: Eine theoretische Perspektive

Ziel des Beitrags ist es, den theoretischen Rahmen zur Identifikation übergeordneter Leadership-Kompetenzen in Innovationsprozessen darzustellen, vor dessen Hintergrund Führungskräfte gestärkt werden, von außen induzierte Veränderungsprozesse bei der Transformation in interne Strategien interpretierend und gestaltend in den Blick zu nehmen. Die erweiterte Managementliteratur, die Innovationsforschung, Organisationssoziologie und -psychologie beschreiben in diesem Zusammenhang zwar eine Fülle von Einzelkompetenzen, Konzepten und Instrumenten. Im Folgenden liegt der Fokus im Unterschied dazu aber auf der Entwicklung eines übergeordneten theore-

<sup>1</sup> Nähere Informationen zum Verbundprojekt und zu den Partnern: [www.akip-projekt.de](http://www.akip-projekt.de)

tischen Rahmens, der die für die Gestaltung von Innovationsprozessen relevanten Einzelkompetenzen priorisiert, bündelt und zu einem Konzept zusammenbindet.

Einem Führungshandeln, dass äußere Innovationsanforderungen so nach innen transformiert, dass sie möglichst geringe berufsethische und fachliche Diskrepanzerfahrungen erzeugen, stehen häufig typische organisationale Reaktionsmechanismen auf Außendruck im Wege, die einrichtungsinterne Probleme unbeabsichtigt eher verschärfen. Auf dieses Phänomen weisen seit den 1980er Jahren verschiedene (neo)institutionalistische Organisationstheorien hin (z.B. Scott, Mayer, Rowan, Zucker (zusammengefasst z. B. Walgenbach 2007, Hasse, Krücken 1999); Höhmann 2010, 2014; Wüthrich et al. 2009). Sie zeigen an empirischen Befunden auf, wie aus externen Anforderungen bzw. Vorgaben zu schnell einrichtungsinterne Innovationsstrategien abgeleitet werden, die kaum mit den internen Zielen, Arbeitsorganisationen, -prozessen und -verfahren abgeglichen bzw. an diese angepasst werden. Inhaltlich ausgerichtete Interpretations- und Gestaltungsentscheidungen gelten bei der Einführung von Innovationen jedoch als elementar. Wegen ihrer hohen Grundsatzbedeutung sind dabei vorrangig die Entscheidungen zu fokussieren, die zu Beginn des Innovationsprozesses verortet sind. Mit Blick auf das gängige, allgemeine Modell von Innovationsprozessen, wie es z. B. Rogers (2003) beschreibt, werden im Folgenden vor allem die Phasen des *matching* und des *redifining/restructuring* herausgegriffen. Die in diesen beiden Phasen zu treffenden Entscheidungen liegen im Allgemeinen im Handlungshorizont der Führungskräfte und haben erhebliche Auswirkungen auf die Handlungsebene der Mitarbeiter.

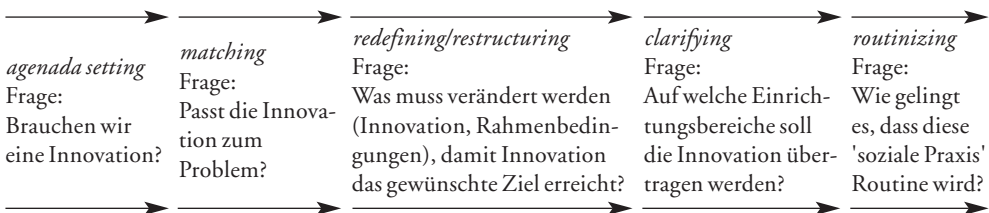


Abb. 1: Idealtypische Phasen des Innovationsprozesses nach Rogers (2003)

Die Frage ist nun, ob Führungskräfte über ausreichende Kompetenzressourcen verfügen, um die hiermit verbundenen Anforderungen zu bewältigen. Zu diesen Anforderungen gehört es, kontinuierlich Passungen herzustellen zwischen den einrichtungsinternen Zielen, den Problemen, die gelöst werden sollen (z. B. Einführung einer EDV-Dokumentation zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung), dem Charakter und den Eigenschaften der hierzu ausgewählten Innovation (EDV-System), den zur zielgerechten Transformation der Innovation erforderlichen Kompetenzen der Mitarbeiter und den Rahmenbedingungen in der Einrichtung. Ob aus einer externen Anforderung „passende“ Lösungsstrategien für die Einrichtung hergestellt werden (Rogers 2003), bei der z. B. die Mitarbeiter bei Einführung eines neuen EDV Systems möglichst hohe identitätsstiftende Stimmigkeitserfahrungen machen (Höhmann 2010: 161), hängt maßgeblich davon ab, ob Führungskräfte hierfür über ausreichend Kompetenzressourcen verfügen.

Fragt man nun nach Möglichkeiten, diese Gestaltungskompetenzen von Führungskräften bei der Einführung von Innovationen zu stärken, so müssen neben den in der Literatur oft betonten führungskonzeptionellen Schwächen pflegerischer Leitungskräfte (Roth 2002) auch zentrale Organisationsmechanismen in den Blick genommen werden, auf die empirische Befunde verschiedener neoinstitutionalistischer Organisationstheoretiker hinweisen. Deren gemeinsame Argumentationskette verweist auf gezielte Möglichkeiten zur Identifikation von ungenutzten Gestaltungsspielräumen und auf das Erfordernis, entsprechende Kompetenzen zur Nutzung dieser Spielräume bei Führungskräften zu stärken. Bei allen inhaltlichen Divergenzen argumentieren die verschiedenen Autoren zusammengefasst folgendermaßen (Walgenbach 2007):

Formale Strukturen und Prozesse in Organisationen spiegeln weniger interne funktionale Anforderungen, als vielmehr normative Vorstellungen der gesellschaftlichen Umwelt darüber wider, wie gelingende Organisationen gestaltet sein müssen. Durch die Ausrichtung an diesen externen gesellschaftlichen Vorstellungen verschaffen sich Organisationen bei der internen Weiterentwicklung, Ausdifferenzierung und Prozessgestaltung Legitimität nach innen und außen. Das gilt auch für die Führungskräfte der Organisationen selbst, auch sie wägen zur Bewältigung externer Anforderungen nicht vorrangig interne Zwecke und die dafür benötigten Mittel aufwändig gegeneinander ab, sondern orientieren sich relativ unreflektiert an bestehenden Mustern und Handlungsschemata (Vogd 2009: 104f) – sie folgen ‚Rationalitätsmythen‘ (Meyer/Rowan 1977, in Walgenbach 2014: 301). Auf diese Weise prägen Außeneinflüsse betriebsinterne Strukturen und Prozesse von Pflegeeinrichtungen unverhältnismäßig stark und drängen die Wahrnehmung einrichtungsspezifischer Bedingungen und Gestaltungsoptionen, die für eine fachliche Erfüllung der Anforderungen elementar wären, zurück (Höhmman 2010: 164).

Eine solche primäre Außenorientierung führt dazu, dass Einrichtungen, die in ähnlichen Tätigkeitsfeldern aktiv sind, ähnliche organisationsinterne Probleme und Problembewältigungsstrukturen entwickeln und ihre Lage auf ähnliche Weise als ausweglos und nicht gestaltbar deuten. Sichtbar ist das z. B. in Krankenhäusern bei der Umsetzung des DRG-Systems oder in stationären Pflegeeinrichtungen beim Umgang mit den Transparenzprüfungen des MDK (Vogd 2009: 109; Höhmman 2010). Solche Angleichungsprozesse bezeichnen die (Neo)Institutionalisten als institutionellen Isomorphismus (Walgenbach 2007). Drei zentrale Entstehungsquellen nennen die Autoren, die deutliche Ansatzpunkte zur Förderung der Gestaltungskompetenz von Führungskräften geben:

Die erste Quelle, der Isomorphismus aus Zwang, resultiert aus dem oft widersprüchlichen Außendruck, der alle Organisationen mit ähnlichen Aufgabenbereichen trifft. Aus einer gesellschaftlichen Werterwartung heraus sollen z. B. Kliniken eine zwendungsorientierte und qualitativ hochwertige Pflege sicherstellen. Gleichzeitig müssen sie öffentlichen Erwartungen an eine rationale Unternehmensführung und Arbeitsgestaltung genügen, um als professionelle Einrichtungen anerkannt zu werden. Auf solche Widersprüche reagieren Einrichtungen in der Regel mit Entkoppelungen

der unterschiedlichen Erwartungssphären. Leitbild und Berufsethik zielen dann z. B. auf Patientenorientierung, die rationale Betriebsführung auf Kosteneffizienz (Spelzer, Höhmann 2012). Dabei stellen sich die Einrichtungen in der Regel nach außen zweckorientiert dar, bleiben in ihrer Handlungspraxis aber in Steuerungsprozessen verhaftet, die den eigentlichen internen Qualitätszielen zuwider laufen (Vogd 2009: 108; Höhmann 2014). Führungskräfte benötigen nun insbesondere in den passungsintensiven Phasen des Innovationsprozesses entsprechende Antizipations- und Gestaltungs Kompetenzen, um der Produktion unnötig belastender, die Berufsidentität gefährdender Doppelwirklichkeiten zu begegnen.

Als zweite Quelle des institutionellen Isomorphismus gelten mimetische Prozesse, bei denen Strukturen, Konzepte und Prozesse anderer, erfolgreicher Organisationen pauschal imitiert werden, in der Hoffnung, dadurch mit möglichst geringem Aufwand ebenso erfolgreich zu werden wie das Vorbild. Die Übernahme solcher „best-practice“ erfolgt häufig, ohne diese Fremdstrategie im Hinblick auf die eigenen einrichtungsspezifischen Umsetzungsvoraussetzungen, die interne Praktikabilität und die Passung zu den eigenen Zielen und Prozessen kritisch geprüft zu haben (Höhmann 2010: 165). Auch dieser Mechanismus verweist auf spezifische Kompetenzerfordernisse, die Führungskräfte insbesondere in den Phasen des matchings und des redefinings/restructurings benötigen, um Passungen herzustellen und dysfunktionale Effekte durch eine unreflektierte Übernahme fremder Strategien für Beschäftigte und Organisation zu vermeiden.

Als dritte Quelle des institutionellen Isomorphismus identifiziert die neoinstitutionalistische Theorie den normativen Druck (Walgenbach und Meyer 2008: 59). Dieser geht aus von den professionell-fachlichen und ethischen Vorstellungen über ‚gute Arbeit‘ der kultur- und handlungsprägenden Berufsgruppen in ihren Organisationen. Der sehr heterogen qualifizierten Berufsgruppe der Pflege gelingt es allerdings momentan nur an wenigen Stellen, verbindliche fachlich-normative Richtwerte und gemeinsame Denkhaltungen auszubilden, diese als kulturprägend durchzusetzen und damit aktiv Bedingungen identitätsstiftender Arbeit zu definieren (Höhmann 2010: 166). Noch können zu häufig andere Berufsgruppen aus machtvolleren Positionen heraus, diese Gestaltungspotentiale der Pflege übernehmen (Höhmann 2010; 2014). Die Folge ist, dass der Berufsgruppe Pflege unter hohem Außendruck oft identitätsgefährdende Fremdinteressen übergestülpt werden, wie z. B. wenig passgenaue Qualitätsmanagementstrategien etc. Um diese dann – oft gegen expliziten Widerstand gut qualifizierter KollegInnen – durchzusetzen, definieren insbesondere schwache Führungskräfte diese Fremdinteressen als vermeintlich notwendige formale Organisationsentscheidungen, als nicht veränderbare ‚Sachzwänge‘. Damit lassen sie eigene Definitions-, Gestaltungs- und Adaptionschancen ungenutzt und geben stattdessen ungefilterte Entscheidungen top-down an ihre Mitarbeiter weiter (Höhmann 2010; 2014). In der Folge dieses selbstgeschaffenen „iron cage“ entstehen hausgemachte Problemverschärfungen und pflegekonzeptionelle Leerstellen, die bei der Umsetzung der Außenanforderungen von den Mitarbeitern zwar wahrgenommen werden, aber nicht in geeignetes Pflegehandeln transformiert werden können und so häufig Konflikte oder Diskrepanz-

erfahrungen auslösen. Um die hier beschriebenen potentiellen Gestaltungsspielräume fachlich auszufüllen und für sich zu erobern, benötigen Führungskräfte in der Pflege und ihre Mitarbeiter entsprechende Kompetenzbündel.

Diese drei Hauptmechanismen, weisen nach (neo)institutionalistischem Theorieverständnis auf zentrale Kompetenzanforderungen an Führungskräfte hin. Sie sind der inhaltliche Ausgangspunkt für die folgende Konzeptionalisierung und Systematisierung (Kapitel 3) eben solcher übergeordneter Kompetenzen, die in späteren Projektschritten operationalisiert und empirisch überprüft werden.

### 3. Aktivierung und Entwicklung von Gestaltungskompetenzen bei Führungskräften in Innovationsprozessen

Im Grundsatz ist erwartbar, dass Führungskräfte bereits über viele Anteile der oben grob umrissenen beruflichen Handlungskompetenz verfügen. Allerdings stehen ihrem aktiven Einsatz häufig selbstgezimmete dysfunktionale organisationale Rahmenbedingungen entgegen (Wüthrich 2009). Mit der Beschleunigung und Komplexitätssteigerung von Veränderungsprozessen und einer Ablösung des klassischen Kostenwettbewerbs durch einen Wettbewerb um innovative Dienstleistungen, ergeben sich zudem erheblich höhere und komplexere Wissens- und Denkanforderungen (Bergmann 2005: 98), um die erforderlichen Passungen zwischen Außenanforderungen und einrichtungsinternen Gegebenheiten herstellen zu können. Insbesondere beim vorausschauenden, analytischen und planenden Denken steigen die kognitiven Anforderungen (Hacker et al. 2014: 29) und gehen deutlich über traditionale pflegerische Managementkompetenzen hinaus. Bewältigen können Führungskräfte diese zunehmenden Anforderungen nur, indem sie ihre Kompetenzen selbstorganisiert aktivieren und dabei übergeordnete Kompetenzen oder Kompetenzbündel entwickeln. Die inhaltlichen Ausprägungen der in der Literatur – trotz Divergenzen im Detail – relativ übereinstimmend beschriebenen Klassen beruflicher Handlungskompetenz lassen sich in Anlehnung an Erpenbeck et al. (2007) folgendermaßen zusammenfassen, s. Tabelle 1.

Berufliche Handlungskompetenz ist hier zu verstehen als eine Kombination aus Fähigkeiten, Fertigkeiten und Wissen, einschließlich ihrer kognitiven, emotionalen, volitiven und aktionalen Komponenten. Diese gelten als Voraussetzungen, die zur Bewältigung komplexer Arbeitsanforderungen handlungs- und reaktionsfähig machen und die erst im konkreten Handlungsvollzug zum Ausdruck kommen (Kauffeld 2006: 19f). Die gebündelten Einzelkompetenzen zeigen sich z. B. darin, dass Führungskräfte bei der Einführung von Innovationen gemeinsam mit den Mitarbeitern Ziele und Passungen reflektieren, Rahmenbedingungen einschätzen, Handlungsspielräume zur Modifikation der Innovation und der einrichtungsinternen Gegebenheiten erkennen, diese einrichtungsspezifisch gestalten und dabei größtmögliche Passungen herstellen, damit die neuen sozialen Kommunikations- und Handlungspraxen möglichst wenig dysfunktionale Effekte erzielen. Führungskräfte müssen dementsprechend dazu befähigt werden, diesen „Prozess kollektiver Schöpfung“ zu gestalten, in dessen Verlauf sich



Kompetenzklassen	Disposition einer Person, <i>selbstorganisiert</i> und
Personale Kompetenzen	reflexiv zu handeln, d. h. sich selbst und die Situation einzuschätzen, produktive Einstellungen und Werthaltungen zu entwickeln; eigene Motivationen zu entfalten, sich kreativ zu entwickeln
Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen	aktiv und gesamtheitlich zu handeln im Hinblick auf die Umsetzung definierter Ziele, d. h. die Handlung erfolgreich zu realisieren, z. B. durch die Wahrnehmung, Aktivierung und Entwicklung vorhandener Mitarbeiterkompetenzen
Fachlich-methodische Kompetenzen	bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen geistig und physisch zu handeln, d. h. diese mit fachlichen und instrumentellen Kenntnissen und Fähigkeiten kreativ zu lösen, Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten
Sozial-kommunikative Kompetenzen	kommunikativ und kooperativ zu handeln, d.h. sich mit anderen kreativ auseinanderzusetzen, sich gruppen- / beziehungsorientiert zu verhalten, gemeinsam mit anderen neue Pläne, Aufgaben und Ziele zu entwickeln

angelehnt an Erpenbeck et al. (2007), S. XXIV

Tab. 1: Klassen beruflicher Handlungskompetenz

die beteiligten Akteure „die dafür notwendigen kognitiven, relationalen und organisatorischen Fähigkeiten aneignen“ (Howald et al. 2010: 55).

Ein so gerichteter Aktivierungs- Entwicklungsprozess grenzt sich ausdrücklich von einer befürchteten Zunahme der „Freiheit für die Art der Realisierung der erzwungenen Selbstausschöpfung“ (Hacker et al. 2014: 30) ab. Er fördert – mit sorgfältigem Blick auf die Rahmenbedingungen – vielmehr die Ausbildung spezifischer Kompetenzen der Person, durch die diese sich von einer Berufsunzufriedenheit erzeugenden, von außen übergestülpten ‚Herrschaft der Vorgaben‘ befreien und Diskrepanzerfahrungen möglichst aus eigener Kraft bearbeiten kann. Mit Wüthrich et al. gilt es, auf der jeweiligen Handlungsebene Kompetenzen zu entwickeln, mit deren Hilfe vermieden werden kann, dass „*wir (...) uns unsere Gefängniszellen selbst (basteln) und (...) noch eigenhändig Gitterstäbe in die Fenster ein(ziehen), die aus unseren persönlichen und kollektiven Glaubenssätzen bestehen*“ (Wüthrich et al. 2009: 146ff). Dazu sind Kompetenzen notwendig, die helfen, den äußeren ‚Zwang‘ nicht passiv als erdrückende und ungestaltbare Triebkraft wahrzunehmen, sondern diesen aktiv oder gar widerständig inhaltlich-konzeptionell so zu interpretieren und zu transformieren, dass Entfremdungseffekte und untragbare Arbeitsbedingungen minimiert werden.

Eine selbstorganisierte Kompetenzentwicklung kann nur arbeitsprozessintegriert stattfinden und sie setzt Reflexivität in Arbeitssituationen voraus. In solchen reflexiven Situationen wird Lernen nicht formal initiiert, strukturiert und kommuniziert, sondern die Beteiligten erkennen und gestalten ihre Lern-Situationen und -ziele weitgehend selbst, z. B. in Gesprächen mit Kollegen und in gemeinsamen Arbeitshandlungen. Der selbstorganisierte Prozess einer Problemlösung stellt entsprechend „*selbst einen Lernprozess dar und schreibt gewissermaßen das Curriculum*“ (Storz 2005: 88). Deutlich wird, dass viele der für Innovationserfordernisse und die Gestaltung von Nicht-Routineprozessen benötigten Selbstorganisationskompetenzen von Führungskräften nicht ‚auf Vorrat‘, z. B. durch konventionelle Weiterbildungen, gelernt werden können, sondern in eher informellen Prozessen erworben werden. Dieses größtenteils

implizit erworbene Wissen muss jedoch kontinuierlich mit dem organisationalen Kontext verbunden und abgestimmt werden, damit es für die Entwicklung neuer sozialer Praktiken und die passgenaue Gestaltung von Innovationen konstruktiv genutzt werden kann (Bergmann 2005: 99). In den Blick rückt damit die Bedeutung der höchstfragilen Schnittstelle zwischen personaler beruflicher Handlungskompetenz und den Organisationsbedingungen. Sie gilt als besonders relevante motivationale Stellschraube für den Erwerb und den Einsatz differenzierten Wissens. Drei personale Voraussetzungen werden hier besonders diskutiert:

Erstens, dass die Person in der Lage ist, ihr eigenes Lernen selbstständig zu planen und ihre Lernstrategien zu optimieren, zu evaluieren und zu bewerten (Bergmann 2005; Straka 2005; Seeber 2006; Erpenbeck et al. 2007). Die Führungskraft muss also handlungsfähig sein, d. h. die kognitiven Voraussetzungen zur Bewältigung des jeweiligen Gestaltungsauftrags mitbringen (Staudt et al. 2001; Storz 2005; Rauner 2007; Pittich 2010; Benner 2012). Zu diesen Voraussetzungen gehört zunächst das ‚Wissen‘ über das jeweilige Fachgebiet, über fachtypische Denk- und Arbeitsweisen und über Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Arbeitsbereichen und anderen Wissensgebieten (Know-that bzw. theoretisches Wissen). Benner verweist darauf, dass Personen aber auch grundsätzlich über Know-how (praktisches Wissen) verfügen, das sie sich ohne das theoretische Wissen implizit durch Erfahrung angeeignet haben. Sachverstand entwickeln Personen dann, wenn sie ihr Theorie- mit ihrem Praxiswissen verknüpfen, also Hypothesen, Vorstellungen und Erwartungen an konkreten Praxissituationen überprüfen, anschließend verfeinern oder verwerfen und dadurch Erfahrungen sammeln (Benner 2012: 46f). Ein solches kontextbezogenes, der reflexiven Praxiserfahrung entspringendes Arbeitsprozesswissen (Storz 2005: 94; Pittich 2010: 33) gilt in der einschlägigen Literatur als maßgebliche Voraussetzung für erfolgreiches Handeln. Ihm liegt ein ganzheitliches Prozessverständnis im Sinne von Zielsetzung, Planung, Durchführung und Bewertung der eigenen Arbeit im Kontext betrieblicher Abläufe zugrunde (Kruse 1986, zitiert nach Pittich 2010: 33; Fischer 2000, zitiert nach Rauner 2007: 61f). Gleichzeitig schafft es eine Verbindung zu einer weiteren Voraussetzung für Handlungsfähigkeit, nämlich dem individuellen Leistungsvermögen im Sinne der Beherrschung reproduktiver und konstruktiver geistiger Tätigkeiten sowie produktiver, praktisch-gegenständlicher Tätigkeiten – kurz gesagt: dem ‚Können‘ (Storz 2005: 93f).

Zweitens ist zu beachten, dass die Gestaltung erfolgreicher Innovationsprozesse neben der beschriebenen Handlungsfähigkeit auch maßgeblich von der individuellen Handlungsbereitschaft abhängt, also dem ‚Wollen‘ der Person und damit von ihrer subjektiven Motivation und ihrer emotionalen Disposition (Storz 2005; Staudt et al. 2001) – anders gesagt: ihrer positiven inneren Haltung.

Drittens kann sich berufliche Handlungskompetenz erst dann im Arbeitsprozess entfalten, wenn die Person sich auch für zuständig hält bzw. dies auch ist, d. h. wenn sie mit konsistenten aufgabenbezogenen Handlungsspielräumen in das organisationale Arbeitssystem und seine Strukturen formal eingebunden ist (Staudt et al. 2001: 26ff).

Handlungsfähigkeit, Handlungsbereitschaft und Zuständigkeit sind also notwendige Voraussetzungen, um solche Passungsprozesse zu gestalten, allerdings sind sie maßgeblich davon abhängig, dass die Rahmenbedingungen der Arbeit die Selbstorganisation des Lernens systematisch fördern und anregen (Dehnbostel 2008: 6). Zu diesen Rahmenbedingungen gehören ausreichender Handlungsspielraum, der selbstorganisiertes Handeln sowie Freiheits- und Entscheidungsgrade in der Arbeit erst ermöglicht (Hardt 2011:100), wie: die Möglichkeit zur Problem- und Komplexitätserfahrung einer Aufgabe jenseits von Routinehandlungen; soziale Unterstützung bzw. Kollektivität z. B. durch Kommunikation im Team oder Unterstützung durch Vorgesetzte; die Möglichkeit zur individuellen Entwicklung; die Möglichkeit zur Entwicklung von Professionalität (Expertise) durch selbstorganisierte Erarbeitung erfolgreicher Handlungsstrategien und berufliche Kompetenzentwicklung; Möglichkeiten zur strukturellen und zur Selbstreflexivität; die Möglichkeit zur Durchführung vollständiger Arbeitshandlungen.

Das Kriterium ‚vollständige Arbeitshandlung‘ hat dabei eine besondere Relevanz. Es stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung von Prozess- und Gestaltungskompetenz dar und ermöglicht es erst, dass Ziele, Rahmenbedingungen einer Entscheidung sowie deren Folgen auf Passungen hin überprüft werden können (Rauner et al. 2011: 25). Für Führungskräfte ist anzunehmen, dass dieses Kriterium weitgehend erfüllt ist, denn sie verfügen über Prozessübersicht, Anforderungsvielfalt, Möglichkeiten zur sozialen Interaktion, Entscheidungs- und Handlungsautonomie im Aufgabenbereich, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zielelastizität und zeitliche Regulierbarkeit von Anforderungen. Diesen Merkmalen massiv entgegenstehende Arbeits- und Rahmenbedingungen, wie z. B. widersprüchliche Anreiz- oder Verpflichtungssysteme, schwächen die Aktivierung und Entwicklung der angestrebten Gestaltungskompetenzen (Ulich (1994), nach Rauner et al. (2011: 24).

Ein Ansatz, der die beschriebenen Kompetenzanforderungen und Rahmenbedingungen für einen konstruktiven Umgang mit Gestaltungsoptionen externer Anforderungen integriert, kann das Konzept der *reflective practice* sein (z. B. Schön 1987; Nguyen et al. 2014). Es beschreibt den Prozess des Managements, der Steuerung, des Aufbaus und der Nutzung von Einzelkompetenzen und Ressourcen als Metakompetenz und siedelt diese auf einer übergeordneten Handlungsebene an. Sie ist kontextunabhängig und befähigt dazu, spezifische Fähigkeiten (für spezifische Situationen) zu entwickeln und anzuwenden. *Reflective practice* befähigt außerdem zum Umgang mit neuartigen Situationen, da sie eine kontinuierliche Anpassungsleistung zwischen eigenen Kompetenzen und dem sich verändernden Umfeld ermöglicht (Dimitrova 2008: 32). Rimsler (2011: 302) bezeichnet diese Metakompetenz auch als ‚Reflexionskompetenz‘ und bezieht sie auf das kompetente Gestalten vollständiger Arbeitshandlungen. Impliziert wird dabei die Fähigkeit, sich in einen thematisch-fokussierten Gedankengang zu vertiefen mit dem Ziel, daraus neue Impulse für zukünftiges Denken, Fühlen und Handeln abzuleiten; erneut über vergangene Erfahrungen nachzudenken (Lernschleife) und daraus einen Prozess des Vorausdenkens einzuleiten; prüfend (evaluierend) nachzudenken und Ereignisse, Verhaltensweisen, Aktivitäten und Prozesse einer

gründlichen Bewertung zu unterziehen. Eine so verstandene Reflexion beinhaltet mehrere Komponenten:

- Eine Inhaltskomponente, die sich darauf bezieht, worüber jemand nachdenkt, wenn er reflektiert.
- Eine Prozesskomponente, die auf den Prozess des reflexiven Denkens verweist, also auf das ‚Wie‘ des Reflektierens.
- Eine Rahmenkomponente, bei der der konzeptionelle und materielle Rahmen bewusst wird, der den Gedanken und Handlungen zugrunde liegt.
- Eine Veränderungskomponente, die Inhalts- und Rahmenkomponente unter einer Perspektive von Veränderung aufeinander bezieht und das Ergebnis zum Inhalt weiterer Reflexion macht.

Reflexiv wird der Denkprozess aber erst dann, wenn er die Selbst-Komponente mit den vier vorgenannten Komponenten verbindet. Dabei geht es nicht darum, dass die Person von einem Inhalt betroffen ist, sondern darum, dass sie sich einen Prozess mit eigenen inhaltlichen Bezügen vorstellt (Nguyen et al. 2014: 1180f). Dabei spielen Introspektionsfähigkeit und -bereitschaft, ebenso wie diskursive soziale Interaktionen mit den Mitgliedern der Praxisgemeinschaft (community of practice) in realen Berufskontexten eine wesentliche Rolle. Angeregt und gefördert wird solches Denken vorwiegend im gegenseitigen Handlungsbezug innerhalb kooperativer Arbeitsprozesse (Clouder 2000: 517; Bräuer 2008: 95f).

Die Literatur beschreibt darüber hinaus zahlreiche weitere, extrinsische Faktoren, die Reflexion und Reflexionsfähigkeit fördern (Mann et al. 2009: 608). Dazu zählen kleine Gruppengrößen, eine emotional und intellektuell unterstützende Umgebung, ein authentischer, d. h. praxisbezogener Sinnzusammenhang, ein gutes Mentoring, Gruppendiskussionen, Unterstützung und Förderung durch Vorgesetzte, die Möglichkeit freier Meinungsäußerung, die Wahrnehmung der Reflexionsrelevanz, positive frühere Reflexionserfahrungen, ein gutes Organisationsklima und ausreichend Zeit für Reflexionsprozesse während der Arbeit (Howald et al. 2010: 4). Eine solche reflexive Praxis dient so einer kritischen Auseinandersetzung mit eigenen Arbeitsprozessen und -verfahren sowie den Strukturen, in denen diese ablaufen. So lassen sich die Innovationsfähigkeit eines Unternehmens und seiner Mitglieder maßgeblich an der Reflexivität des betrieblichen Regelgerüsts und dessen praktischer Handhabung ablesen, wie umgekehrt die Häufigkeit des Scheiterns von Innovationen in gewissem Umfang auf eine mangelnde Reflexivität und ein damit verbundenes Aufschaukeln von Belastungsfaktoren zurückzuführen ist (vgl. Howald et al. 2010: 4).

#### 4. Schlussfolgerung

Als Beitrag zur Reduktion von Belastungsfaktoren bei Pflegekräften wurde das zentrale Erfordernis herausgearbeitet, besonders solche Kompetenzen von Führungskräften zu aktivieren und zu entwickeln, die auf die Gestaltung von Passungsprozessen zwischen von außen induzierten Innovationsanforderungen und einrichtungsinternen Gege-

benheiten gerichtet sind. Der dazu anzuregende Lernprozess kann nur in geringem Maße von außen formalisiert, kontrolliert und geschult werden. Er kann jedoch von außen angeregt, fachlich begleitet und durch günstige Rahmenbedingungen gefördert und motiviert werden. Es wurden förderliche Bedingungen aufgeführt, die dazu beitragen, dass Führungskräfte während der Ausführung von Arbeitshandlungen selbst relevante Lehr-Lern-Situationen erkennen und nutzen. Eine solche reflexive Kompetenz und damit die Fähigkeit, belastende Diskrepanzerfahrungen gestalterisch zu bearbeiten, wächst mit dem sukzessiv angeeigneten Repertoire an Problemlösungsbeispielen, das sich Personen in ihren beruflichen Entwicklungsprozessen aneignen (Rauner 2007: 67).

Mit Blick auf zentrale Elemente klassischer Leadership-Konzepte wie der ‚transformationalen Führung‘ bedeutet dies für Führungskräfte zunächst, ihren eigenen Handlungsspielraum auch im engen Zwangskorsett ökonomischer Notwendigkeiten auszuloten und dabei ihren Mut und ihre oft verlorene Kraft zur Gestaltung dieser Spielräume zurückzugewinnen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Förderung der intrinsischen Motivation und der Selbstwirksamkeitswahrnehmung bei einer sinnhaften Arbeit (Hardt 2011: 88). Dies kann in vielen Einrichtungen nur durch einen grundlegenden Kulturwandel erreicht werden, durch den formale Anweisungssysteme abgebaut und Selbstorganisationsstrukturen sowie die Schaffung und Aufrechterhaltung von Gestaltungsspielräumen gestärkt werden. Erst das „erlaubte“ und erwünschte Hinterfragen von Routinen stärkt die eigene Veränderungsfähigkeit und die der Mitarbeiter.

Unabhängig von den unzweifelhaft spezifischen Gestaltungsbedingungen im Feld der Pflege sind die genannten Mechanismen, die zu den beschriebenen hausgemachten Belastungsverschärfungen führen, nicht als ‚einzigartig‘ und professionstypisch zu verstehen. Sie zeigen sich auch in anderen Policy-Feldern, in denen – begünstigt durch eine ökonomische Ressourcenknappheit – formal funktionale Verfahrensorientierungen zunehmend Definitionsmacht über wenig widerständige oder nur gering ausgeprägte und wenig wirkmächtige, fachinhaltliche und normative berufliche Konzepte erlangen. Auch dort entwickeln vermeintlich „sachgesetzliche“ Entscheidungen systematisch berufliche Identität zerstörende Wirkungen, für die die Berufsgruppe der Pflegenden nur als beispielhafter Austragungsort gelten kann (z. B. Voswinkel 2002; Senet 2005; Dahlgaard et al. 2006).

## Literatur

- Bauer, U. (2007): Gesundheit im ökonomisch-ethischen Spannungsfeld. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 44, 98-119
- Benner, P. (2012): *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Hans Huber
- Bergmann, B. (2005): *Arbeitsimmanente Kompetenzentwicklung*. In: Wiesner, G.; Wolter, A. (Hrsg.): *Die lernende Gesellschaft. Lernkulturen und Kompetenzentwicklung in der Wissensgesellschaft*. Weinheim/ München: Juventa, 97-109
- Bergmann, G.; Daub, J. (2006): *Systemisches Innovations- und Kompetenzmanagement – Grundlagen, Prozesse, Perspektiven*. Wiesbaden: Gabler

- Bieräugel, R.; Demireva, L.; Larsen, C.; Lauxen, O.; Papke, J.; Metzenrath, A. (2012): Gutachten zum Fachkräfte- und Ausbildungsbedarf. Ergebnisse aus dem Landesleitprojekt „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. Berichte aus der Pflege Nr. 18. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz
- Blum, K.; Müller, U.; Schilz, P. (2004): Wiedereinstieg ehemals berufstätiger Pflegekräfte in den Pflegeberuf. Forschungsprojekt des Deutschen Krankenhausinstituts, Abschlussbericht. Online verfügbar unter: [https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/wiedereinstieg\\_pflegekraefte1.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/publikationen/wiedereinstieg_pflegekraefte1.pdf), zuletzt geprüft am 28.07.2015
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2014, Nürnberg
- Cacaci, A. (2006): Change Management – Widerstände gegen Wandel. Plädoyer für ein System der Prävention. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag
- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P. (2006): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Neuwied: Luchterhand
- Dehnbostel, P. (2008): Lern- und Kompetenzförderliche Arbeitsgestaltung. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (BWP) 2, 5-8
- Dimitrova, D. (2007): Das Konzept der Metakompetenz. Theoretische und empirische Untersuchung am Beispiel der Automobilindustrie. Wiesbaden: Gabler
- Erpenbeck, J.; Rosenstiel, L. von (2007) (Hrsg.): Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Flieder, M. (2002): Was hält Krankenschwestern im Beruf? Eine empirische Untersuchung zur Situation langjährig berufstätiger Frauen in der Krankenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse
- Hardt, J. V. (2011): Innovationskompetenz: Entwicklung und Validierung eines neuen Konstrukts. Dissertation Universität Siegen. Online verfügbar unter: <http://d-nb.info/1019027827/34>, zuletzt geprüft am 29.08.2015
- Hasse, R.; Krücken G. (1999) Neo-Institutionalismus. Bielefeld: transcript
- Hasselhorn, H.-M.; Tackenberg, P.; Büscher, A.; Stelzig, S.; Kümmerling, A.; Müller, B. H. (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) Ü15, Dortmund, Berlin, Dresden; 135-146
- Höhmann, U. (2010): Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten. Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. In: Köhler-Ofierski, A.; Edtbauer, R. (Hrsg.): Gestaltung und Rationalisierung. Evangelische Hochschulperspektiven, Bd. 6, Verlag Forschung-Entwicklung-Lehre, Freiburg, 161-178
- Höhmann, U. (2014): Die Pflegedokumentation in der stationären Altenpflege: Paradoxe Sicherheiten. In: Hoch, H.; Zoche, P. (Hrsg.): Sicherheiten und Unsicherheiten – Soziologische Beiträge. Zivile Sicherheit Band 8, Lit Verlag, Berlin, 235-256
- Höhmann, U.; Lautenschläger, M.; Schwarz, L. (2016): Belastungen im Pflegeberuf: Bedingungsfaktoren, Folgen und Desiderate. In: Pflegereport 2016, Barmer GEK (im Druck)
- Howaldt, J.; Schwarz, M. (2010): „Soziale Innovation“ im Fokus. Skizze eines gesellschaftstheoretisch inspirierten Forschungskonzepts. Bielefeld: Transcript
- Joost, A.; Kipper, J.; Tewolde, T. (2009): Berufsverläufe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Broschüre der zentralen Projektergebnisse, Frankfurt am Main. Online verfügbar unter: <http://www.iwak-frankfurt.de/projansprech/Berufsverleib.htm>, zuletzt geprüft am 15.05.2015
- Klein, B.; Gaugisch, P.; Stopper, K. (2008): „Pflege 2015“. Neue Arbeitsanforderungen und zukünftige Qualifizierungsbedarfe. Abschlussbericht. Stuttgart: Hans-Böckler-Stiftung/ Ver.di
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.) (2012): PflegeWert. Wertschätzung erkennen, fördern, erleben. Köln
- Lauxen, O.; Castello, M. (2015): Altenpflegeausbildung stärken. Ergebnisse aus dem Hessischen Pflege-monitor. In: Dr. med. Mabuse, 218, 54-55

- Lauxen, O.; Bieräugel, R. (2013): Der Hessische Pflegemonitor. Transparenz über regionale Pflegearbeitsmärkte. In: Bundesgesundheitsblatt, 56 (8), 1056-1063
- Lauxen, O.; Larsen, C. (2011): Planen nach Zahlen. Der Hessische Pflegemonitor. In: Dr. med. Mabuse, 195, 32-34
- Metz, A.-M.; Kunze, D.; Hamann, L.; Gehltomholt, E.; Urbach, T. (2010): Demografischer Wandel in der Pflege - Konzepte für den Erhalt und die Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Pflegekräften. Machbarkeitsstudie im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- Nguyen, Q. D.; Fernandez, N.; Karsenti, T.; Charlin, B. (2014): What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. In: Medical Education, 48, 1176-1189
- Pittich, D. (2010): Arbeitsprozesswissen. In: Berufsbildung, Heft 124, 33
- Pohl, C. (2011): Demografischer Wandel und der Arbeitsmarkt für Pflege in Deutschland: Modellrechnungen bis zum Jahr 2030. In: Pflege & Gesellschaft, 16 (1), 36-52
- Rauner, F. (2007): Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz. In: Europäische Zeitschrift für Berufsausbildung, Nr. 40, 2007/1, 57-72
- Rimser, M. (2011) (Hrsg.): Skills für Trainer: das Train-the-Trainer-Handbuch mit Grundlagen, Übungs- und Reflexionseinheiten für Trainer, Berater, Pädagogen und Dozenten. Münster: Ökoptopia
- Rogers, E. M. (2003): Diffusion of Innovations. New York/ London/ Toronto/ Sydney: Free Press
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund. Expertise im Auftrag des BMFSFJ. Dortmund.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Kurzfassung). Online verfügbar unter: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung\\_2007.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf), zuletzt geprüft am 02.08.2015
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten (Kurzfassung). Online verfügbar unter: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2012/GA2012\\_Kurzfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Kurzfassung.pdf), zuletzt geprüft am 28.07.2015
- Schön, D. (1987): Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions. Jossey-Bass, San Francisco
- Schulz, E. (2012): Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden. In: DWI Wochenbericht, 51/52, 3-17
- Seeber, G.; Boerner, S.; Keller, H.; Beinborn, P. (2006): Strategien selbstorganisierten Lernens bei berufstätigen Studierenden. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-52713>, zuletzt geprüft am 29.08.2015
- Sennett, R. (2005): Die Kultur des Neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag
- Spelzer, J.; Höhmann, U. (2012): Leitbilder konfessioneller und privater Kliniken in Hessen: Wer spricht was? In: Pflegen, 4, 24-27
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): Demografischer Wandel. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Heft 2, Wiesbaden. Online verfügbar unter: [http://www.statistikportal.de/statistikportal/demografischer\\_wandel\\_heft2.pdf](http://www.statistikportal.de/statistikportal/demografischer_wandel_heft2.pdf), zuletzt geprüft am 28.07.2015
- Staudt, E.; Kriegesmann, B. (2001): Kompetenz und Innovation. Objekt, Maßnahmen und Bewertungsansätze der Kompetenzentwicklung – ein Überblick. In: Berichte aus der angewandten Innovationsforschung, Bochum
- Storz, P. (2005): Wandel von Anforderungen in beruflicher Arbeit – Konsequenzen für berufliche Aus- und Fortbildung. In: Wiesner, G.; Wolter, A. (Hrsg.): Die lernende Gesellschaft. Lernkulturen und Kompetenzentwicklung in der Wissensgesellschaft. Weinheim/ München: Juventa, 79-95

- Straka, G. A. (2005): Selbstgesteuertes Lernen als Chance lebenslangen Lernens? In: Wiesner, G.; Wolter, A. (Hrsg.): Die lernende Gesellschaft. Lernkulturen und Kompetenzentwicklung in der Wissensgesellschaft. Weinheim/ München: Juventa, 161-179
- Vogd, W. (2009): Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung. Opladen und Farmington Hills: Budrich
- Voswinkel, S. (2002): Bewunderung ohne Würdigung? Paradoxien der Anerkennung doppelt subjektiver Arbeit. In: Honneth, A. (Hrsg.): Befreiung aus der Mündigkeit, Frankfurt am Main: Campus, 65-92
- Walgenbach, P. (2007): Institutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser, A. (Hrsg.): Organisationstheorien. Stuttgart, 269-294
- Walgenbach, P.; Meyer, R. E. (2008): Neoinstitutionalistische Organisationstheorie. Stuttgart: Kohlhammer
- Wüthrich, H.A.; Osmetz, D.; Kaduk, S. (2009): Musterbrecher. Wiesbaden: Gabler, 3. Auflage

*Prof. Dr. Ulrike Höhmann*

(Entwicklung des Begründungsrahmens, Verfassen des Textes)  
Professur für Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen  
Universität Witten/Herdecke, Stockumer Str. 12, 58453 Witten,  
Ulrike.Hoehmann@uni-wh.de

*Laura Schwarz (Dipl.-Päd.)*

(Entwicklung des Begründungsrahmens, Verfassen des Textes)  
Wiss. Mitarbeiterin, Universität Witten/Herdecke, Stockumer Str. 12, 58453 Witten,  
Laura.Schwarz@uni-wh.de (Korrespondenzadresse)

*Dr. Christa Larsen*

(Beratung bei Entwicklung des Begründungsrahmens, Diskussion des Textes)  
Geschäftsführerin, Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur,  
Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Senckenberganlage 31, 60325 Frankfurt  
am Main, larsen@em.uni-frankfurt.de

*Oliver Lauxen (MA Pflegewissenschaft)*

(Beratung bei Entwicklung des Begründungsrahmens, Diskussion des Textes)  
Wiss. Mitarbeiter, Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur, Zentrum der Goethe-Universität  
Frankfurt am Main, Senckenberganlage 31, 60325 Frankfurt am Main,  
lauxen@em.uni-frankfurt.de



Jennyfer Adami-Burke, Kerstin Hagmann, Elke Schug

## Vom dynamischen Wechselspiel in Innovationsprozessen

**Ergebnisse einer explorativen Bestandsaufnahme zu erforderlichen Gestaltungskompetenzen von Führungskräften**

Dynamic interplay in innovation processes: results of an exploratory survey to design required skills of executives

Purpose: Care and health facilities are forced to provide efficient as well as high quality care, while they are exposed to heterogenous, often contradicting demands. Necessary innovative processes have to consider various influence levels.

Target: In what way do executives of varying nursing sectors incorporate multiple adjustment levels in the innovation process under special consideration of the matching as well as redefining/restructuring?

Method: Using the innovation process described by Rogers, 20 guideline-lead interviews were conducted with each senior management in order to compare their innovation experience.

Results: A distinct orientation on previous experiences and a focus on the orientation of activity in the form of routines, crystallized as central during the course of the process. Undertake matching processes showed great variations in width and depth between the interviewed participants, as well as within the stages of the processes. It is illustrated that differentiated matching processes are valuable in the active development of innovation processes, as well as for enabling freedom of design.

Conclusion: As a rule, comparisons should be conducted in a conscious and goal-oriented manner, in order to adapt the innovation to the demands of the facilities in the best possible way to the demands of the facilities. Backpedaling of the dynamic, at times chaotic procedure is deemed as essential.

### Keywords

Matching, health facilities, organizational innovation, Rogers, competence, skill

Hintergrund: Pflege- und Gesundheitseinrichtungen sind im Spannungsfeld heterogener, häufig widersprüchlicher Anforderungen gezwungen, eine effiziente sowie hochwertige Pflege anzubieten. Notwendige innovative Prozesse müssen verschiedene Einflüssebenen berücksichtigen.

Fragstellung: In welcher Weise beziehen Führungskräfte unterschiedlicher Pflegesektoren mehrere Abgleichebenen in den Innovationsprozess unter besonderer Berücksichtigung des Matchings sowie Redefinings/Restructurings ein?

Methode: In 20 leitfadengestützten Interviews mit Führungskräften wurden vor dem Hintergrund des idealtypischen Innovationsprozesses nach Rogers deren vollzogene Abgleiche in Innovationserfahrungen exploriert.

Ergebnisse: Als zentral erweist sich im Prozessverlauf eine ausgeprägte Orientierung an bisherigen Erfahrungen und eine Fokussierung auf die Handlungsorientierung in Form von Routinen. Ebenso zeigt sich, dass vorgenommene Abgleichprozesse sowohl zwischen den Befragten als auch innerhalb der Prozessstadien in Breite und Tiefe stark variieren. Es wird aufgezeigt, dass differenzierte Abgleichprozesse wertvoll in der aktiven Gestaltung von Innovationsprozessen und zur Eröffnung von Gestaltungsräumen sind.

Fazit: Dabei gilt es bewusst und zielgerichtet Abgleiche vorzunehmen, um die Innovation bestmöglich an die Bedarfe der Einrichtung anzupassen.

### Schlüsselwörter

Abgleich, Pflegeeinrichtung, Gesundheitseinrichtung, organisationale Innovation, Rogers, Kompetenz

## Einleitung

Täglich müssen trotz zunehmender Komplexität des Arbeitsalltags und vieler Innovationsanforderungen Empfänger von Pflege sowie Mitarbeiter neu erobert werden. Innovationsfähigkeit gilt in Konfrontation mit tief greifenden Veränderungen als Schlüsselressource für Menschen und Organisationen (BMBF 2016). Die Generierung und der Transfer von Innovationen in die Organisation sind anspruchsvoll und obliegen den Einrichtungen. Rogers Modell der Diffusion von Innovationen kann für eine Systematisierung der Eigenheiten von Innovationsprozessen nutzbar gemacht werden. In der Praxis stellt sich der Innovationsprozess als hochkomplex dar. Nicht nur die Bewohner und Patienten sondern alle organisationalen Dimensionen bzw. Abgleichsebenen sowie Mitarbeiter müssen erreicht werden. Hierfür werden kompetente Personen und wandlungsfähige Unternehmen benötigt, die kontinuierliche Passungsprozesse zwischen den interagierenden Dimensionen einleiten.

Hier setzt das BMBF-Projekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege (AKiP)“ an. Es hat das Ziel, Veränderungsprozesse in der Pflege zu gestalten, indem arbeitsprozessintegriert bereits vorhandene Kompetenzen von Führungs- und Pflegekräften aktiviert bzw. benötigte Kompetenzen im Arbeitsprozess entwickelt werden, um sich den zukünftig im Gesundheits- und Pflegebereich ergebenden Anforderungen stellen zu können<sup>1</sup> (s. auch Höhmann et al. in diesem Heft).

Der Artikel stellt Zwischenergebnisse des Forschungsprojekts vor. Auf Basis von Interviews mit Führungskräften werden im Rahmen einer Sekundäranalyse Inno-

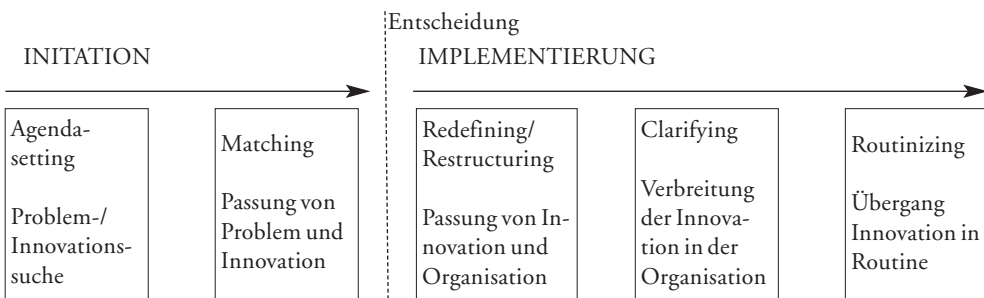
1 „AKiP“ ist ein Verbundprojekt. Praxispartner sind das Altenzentrum an der Rosenhöhe, die Häusliche Kranken- und Seniorenpflege Thomas Rehbein sowie die Hochtaunus-Kliniken gGmbH. Die Private Universität Witten-Herdecke und das Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur Zentrum der Goethe-Universität sind für die wissenschaftliche Konzeptentwicklung und Koordination des Verbundes verantwortlich (weitere Informationen: [www.akip-projekt.de](http://www.akip-projekt.de)).

tionsprozesse auf Passungen im Hinblick auf unterschiedliche organisationale Dimensionen untersucht.

### 1. Hintergrund und theoretischer Rahmen

Die Anforderung, trotz quantitativem Fachkräftemangel (Bundesagentur für Arbeit 2014; Kuhlmann et al. 2013; Lauxen et al. 2015) wirtschaftlich effizient und qualitativ hochwertige Pflege zu leisten, stellt Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen vor enormen Innovationsdruck (Höhmann 2010). Dadurch sind Führungs- und Pflegekräfte täglich damit konfrontiert, interne als auch extern getriggerte Neuerungen in die Pflegepraxis zu überführen. Nur finden nicht alle Neuerungen automatisch den Weg in die pflegerische Versorgung. Sie müssen eingeführt, verbreitet und angewandt werden (Breimaier 2016). Hier geraten methodische Gestaltungsoptionen innerhalb von Innovationsprozessen in den Blick. Obgleich international ein großer Wissensfundus zu meist hochkomplex ablaufenden Implementierungsprozessen zur Verfügung steht (z. B. Greenhalgh et al. 2004), sind fundierte implementierungswissenschaftliche Arbeiten gerade auch mit Fokus auf das methodische Vorgehen in Innovationsprozessen in der deutschsprachigen Pflegelandschaft rar (Hoben 2016a). Insbesondere betrifft dies „[...] die simultane Erfassung von Einflussfaktoren mehrerer Ebenen (Individuum, Innovation, Organisation, Umwelt) sowie die Analyse ihres komplexen Zusammenspiels“ (Hoben 2016a: 126; Chadoir et al. 2013). Passgenaues methodisches Vorgehen in Innovationsprozessen berücksichtigt demnach kontinuierlich die Interaktion verschiedener organisationaler Ebenen. So können Gestaltungsspielräume eröffnet und genutzt werden.

Zur theoretischen Fundierung der vollzogenen Betrachtung der Innovationsprozesse in den Einrichtungen wird Rogers‘ (2003) Modell zum Innovationsprozess herangezogen. Er fokussiert die idealtypische Gestaltung des Innovationsprozesses und beschreibt, wie Organisation und Innovation in wechselseitiger Anpassung verändert werden. Diesen reziproken Anpassungsprozess beschreibt Rogers (2003) als schrittweise Angleichung und verortet diese in mehreren Phasen seines Modells. Er differenziert fünf nacheinander ablaufende Stadien im Innovationsprozess, die in zwei Phasen unterschieden werden können. Die ersten beiden Stadien werden in der Phase der Initiation, die folgenden drei in der der Implementierung verortet.



Quelle: in Anlehnung an Rogers 2003: 421

Abb. 1: Schematische Darstellung des Innovationsprozesses nach E. Rogers

Im ersten Stadium, dem Agenda-setting, werden Bedarfe und Probleme der Organisation identifiziert sowie priorisiert. Anschließend wird nach nützlichen Innovationen durchsucht, um dem Problem zu begegnen. Im Matching werden Innovation und Organisation vor der Implementationsentscheidung aufeinander abgestimmt. Die Innovation wird auf ihre Eignung zur Problemlösung untersucht. Rogers betont, dass eine Passung nicht an einzelnen Merkmalen bzw. Charakteristika der Innovation oder Organisation begründet liegt, sondern dass die Passung durch den Prozess der gegenseitigen Adaption erzeugt wird. Nach der Einführungsentscheidung – im Stadium des Redefining/Restructuring – werden Innovation und Organisation weiter modifiziert: Die Organisation wird im Sinne eines Strukturwandels auf die Innovation abgestimmt, die Neuerung besser an die Bedürfnisse und Strukturen der Organisation angepasst. Im Stadium des Clarifying erschließt sich die Bedeutung der Innovation für die Organisation, und es entwickelt sich ein gemeinsames Verständnis. Das Routinizing tritt ein, wenn die Innovation in die Routinetätigkeiten der Organisation einfließt und damit der Innovationsprozess endet (Rogers 2003).

Der vorliegende Artikel zielt auf folgende Frage ab:

In welcher Weise beziehen Führungskräfte unterschiedlicher Pflegesektoren mehrere Abgleichebenen in den Innovationsprozess unter besonderer Berücksichtigung des Matchings sowie Redefinings/Restructurings ein?

## 2. Methodik

Die ausgewerteten Daten entstammen einer Sekundäranalyse. Primär wurden in den jeweiligen Sektoren im Rahmen einer retrospektiv angelegten Studie Innovationsverläufe in den unterschiedlichen Sektoren exploriert. So konnte eine „*Prozessperspektive bei Abläufen, die schon begonnen oder sogar beendet sind [ , eingenommen werden]*“ (Flick 2010: 181). Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit „*institutionelle Entwicklungsverläufe [...] aus Sicht der Beteiligten [zu rekonstruieren]*“ (Flick 2010: 187). Es bot sich ein qualitativer, verbaler Ansatz an, da das Erkenntnisinteresse auf den Erfahrungen und Zuschreibungen der Führungskräfte lag. Somit konnte die „*Komplexität und Ganzheit in ihrem alltäglichen Kontext untersucht [werden]*“ (Flick 2010: 27). Nach Sichtung der so gewonnenen Daten wurde die Bedeutsamkeit von Passungsprozessen zwischen organisationalen Dimensionen in Innovationsprozessen offensichtlich. Folglich wurden die Primärdaten im Hinblick auf die oben aufgeworfene Fragestellung beleuchtet. Insgesamt wurden 20 leitfadengestützte Interviews mit Führungskräften unterschiedlicher Hierarchieebenen der Praxiseinrichtungen geführt. Zum Zeitpunkt der Interviews waren die Führungskräfte im Mittel 45,7 Jahre (SD +/- 8,6) alt und konnten auf durchschnittlich 24,3 Jahre (SD +/- 8,4) Berufserfahrung zurückblicken. Davon haben sie im Durchschnitt 18,7 Jahre (SD +/- 11,3) in der Einrichtung verbracht. Mit Ausnahme von 2 Führungskräften haben alle eine 3-jährige Pflegeausbildung abgeschlossen und unterschiedliche Weiterbildungsmöglichkeiten im Laufe ihrer Karriere wahrgenommen. 15 Führungskräfte haben an einem Weiterbildungsangebot, das sie

bei ihrer Führungsaufgabe unterstützen soll, teilgenommen. 5 Führungskräfte können auf ein abgeschlossenes Hochschulstudium zurückblicken und eine weitere plant einen Hochschulabschluss im Sommer 2016. Bei den 20 befragten Führungskräften handelt es sich um 19 Frauen und 1 Mann sowie um 9 Stationsleitungen, 2 Bereichsleitungen, 2 Pflegedienstleitungen, 3 Pflegekräfte in der Funktion der PDL-Assistenz, 1 Einrichtungsleitung sowie 2 Mitarbeiter aus dem Bereich des Qualitätsmanagements. In ihrer Führungsposition befinden sie sich im Mittel seit 8,8 Jahren (SD +/- 7,6).

Da sich der entwickelte Leitfaden an den 2 Phasen des idealtypischen Innovationsprozesses nach Rogers orientiert, wird ermöglicht, Reflexionsmuster der Befragten prozessorientiert sichtbar zu machen. Weiter wird durch die Konstruktion des Leitfadens die Umsetzung der Innovation stark betont. Im Rahmen von Pretests in den Praxiseinrichtungen wurde der Fragebogen erprobt und verfeinert.

Von den insgesamt 20 Interviews entfallen in Abhängigkeit von der Größe der jeweiligen Einrichtung 4 auf die stationäre Altenhilfe, 5 auf den ambulanten Bereich, sowie 11 auf den Sektor Krankenhaus. Sowohl im ambulanten Bereich als auch in der stationären Altenhilfe erfolgte eine Vollerhebung aller Führungskräfte mit Personalverantwortung für Pflegekräfte. Dies war im Krankenhaus aufgrund der Einrichtungsgröße mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht möglich. Hier wurde ein heterogenes Sampling angestrebt. Es wurden Interviews mit Führungskräften unterschiedlicher Fachabteilungen und Standorte geführt.

Die gesamte Erhebung erfolgte über 7 Wochen im Zeitraum zwischen Mitte Juli bis Anfang September 2015.

Ein informiertes Einverständnis der Befragten ging den Interviews voraus. Diese wurden digital aufgezeichnet und zeitnah wörtlich transkribiert. Die Interviewdauer variierte zwischen 39 und 133 Minuten ( $\bar{X}$  69,7 Minuten; SD +/- 20,5). Es erfolgte eine Anonymisierung der Transkripte, so dass keine Rückschlüsse auf die Befragten möglich sind.

Die Analyse der Transkripte erfolgte mittels einer strukturierenden Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (Flick 2010). Formulierten Abgleichprozesse wurden in Abhängigkeit ihres zeitlichen Vollzugs den von Rogers inhaltlich definierten Stadien zugeordnet.

Da die Daten von den wissenschaftlichen Mitarbeitern der Praxiseinrichtungen erhoben wurden, lag ein Schwerpunkt darauf, ein gemeinsames Verständnis zu den Kategorien zu erreichen. Im Zuge der Datenauswertung wurden Analysen und Interpretationen vor dem Hintergrund der Nähe der Forscher zum Feld gemeinsam hinterfragt und abgeglichen.

Die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse wurde durch ein bestätigendes Feedback der Befragten, welches mittels unterschiedlicher Strategien eingeholt wurde, erhöht: in der stationären Altenhilfe wurden die Ergebnisse in Einzelgesprächen thematisiert, im ambulanten Sektor sowie im Krankenhaus in Leitungstreffen vorgestellt und besprochen.

### 3. Ergebnisse

Die Abgleichprozesse in den geschilderten Innovationsverläufen lassen sich den Phasen des idealtypischen Innovationsverlaufs nach Rogers zuordnen. Es zeigte sich, dass sich die in den Interviews explizit gewordenen Abgleiche in den Stadien von Innovationsprozessen unterscheiden und dass der Blick auf die Phasen nach Rogers – wie im Leitfaden vorgesehen – zu ungenau bleibt und den Ergebnissen nicht gerecht wird. Wenngleich nicht zu jedem Stadium Daten aus den Interviews hervorgehen, werden sie dennoch für den Artikel analog des idealtypischen Innovationsprozesses nach Rogers dargestellt. Relevante Schwerpunktsetzungen können so innerhalb der Stadien betont und die Bedeutsamkeit von Abgleichen ablaufforientiert herausgestellt werden. Der Erzählfluss folgt einer Handlungslogik. Qualitative Unterschiede zeigen sich anhand der Anzahl als auch der Merkmale der einbezogenen Dimensionen in die Abgleichprozesse.

#### 3.1 Agenda-setting

Zu Beginn des Innovationsprozesses steht die Problemwahrnehmung im Vordergrund. Diese gilt als grundlegende Antriebsfeder bei der Implementation von Neuerungen. Über sie wird das Ziel der und die Motivation zur Problemlösung generiert (Rogers 2003). Dem Agenda-setting wurden Abgleichprozesse zugeordnet, die sich auf das zugrundeliegende Problem als Ursache für die Neuerung beziehen und konkreten Innovationsentscheidungen sowie Umsetzungsbemühungen vorausgehen.

Die Interviewergebnisse zeigen, dass die Orte der primären Problemwahrnehmung variieren und im Zuge dessen nachträgliche Abgleichprozesse zum Verständnis des Problems erforderlich werden. Denn Führungs- und Pflegekräfte stehen unter dem Zwang Neuerungen umzusetzen, deren Problemhintergrund nicht (unbedingt) vollumfänglich bekannt bzw. bewusst ist (Höhmman 2010), z. B. bei Neuerungen durch Änderung der MDK-Prüfungskriterien (P8: 963-966). Lediglich ein Interviewpartner zeigt die Bedeutsamkeit nachträglicher Abgleichprozesse auf: *„Erst mal die Leitung muss selbst verstehen: über was reden die. Zweitens, was die Neuerung ist, einfach verstehen, warum [...] muss was anders gemacht werden. Und genauso muss man es den Mitarbeitern erst mal erklären. Das darf nicht direkt in Durchführung gehen“* (P8: 1136-1139).

Verständnis- und Bedeutungszusammenhänge werden verglichen, die Relevanz für die eigene Organisation sowie im Speziellen für die eigene Handlung und die der Mitarbeiter aufgezeigt.

#### 3.2 Matching

Im Matching wird nach Rogers die Passgenauigkeit der Neuerung zur Organisation simuliert (Rogers 2003). Mögliche Fragen zielen auf die Kompatibilität von Innovation zum Problem, auf Art und Verfügbarkeit von finanziellen, sachlichen, personellen Ressourcen oder auf Passungen zu bewusst gewählten organisationalen Qualitätssym-

bolen ab (Rogers 2003). Dieser Phase wurden solche Interviewpassagen zugewiesen, die auf vollzogene Vergleiche zwischen potentiell zur Verfügung stehenden Problemlösungsstrategien (Neuerungen) und innerorganisationalen Komponenten hinweisen, bevor die Entscheidung für eine konkrete Neuerung gefällt wurde.

Aus den Interviews sind nur wenige Abstimmungsprozesse diesem Stadium zuzuordnen, beispielsweise zur sächlichen Ausstattung und Nutzerfreundlichkeit (P14: 281-294). Zwar werden Innovationen vereinzelt mit wahrgenommenen, eigenen Problemen verknüpft. Jedoch wird im vorliegenden Datenmaterial lediglich ein Abgleichprozess zwischen Innovation, das Anbieten von Ausbildungsplätzen, und organisationsinterner Zielsetzung thematisiert: „*[D]ass wir intern ausbilden. [...] Dadurch schaffen wir natürlich selbst sozusagen nachwachsende Ressourcen [...]. Und hoffen, dass wir das Team dadurch auch stärken und verbessern. Dass wir die pflegerischen und fachlichen Kompetenzen dadurch maßgeblich fördern. [...] [D]amit werden wir uns sicher weiterentwickeln und dadurch werden wir lernen*“ (P1: 601-617).

Weiterhin vollzogene Abgleichprozesse fokussieren auf die Passung der Innovation zur angestrebten Problemlösung. So wurden bspw. im Rahmen der Implementierung einer neuen Station der Stationsleitung Konzepte vorgelegt und sie wurde gefragt: „*[O]b es so laufen könnte? [...] [W]as anders gemacht werden müsste. [...] [W]as für Voraussetzungen? [...] (P18: 48-53) [...] kann man das so machen? Wen muss man im Vorfeld noch alles informieren, dass das ins Laufen kommt, dass da was Neues gestartet wird?*“ (ebd.: 132-134).

Das obige Zitat weist einen ausgeprägten umsetzungsorientierten Charakter auf und steht exemplarisch für weitere Ergebnisse in dieser Kategorie.

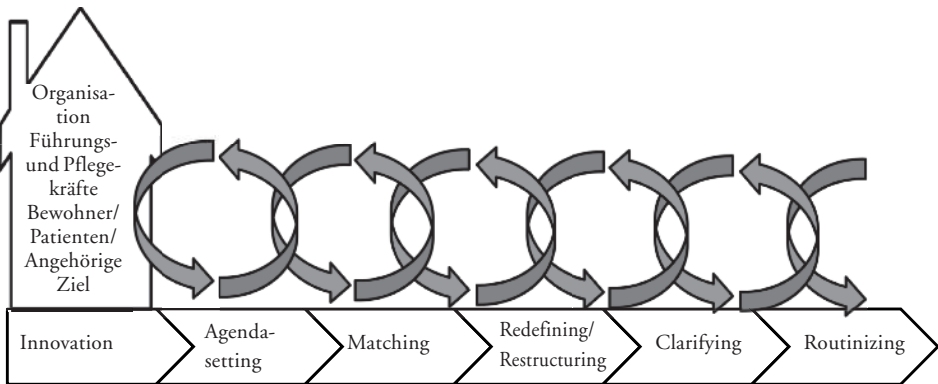
### 3.3 Redefining und Restructuring

In diesem Stadium wird nach Rogers (2003) die Innovation in die Organisation eingebracht und handlungswirksam. Um eine optimale Passung zu erreichen, sollen im Sinne einer gegenseitigen Adaption Veränderungen an der Innovation sowie an organisationalen Elementen eingeleitet werden.

Das Redefining/Restructuring hat für AKiP eine besondere Bedeutung, weil hier arbeitsintensive Handlungen und insbesondere Passungsbemühungen von Seiten der Führungskräfte wie auch der Mitarbeiter zu leisten sind, die hohe Anforderungen an die Gestaltungskompetenz der Praxisakteure stellen. Diese Bedeutungszuschreibung schlug sich bereits im Detaillierungsgrad der Fragestellungen zur Implementationsphase innerhalb des Interviewleitfadens nieder. Die so gewonnenen Informationen sind reich an Quantität, variieren aber stark in Tiefe sowie in Breite der vollzogenen Abgleichprozesse. Inhaltlich wurden dem Redefining/Restructuring Abgleiche zugeordnet, die nach der Entscheidung für eine konkrete Innovation und während konkreter Umsetzungs- bzw. Implementationsbemühungen stattfanden.

Viele der Zitate verweisen auf ein schnelles, routineartiges Vorgehen, was an ein „Abarbeiten der Arbeitsaufgabe Innovation“ erinnert. Zudem scheinen die Befragten auf routinierte Handlungsstränge zurückgreifen zu können, die sie problemlos schildern können, ohne jedoch bewusst vollzogene Abgleichprozesse zu explizieren. „[M]an macht sich ja für sich selbst immer im Kopfs so einen roten Fahrplan. [...] [D]en habe ich ja auch morgens, wenn ich komme und die Arbeit anfangen will. Im Kopf hat man den im Prinzip schon, aber niedergeschrieben habe ich es nicht“ (P18: 282-285).

Vereinzelte, sehr differenzierte Abgleichprozesse weisen auf eine starke Dynamik und eine intensive Wechselseitigkeit zwischen betroffenen Abgleichdimensionen hin, die als potentielle Handlungsalternative zum routineartigen Vorgehen im Folgenden ausführlich dargestellt werden.



Quelle: in Anlehnung an Hoben 2016b: 152

Abb. 2: Dynamische Interaktion mit Abgleichdimensionen im Innovationsprozess

Die Schilderungen verweisen hier auf ein parallel ablaufendes Geschehen, aus dem sich induktiv Unterkategorien entwickelten – zum einen auf dem Weg der gegenseitigen Adaption der Abgleichebenen sowie zum anderen bei der Wahl der Transfermethoden.

Zunächst wird anhand von Abgleichprozessen aufgezeigt, wie sich durch permanente Interaktion im Sinne spiralförmiger Bewegungen die Elemente der Abgleichebenen verändern können. Die Darstellung orientiert sich dabei an betrachteten bzw. von den Interviewpartnern als relevant angesehenen Merkmalen der Abgleichebenen.

### 3.3.1 Weg der Adaption

Der Weg der Adaption beschreibt bewusst oder unbewusst vollzogene Anpassungen von Merkmalen der Abgleichdimensionen (z. B. Neuerung, Organisation, Führungskraft, Mitarbeiter).

Erste Abgleichprozesse laufen direkt beim Einbringen der Innovation in die Organisation ab und gehen teilweise von Mitarbeitern aus. So stellen sie Abgleiche zwischen der Innovation und der Führungskraft an. Nach den Interviewergebnissen kommt es



entscheidend darauf an, mit welcher Vision oder Begeisterung die Innovation verbal sowie nonverbal „verkauft“ wird. Es wird die eigene Positionierung und Überzeugung der Führungskraft gegenüber der Innovation als entscheidender Faktor bei der Implementierung beschrieben (P7: 452-454). Dies prägt den Stil, wie auf allen Ebenen mit der Innovation umgegangen wird. Der regelhaft vollzogene Abgleich zwischen Innovation und Führungskraft verweist auf die Bedeutsamkeit der Positionierung der Leitungskraft für den nachfolgenden Implementationsverlauf.

Werden Mitarbeiter selbst mit der Innovation konfrontiert, wird gelernt, getestet und mit organisationalen Aspekten, wie z. B. Handlungsabläufe und fachlichen Anforderungen, verglichen: *„Vieles sieht man erst, wenn es aktiv läuft, ob was funktioniert oder nicht. [...] Wir haben Listen ausgehangen, Verbesserungsvorschläge an jedem Rechner und dann konnten die Kollegen, wenn irgendwas nicht funktioniert hat, stichpunktartig oder sie konnten noch eigene Ideen, wo wir gedacht haben, das ist eine gute Idee, können wir in das System einpflegen. Und so haben wir das System auf uns eigentlich fast perfekt angepasst“* (P16: 373-378).

Das Ergebnis der Konfrontation äußert sich in Rückmeldungen zur Anpassung der Neuerung. Die Möglichkeit der Veränderung durch die Anwender ist essentiell, denn nach Rogers steigt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen, nachhaltigen Implementation mit der Passgenauigkeit der Innovation zur Organisation und dem Ausmaß, mit dem sich die Organisationsmitglieder mit der Innovation identifizieren (Rogers 2003). Gleichermaßen müssen sich Kompetenzen sowie Handlungsgewohnheiten an neue Erfordernisse anpassen. Zudem werden auf strukturell-organisationaler Ebene Rahmenbedingungen mit den Anforderungen, die durch die Neuerung entstehen, abgeglichen: *„[U]m wirklich sichere Pflege durchführen zu können, braucht man drei PCs. Also in jedem Bereich, wenn ich die Medikamente verteile [...] direkt zu gucken und abzugleichen, dass eben keine Fehler passieren“* (P19: 106-110). *„Wir [Drei Führungskräfte; d. Verf.] haben [...] geguckt, wo haben wir Zeitkapazitäten, wie viel Zeit haben wir zur Verfügung, [...] wir haben gerechnet und haben geguckt, was passiert wann. Und dann haben wir eine Ressource entdeckt, die wir [...] uns zunutze gemacht haben“* (P9: 774-778).

In Verbindung mit einer Lösungsorientierung können passgenaue organisationale Gestaltungsspielräume eröffnet werden, die unter Beachtung der Bedürfnisse der Mitarbeiter dynamisch miteinander verzahnt werden können: *„[D]ie haben sehr höflich per Mail geschrieben, möchten da und da frei haben. Und dann hab ich mit denen gesprochen: ‚Da kann ich Ihnen nicht frei geben. Ich brauche Sie! [...] Das ist eine kritische Zeit und wir müssen das packen! [...] [M]anche haben dann gesagt: ‚Das ist mir schwer, aber ich tue‘“* (P8: 479-487).

Grenzen einer vollständigen Passung zwischen den Vorstellungen der Mitarbeiter und den organisationalen Notwendigkeiten werden verbalisiert. Es zeigt sich, dass mit dem Verständnis organisationaler Notwendigkeiten zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels, die Motivation zunimmt. Das Bewusstsein über gegenseitige Abhängigkeiten eröffnet neue Gestaltungsoptionen, in dem mit quantitativen und qualitativen Bausteinen der Ebenen gearbeitet wird: *„Diese Fachkraft [...] war keine Person, die früh*

*aufsteht. Sie ist gekommen, aber sie war nicht anwesend. Ich hab [...] gesagt: ‚Wie ist das, wenn Sie statt 6.30 um 9 Uhr kommen?‘ [...] Das war ein Volltreffer! [...] dafür hat sie gewusst, heute muss ich [...] acht Pflegeplanungen fertig machen, [...] und hat dies gewissenhaft gemacht“ (P8: 409-423).*

Die individuelle Leistungsfähigkeit oder Präferenzen fließen in einem kontinuierlichen Balanceakt beiderseitig gewinnbringend in organisationale Bedarfe ein.

Nicht nur die Ebenen selbst verändern sich durch die kontinuierlichen Abstimmungsprozesse. Die qualitative Ausgestaltung der Interaktion zwischen den Abgleichsebenen wird als Schlüssel für die Transfermethodik identifiziert.

### 3.3.2 Transfermethoden zur Ausgestaltung des Adaptionswegs

Da in der frühen Phase der Implementierung die komplexe, zu leistende Arbeit aller Akteure auf die Angst vor dem Wandel und das Festhalten an Bestehendem trifft (Fixsen et al. 2005), ist die Auswahl geeigneter Transfermethoden wesentlich. In den Interviews wurden vielfältige Vorgehensweisen eruiert. Nach den Schilderungen geschieht die Auswahl der Transfermethoden nur zum Teil reflektiert und systematisch. Viele Entscheidungen werden erfahrungsbasiert im Sinne eines „trial and error“ getroffen: *„[F]rüher [habe ich, d. Verf.] immer große Fortbildungen gemacht [...], aber das fruchtet einfach nicht. Und jetzt mache ich [...] Einzelschulungen. Das kostet wahnsinnig viel Zeit, aber das ist das Effektivste überhaupt“ (P2: 612-618).*

Transferversuche, die nur auf das Versorgen mit „Wissen“ abzielten, brachten nicht den Erfolg, Handlung zu generieren. Wird festgestellt, dass anvisierte Ziele dadurch nicht erreicht werden können, wird auf Transfermethoden im realen Arbeitsbezug zurückgegriffen. Wenige Interviewpartner erläutern vorangestellte detaillierte Abgleichprozesse, die sie zur Auswahl geeigneter Transfermethoden eingeleitet haben. Dabei scheinen reflexive Pausen die Konzentration auf das eigentliche, gemeinsame Ziel zu befördern.

Auf der Suche nach der geeigneten Zeit für einen Transfer von Inhalten wird z. B. auf organisationaler Ebene die Übergabe als einzige Möglichkeit zur Erreichung aller Mitarbeiter identifiziert (vgl. P8:1042-1043). Andererseits ist abzuwägen, dass die Übergabe *„im Schichtwechsel, nach sechs Stunden Arbeit [stattfindet; d. Verf.]. Total kaputt und müde sitzen [die Mitarbeiter; d. Verf.] in der Fortbildung [...] da muss man das wenigstens so machen, dass man die Mitarbeiter in diesem Zeitraum weckt [...] [D]ass die das auch verstanden haben“ (P8: 659-663).*

Mit dem Ziel des Verstehens werden Alltagssituationen simuliert bzw. produktiv unter Beachtung der Aktualität und Priorität des Themas genutzt: *„[W]enn man Bewohner gelagert hat, hab ich Dekubitus erklärt. Natürlich kann man nicht am Bett des Bewohners den ganzen Expertenstandard besprechen. Aber man kann für die Punkte, die wirklich in der Praxis brennend sind, den Sinn und Zweck erklären“ (P8: 732-736).*

Ein Beispiel zeigt, wie Transfertechniken auf Mitarbeitermerkmale abgestimmt werden: *„Es gibt Mitarbeiter, die ein schnelles Verständnis haben und es gibt Leute, die ein-*

*fach mehr Zeit brauchen oder einfach auch ein bisschen um die Ecke denken. Und dann muss man sich mit denen halt mehr auseinandersetzen als mit den andern“ (P10: 88-90).*

Zudem wird über eine optimale Rollenverteilung versucht, Mitarbeiter zu erreichen: *„[W]ir gucken immer, wer kann vielleicht am besten mit dem Mitarbeiter sprechen. [...] Wer hat die meiste [...] Kompetenz. [...] Es soll ja einen [...] guten Effekt [für alle haben; d. Verf.]“ (P2: 514-522).*

Ein flexibles Vorgehen in der Besetzung von Rollen erhöht die Wahrscheinlichkeit die Heterogenität der Mitarbeiter zu bedienen. Nicht zuletzt kann die Interaktion mit den Bewohnern bzw. Patienten das nötige Vorgehen verändern: *„Dann haben wir verschiedene Bewohner mit diesen Einschränkungen gefragt und haben die in die Fortbildung mitgenommen. Dann haben wir die Bewegungen durchgeführt und sie gefragt, ob das gut oder schlecht ist“ (P8: 757-763).*

Bestenfalls sind die Abgleichebenen in der Ausgestaltung einzelner Transfermethoden ineinander verzahnt und bewegen sich in einem dynamischen Wechselspiel bis zur vollständigen Passung.

### 3.4 Clarifying und Routinizing

Über Kommunikation und Handlung verbreitet sich im Clarifying der Gebrauch der Innovation. Es entwickelt sich ein gemeinsames Verständnis von der Bedeutung sowie der Effektivität der Innovation für den eigenen Arbeitszusammenhang. Bei fehlender Passgenauigkeit können Umsetzungsprobleme auftreten, die das gemeinsame Verständnis von der Innovation beeinflussen und das Auftreten von Widerständen begünstigen (Rogers 2003). Diesem Stadium wurden solche Interviewpassagen zugeordnet, die sich zeitlich nach gezielt geplanten und durchgeführten Einführungsveranstaltungen verorteten und in der die Neuerung zur Anwendung kommt.

In den Interviews liegen kaum Aussagen zum Clarifying vor. Die Mehrzahl der Schilderungen verweisen auf ein reaktives Verhalten der Führungskräfte. Wenige Aussagen verweisen auf ein Bewusstsein über die Bedeutsamkeit dieses Prozessschrittes. *„[U]nd ich glaube, dass man ohne ständige Präsenz und ohne dem ständigen Gefühl, ich bin bei dir, ich begleite dich, ich guck genau, was du tust, aber wenn du meine Hilfe brauchst, bin ich auch jederzeit bei dir“ (P9: 580-583).* *„[W]ir fragen sie selbst, ob sie das kann, ob sie sich das zutraut, ob ihr das gelungen ist, wie sie sich während dieser Zeit fühlt. [...] [W]ir fragen, Wie läuft es? Ist alles in Ordnung, hat es Konflikte gegeben?“ (P1: 670-674).*

Schließlich fließt die Innovation im Routinizing in die regulären Aktivitäten ein. Dies markiert das Ende des Innovationsprozesses. Einer der wenigen diesem Stadium zuzuordnenden Abgleichprozesse zeigt den Übergang der Innovation in den Alltag auf: *„Wenn Sie einem Mitarbeiter die Expertenstandards [...] zeigen, die kennen keine. Aber wenn Sie nach den Inhalten fragen, die wirklich in der Praxis wichtig sind, dann sehen Sie die in der Praxis, Sie sehen sie in der Dokumentation und Sie sehen sie beim Bewohner“ (P8: 1068-1070).*

## 4. Interpretation

Die Komplexität von Innovationsprozessen zwingt Führungskräfte, mit der auf sie ein-treffenden Anforderungssituation umzugehen. Nach unseren Ergebnissen greifen Führungskräfte zur Strukturierung und Bewältigung dieser Anforderungssituation fast ausschließlich auf Routinen zurück. Das identifizierte Vorgehen verweist auf er-fahrungsbasiertes Handeln, das situativ durch Handlungsauf-/anforderungen ausge-löst wird. Über die Gründe, warum die Führungskräfte in Routinen verfallen, anstatt die ihnen sich bietenden Gestaltungsspielräume aktiv zu nutzen, lässt sich spekulieren. Routinen – als unhinterfragte Selbstverständlichkeiten – beruhigen als vertraute Handlungsmuster in verunsichernden Situationen komplexer Innovationsprozesse und werden von institutionalisierten Regeln, Erwartungen und gemeinsamen Bedeu-tungsstrukturen bestimmt.

Sie bergen einerseits die Gefahr, dass sie sich durch eine erfolgreiche Anwendung in Fähigkeitsrigiditäten verwandeln und eine Erneuerung erschweren können (Schirmer et al. 2010). Damit beschränken sie die Freiheit und Handlungsmöglichkeiten – eine Alternative zur gelebten Verhaltensweise ist nicht vorstellbar. Solch stark institutiona-lisierte Verhaltensweisen werden als erforderlich wahrgenommen, gelebt und sind sehr änderungsresistent (Walgenbach 2006; Wilkesmann 2009; Meyer et al. 1994). Ande-rerseits liegt im reflektierten Umgang mit Routinen eine Chance. Selbst wenn auf wiederkehrende Situationen in gleicher Weise reagiert wird, müssen dies keine mecha-nischen Handlungsmuster sein. Ebenso sind gestalthafte Prozesse möglich, die Raum für Variation und Kreativität bieten können (Fischer 2009). In diesem Kontext können Abgleiche als Öffnungsprozesse verstanden werden, mit deren Hilfe Handlungsspiel-räume erweitert werden können (Schirmer et al. 2010).

Wie es sich teilweise in unseren Ergebnissen widerspiegelt, gestalten sich Abgleich-prozesse idealerweise mehrdimensional. Sie können in allen Stadien des Innovations-prozesses Passung herstellen. Die Bedeutsamkeit von Abgleichprozessen im Innova-tionsprozess wird von vielen Autoren akzentuiert (z. B. Rogers 2003, Hoben 2016a/b, Chaudoir et al. 2013; Höhmann 2010, Höhmann et al. in diesem Heft sowie vor allem Neoinstitutionalistischen Organisationstheoretikern). Eine Innovation ist umso bes-ser implementierbar, je besser sie ohne Qualitätsverluste an die Gegebenheiten der Or-ganisation sowie der involvierten Personen adaptiert wurde (Hoben 2016b). Folglich ist dem differenzierten Verständnis insbesondere stabiler Konstrukte – z. B. Kennen der Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter, sächliche Ausstattung – hohe Aufmerksamkeit zu schenken. Zudem steigt auch mit dem Wissen der Mitarbeiter und der Überzeugung von einem gemeinsam zu erreichenden Ziel deren Motivation, eine optimale Pas-sung zu erreichen. Dies ist die Basis für sinnhafte und wechselseitige Feinabstimmun-gen im Innovationsprozess.

Viele der befragten Führungskräfte werden erst im Stadium des Redefining/Res-structuring aktiv bei der Umsetzung der Anforderung „Innovation“. Hier scheint das Ziel der Problemlösung weniger präsent als die möglichst erfolgreiche Umsetzung ei-nes Auftrags. Die Schilderungen lassen mutmaßen, dass eine derartige Auftragsledi-

gung als Erwartung an die Führungskräfte herangetragen wird. Wie diese Erwartungshaltung transportiert wird und welches berufliche Rollenverständnis beim Empfangen dieser Botschaft wirksam ist, bleibt unklar. Möglicherweise begrenzt eine Erwartungshaltung zur Auftragsbefreiung kreative Gestaltungsmöglichkeiten, die gerade für das mittlere Management wichtig sind, da es häufig Transferaufgaben in Innovationsprozessen übernimmt (Rogers 2003). Inhaltlich ausgerichtete Strategien zum Transfer der Innovation, wie z. B. der Einbezug differenzierter Abgleich- und Anpassungsprozesse zur Integration der „inneren Arbeitswelt“ (Hömann 2010), sind nicht im Blick – sollten jedoch betriebsintern gefunden werden. Mit dem Zugestehen bzw. Wahrnehmen von Gestaltungsräumen steigt die Chance, dass diese ergriffen werden.

In den Schilderungen der Führungskräfte zeigt sich, dass Transferformate, die auf die Wissensvermittlung abzielen, nicht zum gewünschten Erfolg führen. Rogers (2003) konstatiert, dass häufig ein starker Fokus auf dem Wissen über die Existenz einer Innovation liegt, während das Anwendungswissen missachtet wird. Nach Fischer (2009) erwerben Praxisakteure Kompetenz erst im Handlungsverlauf durch die Integration von Wissen auf das Handlungsziel hin. Er beschreibt dies als einen kreativen Akt, weil regelhaft Störungen im Arbeitsprozess auftreten. Dennoch ist es gerade die Herausforderung der Führungs- und Pflegekräfte, häufig widersprüchliche Handlungsanforderungen, die im Arbeitsprozess durch mehrdimensionalen Abgleich gewahrt werden, auszubalancieren (Hömann et al. in diesem Heft).

Die dargestellten Ergebnisse beschränken sich auf eine Datenbasis aus drei Einrichtungen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die befragten Führungskräfte sind nicht als vulnerable Gruppe anzusehen und nahmen freiwillig aus Interesse an der Befragung teil. Es handelte sich vermutlich um Personen, die Innovationen eher aufgeschlossen gegenüberstehen. Die Unabhängigkeit und Neutralität der wissenschaftlichen Mitarbeiter ist durch ein Anstellungsverhältnis in den Einrichtungen beeinflusst. Vor diesem Hintergrund erfolgte während der Auswertung der Daten ein intensiver Austausch, um den eventuellen eigenen Bias zu minimieren.

## 5. Fazit

Zur Strukturierung und Bewältigung hochkomplex ablaufender Innovationsprozesse greifen Führungskräfte unterschiedlicher Pflegesektoren und Hierarchieebenen oftmals auf Routinen zurück, die durch eine zu starre Rigidität das Ankommen einer Neuerung erschweren. Ratsam erscheint, Handlungsmuster in einer Weise zu prägen, die Optionen für variable und kreative Prozesse bieten.

Führungskräfte erfassen in differierender Tiefe und Reflexivität mehrere Einflussebenen im Innovationsprozess, weil sich deren Alltag aus der Komplexität der eintreffenden Anforderungen gestaltet. Die Chance liegt im bewussten und geplanten Ergreifen und Verstehen der Bedeutsamkeit des Wechselspiels zwischen allen Ebenen.

Um diese Chance zu nutzen, erscheint es uns bedeutsam, dass Führungskräfte fortwährend gezielt herbeigeführte, bewusste, reflexive Abgleiche mit Merkmalen involvierter Ebenen vornehmen – idealerweise sollte dies inhaltlich an die jeweiligen Stadien des Innovationsprozesses angepasst werden (Rogers 2003). Hierfür scheint es erstrebenswert, kurz dem Alltag zu entsteigen, innezuhalten und einen Blick auf das multifaktorielle Geschehen im Innovationsprozess zu werfen, wahrzunehmen und zu verstehen. Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit implizit oder explizit gesetzten Regeln bzw. Symbolen könnte deren Auswirkung auf das aktive Eröffnen von Gestaltungsspielräumen durch Führungskräfte erhellen. Unterstützt werden könnte dies, indem an diesen Artikel anknüpfende Forschung getrieben wird.

## Literatur

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2016): Arbeiten – Lernen – Kompetenzen entwickeln. Innovationsfähigkeit in einer modernen Arbeitswelt. <<http://pt-ad.pt-dlr.de/de/94.php>> [Stand 2016-01-14]
- Breimaier, H. E. (2016): Strategien zur Beeinflussung und Steuerung von Implementierungsprozessen. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 167-185
- Bundesagentur für Arbeit (2014): Der Arbeitsmarkt in Deutschland. Fachkräfteengpassanalyse Dezember 2014. <<http://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2014-12.pdf>> [Stand 2016-01-11]
- Chaudoir, S. R./Dugan, A. G./Barr, C. H. (2013): Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. In: *Implementation Science* 8:22, 1-20 <<http://www.implementationscience.com/content/8/1/22>> [Stand 2016-01-15]
- Damschroder, L./Aron, D./Keith, R./Kirsh, S./Alexander, J./Lowery, J. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. In: *Implementation Science* 4:50, 1-15 <<http://www.implementationscience.com/content/4/1/50>> [Stand 2015-12-10]
- Flick, U. (2010): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt
- Fischer, M. (2009): Über das Verhältnis von Wissen und Handeln in der beruflichen Arbeit und Ausbildung. <[http://www.ibap.kit.edu/berufspaedagogik/download/AB\\_\\_03\\_09.pdf](http://www.ibap.kit.edu/berufspaedagogik/download/AB__03_09.pdf)> [Stand: 2016-01-25].
- Fixsen, D. L./Naoom, S. F./Blase, K. A./Friedman, R. M./Wallace, F. (2005): *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. <<http://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>> [Stand 2016-01-26]
- Greenhalgh, T./Kyriakidou, O./Peacock, R. (2004): *How to Spread Good Ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organization*. London: Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D <[http://www.nets.nihr.ac.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/64340/FR-08-1201-038.pdf](http://www.nets.nihr.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0017/64340/FR-08-1201-038.pdf)> [Stand 2016-01-15]
- Hoben, M. (2016a): Stand der pflegerischen Implementierungsforschung im deutschen Sprachraum. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 115-132
- Hoben, M. (2016b): Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.): *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer, 150-166

- Hoben, M./Bär, M. (2016): Outcomes in Implementierungsprozessen und standardisierte Instrumente zu deren Messung. In: Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. Ein Handbuch. Stuttgart: Kohlhammer, 224-241
- Höhmann, U. (2010): Zum Verhältnis von finanziellem Druck und professionellen Inhalten. Ungenutzte Gestaltungschancen bei der Qualitätsentwicklung in der stationären Altenpflege. In: Köhler-Ofierski, A./Edtbauer, R. (Hrsg.): Gestaltung und Rationalisierung. Freiburg: Evangelische Hochschulperspektiven, Verlag Forschung-Entwicklung-Lehre, Band 6, 161-178
- Kuhlmann, E./Larsen, C. (2013): Langzeitpflege im europäischen Vergleich. Herausforderungen und Strategien zur Sicherung der Pflegepersonalressourcen. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56 (8), 1064-1071 <<http://www.springermedizin.de/langzeitpflege-im-europaeischenvergleich/4587144.html>> [Stand 2016-01-14]
- Lauxen, O./Castello, M. (2015): Altenpflegeausbildung stärken. Ergebnisse aus dem Hessischen Pflegemonitor. In: Dr. med. Marbuse 218 (6) 54-55
- Meyer, J. W.; Boli, J.; Thomas, G. M. (1994): Ontology and Rationalization in the Western Cultural Account. In: Scott, W. R.; Meyer, J. W. (Hrsg.): Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism. Thousand Oaks/California, Sage Publications, 9-27
- Rahman, A. N./Applebaum, R. A./Schnelle, J. F./Simmons, S. F. (2012): Translating Research into Practice in Nursing Homes: Can We Close the Gap? In: Gerontologist 52 (2), 597-606 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3463418/>> [Stand 2016-01-15]
- Rogers, E. M. (2003): Diffusion of innovations. New York, London, Toronto, Sydney: Free Press
- Schirmer, F./Ziesche, K. (2010): Dynamic Capabilities: Das Dilemma von Stabilität und Dynamik aus organisatorischer Perspektive. In: Barthel, E./Hanft, A./Hasebrook, J. (Hrsg.): Integriertes Kompetenzmanagement im Spannungsfeld von innovation und Routine. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann, 15-43
- Walgenbach, P. (2006): Neoinstitutionalistische Ansätze in der Organisationstheorie. In: Kieser, A.; Ebers, M. (Hrsg.): Organisationstheorien. 6., erw. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 353-401
- Wilkesmann, M. (2009): Wissenstransfer im Krankenhaus. Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen. 1. Aufl., VS Verlag, Wiesbaden

*Jennyfer Adami-Burke, M.A. Pflegewissenschaft*

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, BMBF-Projekt „AKiP“ (Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege), Altenzentrum an der Rosenhöhe, Dieburger Straße 199, 64287 Darmstadt, [j.adami-burke@t-online.de](mailto:j.adami-burke@t-online.de) (Ansprechpartnerin für die Korrespondenz)

*Kerstin Hagmann, M.A. Pflegewissenschaft*

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, BMBF-Projekt „AKiP“ (Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege), Hochtaunus-Kliniken gGmbH, Zeppelinstraße 20, 61352 Bad Homburg v.d.H., [kerstin.hagmann@hochtaunus-kliniken.de](mailto:kerstin.hagmann@hochtaunus-kliniken.de)

*Elke Schug, Diplom-Soziologin*

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, BMBF-Projekt „AKiP“ (Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege) Häusliche Kranken- und Seniorenpflege Thomas Rehbein, Raiffeisenstraße 18, 65191 Wiesbaden, [elke\\_schug@t-online.de](mailto:elke_schug@t-online.de)

Michael Meng, Selda Akca, Frauke Mattner, Cäcilia Krüger,  
Daniel Peter, Christiane Kugler

## Evaluation eines Weiterbildungscurriculums für Hygienefachkräfte zur Qualifikation hygienebeauftragter Pfleger – eine Pilotstudie

Evaluation of an education curriculum for infection control nurses to educate infection control link nurses – a pilot study

**Background:** For the prevention of nosocomial infections qualification of nurses represents a prerequisite of utmost importance. Infection control nurses are responsible for the education and training of infection control link nurses. Qualified infection control link nurses may support the sustainable implementation of hygiene- and nosocomial infection prevention procedures.

**Aim:** Aim of this pilot-study was to evaluate the quality of a newly developed curriculum for infection control nurses for the qualification of infection control link nurses.

**Methods:** Focus group interviews with 37 participants, being experienced infection control nurses, were performed, and transcribed data were analyzed.

**Results:** Interview data were analyzed within a multiple step evaluation framework. Participants, being experienced infection control nurses, reported that after participating in the curriculum they had initiated some initial behavior changes with respect to their training procedures, and their qualification of infection control link nurses.

**Discussion:** Effective education of infection control nurses may support the effective training and qualification for infection control link nurses which may substantially contribute to hygiene- and nosocomial infection prevention.

### Keywords

hygiene-related behavior, further education, infection control link nurse, infection control nurse

**Hintergrund:** Fachliche Qualifikation der Pflegenden stellt eine wichtige Ressource für die Prävention nosokomialer Infektionen dar. In der Praxis sind Hygienefachkräfte verantwortlich für die Qualifikation von hygienebeauftragten Pflegenden. Qualifizierte hygienebeauftragte Pflegende können zur nachhaltigen Implementierung von Hygiene- und Präventionsmaßnahmen einen Beitrag leisten.

**Zielsetzung:** Ziel vorliegender Pilotstudie war es, ein neu entwickeltes Weiterbildungscurriculum für Hygienefachkräfte zur Qualifizierung hygienebeauftragter Pfleger hinsichtlich der Initiierung potentieller Verhaltensveränderungen in der Praxis zu evaluieren.

---

eingereicht 18.12.2015  
akzeptiert 10.05.2016



Methode: In Fokusgruppeninterviews wurden Daten von 37 teilnehmenden Hygienefachkräften des Weiterbildungscurriculums erhoben, transkribiert und ausgewertet.

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden im Kontext eines mehrstufigen Evaluationsframeworks analysiert. Es konnte gezeigt werden, dass Modifikationen von Verhaltenspräferenzen bei den teilnehmenden Hygienefachkräften an dem pilotierten Weiterbildungscurriculum im Kontext der Qualifizierung hygienebeauftragter Pflegenden initiiert werden konnten.

Diskussion: Die erfolgreiche Weiterbildung von Hygienefachkräften und damit verbunden die effektive Qualifizierung von hygienebeauftragten Pflegenden kann einen substanzialen Beitrag zur Prävention nosokomialer Infektionen leisten.

### Schlüsselwörter

Hygieneverhalten, Weiterbildung, hygienebeauftragte Pflegenden, Hygienefachkräfte

*Es ist nicht genug zu wissen,  
man muss auch anwenden;  
es ist nicht genug zu wollen,  
man muss auch tun.  
(Johann Wolfgang von Goethe)*

## 1. Hintergrund

Gesundheitsreformen und die damit verbundene andauernde Ökonomisierung der Einrichtungen im Gesundheitswesen bergen zahlreiche Implikationen und Veränderungen für Patienten sowie für das in diesen Einrichtungen beschäftigte Personal. Die zentralen Probleme krankenhaushwirtschaftlicher Rationalisierung und Rationierung sind in der internationalen Diskussion als Personalverknappung und als Verknappung medizinischer und pflegerischer Leistungen aus ökonomischen Gründen erkannt (Bauer 2006; Breyer et al. 2002).

Der aktuelle Personalmangel, insbesondere in Akutkrankenhäusern, ist neben diesen unternehmenspolitischen Einsparmaßnahmen im Bereich des stationären Pflegepersonals auf den derzeitigen Fachkräftemangel in der Pflege zurückzuführen. Die Gründe hierfür liegen in:

- der geringen Attraktivität des Pflegeberufes und damit einer nur schwierigen Gewinnung Auszubildender (Tackenberg et al. 2009) sowie eines entsprechend geringen Nachwuchses qualifizierter Pflegekräfte (Hennes 2011),
- dem frühzeitigen Ausstieg Pflegenden aus dem Pflegeberuf (Hasselhorn et al. 2005),
- dem Trend, dass immer mehr gut ausgebildete Pflegenden ins Ausland abwandern (Zander et al. 2012) und
- dem demografiebedingten Nachwuchsmangel an jungen Menschen (Rothgang 2013; Prognos 2012).

Die aktuelle Personalsituation in deutschen Krankenhäusern birgt für die Organisationen sowie für das pflegerische Personal zahlreiche Risiken (Zander 2013; Kuhnert et al. 2010; Goldmann et al. 2010). Die in den letzten Jahren intensivierten personalpolitischen Bemühungen der Einrichtungen selbst, aber auch seitens der Politik (Leubecher 2013) blieben weitestgehend erfolglos und konnten keine Entspannung der derzeit kritischen personellen Situation in den Einrichtungen herbeiführen (Akca et al. 2014, 2015).

Dass trotz organisationaler und politischer Bemühungen um Personalrekrutierung und Nachwuchskräfte (Leubecher 2013) die Personalsituation in den deutschen Krankenhäusern weiter eskaliert, zeigt ein Vergleich der Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen in den Jahren 2009 und 2011 (Blum et al. 2011). Während in 2009 14% der Einrichtungen (ab 600 Betten) Stellenbesetzungsprobleme beklagten, waren es im Jahr 2011 über 53%. Auch kleinere Krankenhäuser mit Betten zwischen 50 und 599 Betten klagen zwischen 15% und 20% über Probleme in der Besetzung von Pflegestellen.

Diese problematische Personalsituation in der Pflege wird durch einen Mangel an qualifiziertem Fachpersonal sowie ein verändertes Patientenlientel, das gekennzeichnet ist durch mehr ältere Menschen – häufig mit einer eingeschränkten Immunlage sowie mehr Pflegebedürftige, mit einem höheren Anteil an Multimorbidität und Demenz, weiter verschärft (Prognos 2012) und geht mit enormen Konsequenzen für die Pflegenden einher. So verstärkt sich zunehmend die Arbeitsverdichtung und Beanspruchung für das Pflegepersonal (Kuhnert et al. 2010; Marrs 2007; Isfort 2007, 2010; Zander 2013). Die Altersstruktur des Pflegepersonals in Krankenhäusern selbst unterliegt dem demographischen Wandel und führt zu einem weiter anwachsenden Anteil älterer Pflegenden. Nach Westermann-Binnenwies (2004) ist das Pflegepersonal hoch fehlbeansprucht und weist zu einem Viertel deutliche Burnout-Symptome auf. Insgesamt sind der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit teilweise stark eingeschränkt (Hasselhorn et al. 2005).

Eine weitere Verschärfung der Situation pflegerisch Beschäftigter in Krankenhäusern ist vor dem Hintergrund des prognostizierten Anstiegs der Fallzahlen bis 2020 um zirka 5,2% und einer eher kritischen Prognose für einen entsprechenden Anstieg der Versorgungskapazitäten zu erwarten (Prognos 2012).

Die mit diesen skizzierten Entwicklungen einhergehenden Veränderungen in der Krankenhauspflege erfordern nicht nur neue, innovative Pflegepraktiken und -therapien (Goldmann et al. 2010), sondern auch entsprechende veränderte pflegerische Kompetenzprofile, um unter den gegebenen Rahmenbedingungen die Gewährleistung der Pflegequalität, Patientensicherheit und des Patienten-Outcomes (IOM 2003, 2006; Aiken et al. 2008, 2010) aufrechterhalten zu können. Internationale Forschungsergebnisse zu Pflegequalität und Patientensicherheit belegen einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer knappen Stellenbesetzung und mangelnder Fachkompetenz in Pflegeteams, einer schlechteren Arbeitsumgebungsqualität und höherer Komplikations-, Fehler- und Mortalitätsrate bei Patienten sowie einer geringeren Ar-

beitszufriedenheit, höheren Fluktuations-, arbeitsbedingten Verletzungsraten beim Personal und Burnout (Schubert et al. 2005; Aiken et al. 2014).

Im Hinblick auf Patientensicherheit und -mortalität spielt Hygiene in der stationären Pflege eine herausragende Rolle (DBfK 2015). Die Einhaltung der Hygienestandards wird durch zunehmende Arbeitsverdichtung und -belastung zu einer Herausforderung für das Pflegepersonal. Im beruflichen Alltag gelingt aufgrund von Zeitdruck die Umsetzung von Hygienestandards, wie z. B. die vorschriftsmäßige Durchführung der Händedesinfektion, nicht immer. Vor allem für die Prävention nosokomialer Infektionen ist die korrekte Händedesinfektion aber unabdingbar und für die Einrichtungen der stationären Krankenpflege von zentraler Bedeutung.

Nach aktuellen Berechnungen erleiden schätzungsweise 400.000 - 600.000 Patienten in Deutschland eine nosokomiale Infektion, wobei etwa 10.000 - 15.000 Patienten daran versterben (Häfner et al. 2015). Ausgehend von 20% - 30% Vermeidbarkeit, sterben etwa 4500 Menschen durch vermeidbare Infektionen (Häfner et al. 2015). Europaweit verursachen nosokomiale Infektionen etwa 37.000 Tote jährlich, bei 16 Millionen zusätzlichen Krankenhaustagen und 7 Milliarden Euro Mehrkosten (WHO 2010). Wolfe (2011) konnte zeigen, dass die Pflegekräfteausstattung mit negativen Folgen für die Händehygiene und mit einem erhöhten Risiko von Krankenhausinfektionen einhergeht. Neben dem Personalmangel und der damit verbundenen Arbeitsdichte und Zeitdruck führt auch eine mangelnde Ausbildung bzw. Qualifikation dazu, dass Hygienestandards wie die Händedesinfektion und andere präventive Maßnahmen nicht optimal eingehalten bzw. durchgeführt werden können (Francois-Kettner 2015).

Damit stellt die fachliche Qualifikation und Kompetenz der Pflegenden eine wichtige personale Stellschraube und Ressource für die Prävention nosokomialer Infektionen dar (Aiken et al. 2012, 2014; Schwab et al. 2012). Durch hygienebezogene Weiterbildungsangebote kann eine entsprechende Qualifizierung Pflegenden in der stationären Pflege erreicht werden. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, wurde eine flächendeckende und nachhaltige Implementierung von Hygienemaßnahmen und Präventionsstrategien in Krankenhäusern durch Qualifikation von hygienebeauftragten Pflegenden (KRINKO 2009) initiiert.

Die Qualifikation von hygienebeauftragten Pflegenden in Krankenhäusern wird von Hygienefachkräften sichergestellt. Die Mindestanforderung zur Weiterbildung zur Hygienefachkraft stellt eine Berufsausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege mit einer mindestens dreijährigen Berufserfahrung dar. Die Dauer der Weiterbildung zur Hygienefachkraft beträgt 2 Jahre, wobei die Ausbildungszeit vereinzelt in einigen Bundesländern kürzer sein kann (KRINKO 2009).

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Situation in der stationären Pflege sowie den Empfehlungen zum Management in der Krankenhaushygiene der KRINKO (2009) zielte die vorliegende Studie auf die Entwicklung und Pilotierung eines Curriculums für die Weiterbildung von Hygienefachkräften zur Qualifikation von hygienebeauftragten Pflegenden in Form eines ‚Train-the-Trainer‘-Ansatzes ab (Peter et al.

2014, 2015). Kernelemente des Curriculums waren neben der fachlich-inhaltlichen Weiterbildung (Hygienethemen), die Vermittlung pädagogisch-didaktischer Methoden, und die Fokussierung auf Themen der Kognitions-, Allgemein- und Sozialpsychologie. Das Curriculum wurde modular aufgebaut. Vier ganztägige Präsenzmodule wurden durch supervidiertes Selbststudium zu konkreten Themen und unter Nutzung unterschiedlicher Methoden ergänzt. E-learning Elemente erlaubten einen moderierten Austausch der Teilnehmenden zwischen den Präsenzmodultagen. Die teilnehmenden Hygienefachkräfte sollten nach der abgeschlossenen Weiterbildung in die Lage versetzt werden, effektive Qualifikationsangebote für hygienebeauftragte Pflegende im Kontext der Bedarfe der jeweiligen Einrichtung zu etablieren. Die vorliegende Pilotevaluationsstudie rückte die Eignung des Weiterbildungscurriculums zur Modifikation von Verhaltenspräferenzen bei den Teilnehmenden in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

### **1.1 Theoretischer Rahmen zum Prozess von der Einstellung zum Hygiene-bezogenen Verhalten**

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung galt es, dieses modulare Curriculum zur Weiterbildung von Hygienefachkräften hinsichtlich seiner Effektivität zu evaluieren.

Nach Moosburger et al. (2002) wird durch Evaluation von Weiterbildungsangeboten eine erfolgreiche Implementierung unterstützt. Der vorliegenden Untersuchung wurde das Evaluationsmodell von Kirkpatrick et al. (2006) zur Einschätzung und Bewertung der Effektivität von Weiterbildungsmaßnahmen zugrunde gelegt. Nach diesem Evaluationsmodell sind folgende aufeinander aufbauenden Ebenen zu evaluieren:

Ebene (1) „Reaktion“ beschreibt die Reaktion der Teilnehmenden auf die Weiterbildung und wird von Kirkpatrick et al. (2006) synonym als „Kundenzufriedenheit“ verstanden.

Ebene (2) „Lernen“ beschreibt den Prozess des Wissens- sowie Kompetenzzuwachses und der Einstellungsänderung.

Ebene (3) „Verhalten“ beschreibt den Grad der Verhaltensänderung der Teilnehmenden an Weiterbildungsstrukturen. Vier Bedingungen definieren Kirkpatrick et al. (2006) als Voraussetzung für Verhaltensänderung: der Teilnehmende muss die Veränderung wollen („Wunsch“), muss wissen, was und wie er/sie es tun soll, muss ein gutes Arbeitsklima haben, und muss für die Verhaltensänderung belohnt werden (Kirkpatrick et al. 2006).

Kirkpatrick et al. (2006) formuliert in seinem Modell ein finales Produkt, wie verbesserte Produktivität, verbesserte Qualität oder verringerte Kosten, welches er als „Ergebnis“ in einer vierten Ebene mit langfristiger Perspektive betrachtet. Im Rahmen dieses evaluativen Frameworks (Kirkpatrick et al. 2006) lag der Fokus auf dem Veränderungsprozess von der ‚Einstellung‘ zum ‚Verhalten‘ der Teilnehmenden in dem Weiterbildungscurriculum. In der vorliegenden Untersuchung wird der Lernerfolg der

zweiten Ebene von Kirkpatrick et al. (2006) durch das Curriculum im Sinne einer Modifikation von Verhaltenspräferenzen aufgefasst, welche potentiell zu einer Manifestation von konkreten Verhalten führen können.

Es gibt zahlreiche Definitionen von Einstellung, wobei Einstellung häufig als positive oder negative Evaluation eines Objektes definiert wird (Fishbein & Ajzen 1975; Bem, 1970; Cacioppo, Harkins et al. 1981; Eagly et al. 1993; Fazio, 2007; Petty et al. 1997; Thurstone, 1931; zitiert nach Kruglanski et al. 2015). Entsprechend kann das Konstrukt ‚Einstellung‘ durch das Konstrukt ‚Zufriedenheit‘ abgebildet werden (Westermann et al. 1996; Heise et al. 1999 zitiert nach Damrath 2006; Czepiel et al. 1977 zitiert nach Stock 2003). Nach Kruglanski et al. (2015) moderiert Einstellung das Generieren von Zielen, welche die Grundlagen für Verhalten bzw. Verhaltensveränderungen darstellen. Dabei werden Einstellungen als der „evaluative Part von Zielen“ (Kruglanski et al. 2015) verstanden, wobei aus der grundlegenden positiven Einstellung (liking) ein „Wollen“ „von ausreichender Stärke“ (Kruglanski et al. 2015: 599) werden muss. Zusammen mit einer ausreichend hohen wahrgenommenen Zielerreichungswahrscheinlichkeit wird diese Wunsch-Erreichbarkeitsverbindung zu einem Ziel (Kruglanski et al. 2015). Sobald das generierte Ziel dominant gegenüber anderen aktiven Zielen ist, ist es möglicher Auslöser für ein bestimmtes Verhalten (Kruglanski et al. 2015). Hierbei entsteht nach Kruglanski et al. (2015) konkretes Verhalten im Detail als Ergebnis des Prozesses von:

- a) Einstellung zum Objekt (hier Weiterbildungscurriculum),
- b) Individuelles Wollen, das auf Basis positiver Einstellung abgeleitet wird,
- c) die Wahrnehmung subjektiver Erreichbarkeit des Gewollten (wahrgenommene Zielerreichungswahrscheinlichkeit),
- d) Generierung konkreter Ziele in Abhängigkeit der Bewertung der Erreichbarkeit des individuellen Wollens,
- e) die wahrgenommene Wichtigkeit (Dominanz) des Ziels,
- f) Generierung von Verhaltensoptionen zur Realisierung des dominanten Ziels sowie die Auswahl des finalen Verhaltens zur Erreichung des Ziels.

Im Kontext der vorliegenden Untersuchung wird die positive Einstellung der Teilnehmenden zum Weiterbildungscurriculum als erste Voraussetzung für die Umsetzung zielgerichteten Hygieneverhaltens von hygienebeauftragten Pflegenden betrachtet.

Die Implementation des Weiterbildungscurriculums wurde nach dem Evaluationsframework von Kirkpatrick et al. (2006) evaluiert. Wie von Kirkpatrick et al. (2006) gefordert, sind alle drei Ebenen, welche zur Verhaltensänderung führen, zu evaluieren. Um im zugrunde gelegten Evaluationsframework von Kirkpatrick et al. (2006) die dritte Ebene ‚Verhalten‘ zum einen als theoretischen Prozess darzustellen, wurde das Evaluationsframework um das Modell von Kruglanski et al. (2015) erweitert, welches die empirisch-psychologische Evidenz für die prozesshafte Veränderung von der Einstellung zum Verhalten liefert. Zum anderen wird der Lernerfolg als Modifikation von Verhaltenspräferenzen durch das Curriculum aufgefasst, wodurch eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Prozesse der Verhaltensgenese unabdingbar wird.

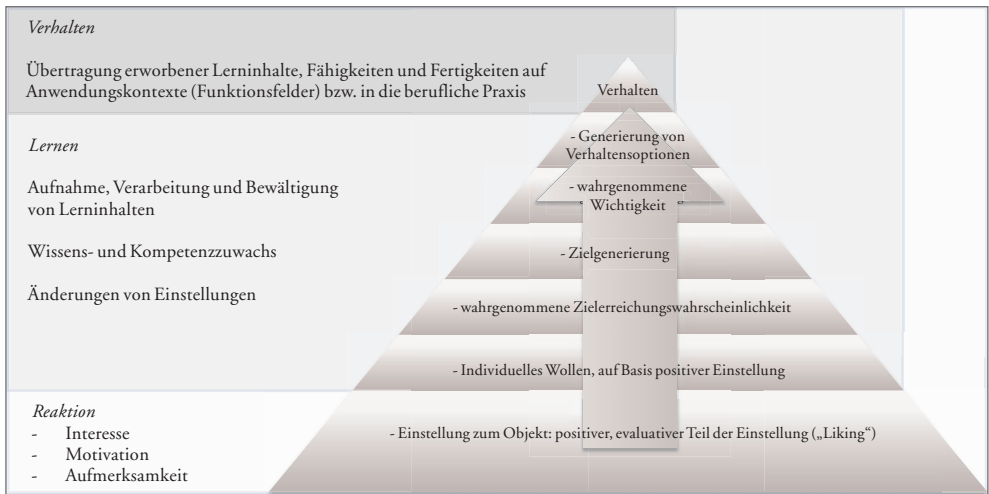


Abb. 1: Modellsynthese zum theoretischen Rahmen zum Prozess von der Einstellung zum Hygiene-bezogenen Verhalten, eigene Darstellung in Anlehnung an Kirkpatrick et al. 2006; Kruglanski et al. 2015

Eine Veranschaulichung der Synthese der Modelle von Kirkpatrick et al. (2006) und Kruglanski et al. (2015) bietet Abbildung 1.

## 2. Methode

### 2.1 Evaluationsdesign und Setting

Um dem Anspruch nach effektiven Angeboten für die Qualifizierung von hygienebeauftragten Pflegenden (KRINKO 2009) Rechnung zu tragen, wurde im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie während des letzten Moduls des Curriculums der Effekt der Weiterbildung auf die verhaltenssteuernden Ebenen Kognitionen (z. B. Einstellungen) und Emotionen (z. B. Sicherheit) neben dem inhaltlichen und methodisch-didaktischen Wissenszuwachs der Teilnehmenden evaluiert.

Für das vorliegende Evaluationsvorhaben wurde die summative Evaluationsstrategie in Abgrenzung zur formativen Evaluation (Scriven 1967; 1991) favorisiert. Gemäß des summativen Evaluationsdesigns wurden die Wirksamkeit und der Erfolg des Weiterbildungscurriculums nach Abschluss der Durchführungsphase erhoben und beurteilt. Die Ergebnisse werden zur Beurteilung der Eignung, Optimierung und Weiterentwicklung der Maßnahme herangezogen. Damit obliegt der vorliegenden summativen Evaluation eine Kontroll- und Optimierungsfunktion (Gollwitzer et al. 2009).

Die qualitative Evaluation erfolgte in Form von standardisierten, teilstrukturierten (leifadenbasierten) Fokusgruppeninterviews. Für die qualitative Evaluation wurde die Fokusgruppenmethode favorisiert, um neben der ermittelnden Funktion auch durch Anregung von Diskussionen zwischen Teilnehmenden den vermittelnden Charakter zu nutzen (Morgan 1997; Lamnek 2005b). Gruppendiskussionsverfahren werden im

Bereich der Evaluationsforschung erfolgreich eingesetzt (Bohnsack et al. 2010 zitiert nach Przyborski et al. 2010). Die Durchführung der Fokusgruppeninterviews erfolgte problemzentriert anhand eines Interviewleitfadens durch eine externe Expertin, welche nicht in die Weiterbildung involviert war. Inhaltlich zielten die Fokusgruppeninterviews auf die Erfassung der Evaluationsebenen in Anlehnung an Kirkpatrick et al. (2006). Entsprechend wurden die Reaktion der Teilnehmenden auf die Weiterbildung (Ebene 1: ‚Reaktion‘), der Lernerfolg (Ebene 2: ‚Lernen‘) sowie die Modifikation von Verhaltenspräferenzen (Ebene 3: Verhalten) (Abbildung 1) erhoben.

Alle Teilnehmenden der Pilotstudie wurden an drei verschiedenen Standorten im Bundesgebiet zu den Fokusgruppeninterviews während des vierten, letzten Modultages des Weiterbildungscurriculums persönlich eingeladen und über Vorgehen, Vertraulichkeit und Ziele informiert. Die Teilnahme an den Fokusgruppeninterviews war freiwillig, unter Ausschluss aller beteiligten Dozenten. Eine Moderatorin mit Expertise in der Methode Fokusgruppeninterviews führte diese in einem Raum durch, welcher vor Störungen geschützt war, um höchstmögliche Konzentration und eine vertrauensvolle Atmosphäre gewährleisten zu können. Die Fokusgruppeninterviews erfolgten unter Nutzung eines Interviewleitfadens und umfassten jeweils im Mittel dreißig Minuten. Die Fokusgruppeninterviews wurden auf einen digitalen Audioträger mit Einverständnis der Teilnehmenden aufgezeichnet. Ein positives Ethikvotum zur Durchführung der vorliegenden Studie liegt vor.

## 2.2 Stichprobe

Die Fokusgruppeninterviews wurden mit insgesamt 37 Teilnehmenden des Weiterbildungscurriculums durchgeführt. Bei allen Teilnehmenden handelt es sich um Hygienefachkräfte aus unterschiedlichen Krankenhäusern aus dem gesamten Bundesgebiet. 92% der Teilnehmenden waren weiblich. Um die Wahrung der Anonymität der Teilnehmenden sicherzustellen, wurde im Rahmen dieser Pilotevaluationsstudie auf die Erfassung weiterer demografischer Daten verzichtet.

## 2.3 Auswertung der Fokusgruppeninterviews

Die digitalen Interviewdaten wurden vollständig transkribiert. Das schriftliche Datenmaterial mit den Aussagen der Teilnehmenden wurde den Interviewfragen zugeordnet. Anschließend wurden die Daten durch einen unabhängigen Experten einer qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2003) unterzogen. Mit der Inhaltsanalyse wurde auf die Reduktion der Daten auf wesentliche Aspekte des Inhalts der Fokusgruppeninterviews abgezielt. Hierzu wurde in den Schritten thematische Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung verfahren. Die Daten wurden gemäß Evaluationsframework analysiert. In Tabelle 1 sind die oben näher beschriebenen Evaluationsebenen von Kirkpatrick et al. (2006) inhaltlich skizziert. Auf Basis dieser Evaluationsebenen wurden die inhaltlichen Kategorien nach Mayring (2003) zur Interpretation der Interviewdaten hergeleitet. Für die Bearbeitung der vorliegenden Fragestel-

lung nach der Reaktion auf das Weiterbildungscurriculum, dem Lernverhalten sowie der Modifikation von Verhaltenspräferenzen bzw. der Verhaltensveränderung durch die Teilnahme an dem Weiterbildungscurriculum wurden aus dem gesamten Datenmaterial aus allen Fokusgruppeninterviews Aussagen selektiert. Die theoriebasierten Kategorien wurden anhand der Ebenen sowie deren Inhalte und Indikatoren (vgl. Tabelle 1) definiert. Die Aussagen aus den Fokusgruppeninterviews wurden den theoriebasierten Kategorien zugeordnet (vgl. Tabelle 2).

Evaluationsebene	Inhalte	Indikatoren
(1) Reaktion	Reaktion auf die Weiterbildung bzw. auf ihre Inhalte sowie subjektives Erleben der Teilnehmenden (Solga 2011a)	- Interesse, Motivation und Aufmerksamkeit für die Maßnahme (Kirkpatrick et al. 2006) - Zufriedenheit z. B. bzgl. Trainer, Inhalte, Didaktik (Kauffeld 2010)
(2) Lernen	Generierung von Wissen und Erfahrung	- Aufnahme, Verarbeitung und Bewältigung von Lerninhalten und –prinzipien (Weissweiler 2008) - Wissens- und Kompetenzzuwachs (Kirkpatrick et al. 2006) - Änderungen von Einstellungen (Kirkpatrick et al. 2006)
(3) Verhalten	Lerntransfer/ Ziel-/Verhaltensgenerierung	- Übertragung erworbener Lerninhalte, Fähigkeiten und Fertigkeiten in die berufliche Praxis (Solga 2011a)

Tab. 1: Beschreibung der Evaluationsebenen von Kirkpatrick et al. (2006)

### 3. Ergebnisse

Auf der Ebene (1) Reaktion äußerten die Teilnehmenden ihre Zufriedenheit mit sowie ihr inhaltliches Interesse an dem Weiterbildungscurriculum. Alle Teilnehmenden berichteten, dass sie mit dem Weiterbildungscurriculum insgesamt, mit den pädagogisch-didaktischen sowie den psychologischen Inhalten sehr zufrieden waren. Vor allem die Berücksichtigung der Interessen und Fragestellungen der Teilnehmenden sowie die Reflexion eigener beruflicher Erfahrungen wurden als sehr positiv hervorgehoben. Die Probanden gaben an, dass sie die Teilnahme an diesem Weiterbildungscurriculum allen Kolleg/-innen uneingeschränkt weiterempfehlen würden. Einige Teilnehmenden äußerten, dass ihre Erwartungen an die Weiterbildung weit übertroffen wurden. Die Teilnehmenden betonten die didaktische, fachliche und soziale Kompetenz der Dozenten und konnten im Rahmen des Train-the-Trainer-Ansatzes der Weiterbildung vorbildliche Handlungs- und Reaktionsmöglichkeiten in der Interaktion mit Teilnehmenden erfahren.

Im Hinblick auf die Ebene (2) Lernen kann auf Basis der Aussagen der Teilnehmenden der Fokusgruppeninterviews auf einen Erfahrungs- und Wissenszuwachs in Bezug auf Anteile der curricularen, pädagogisch-didaktischen und psychologischen Inhalte geschlossen werden. Insbesondere wurde durch die Fokussierung auf praktische Anwendungsbeispiele und Übungen die Erfahrung des eigenen Handlungsspektrums im Kontext der Schulung von hygienebeauftragten Pflegenden hervorgehoben. Die Pro-



banden berichteten, dass ihnen in ihrer Rolle als Teilnehmende ein wichtiger Perspektivenwechsel und damit die Reflexion ihrer eigenen Wirkung auf die von ihnen zu schulenden hygienebeauftragten Pflegenden gelang. Kontrovers wurde der Umfang der psychologischen Inhalte wie Aufmerksamkeitssteuerung diskutiert.

Schließlich konnte in Bezug auf die Evaluationsebene (3) Verhalten eine Präferenz zur Anwendung der Lerninhalte und -erfahrungen in der Schulungspraxis sowie in einigen Fällen sogar der aktive Transfer des Gelernten in den eigenen Praxisalltag identifiziert werden. Hierbei handelt es sich vor allem um die Anwendung erlernter praktischer Übungen, Gestaltung der Schulungspräsentation und -unterlagen. Die Teilnehmenden berichteten, dass sie erlernte Methoden auch im Kontext anderer Schulungsmaßnahmen anwenden konnten.

Darüber hinaus äußerten die Befragten, dass sie durch die generierten Erfahrungen soziale Interaktionen „anders“ gestalten konnten und sie insgesamt „anders an die Sache herangingen“. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews abgebildet und beispielhaft durch Ankerbeispiele belegt.

#### 4. Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Pilotstudie wurde erstmalig für den deutsch-sprachigen Bereich ein modulares Weiterbildungscurriculum für Hygienefachkräfte zur Qualifikation von hygienebeauftragten Pflegenden evaluiert. Die Hygiene-bezogenen inhaltlichen, pädagogisch-didaktischen sowie psychologischen Schwerpunkte dieses Weiterbildungscurriculums konnten auf der Basis von Fokusgruppeninterviews mit den Teilnehmenden der Pilotstudie positive Veränderungen hinsichtlich der drei evaluierten Ebenen Reaktion, Lernen und Verhalten unmittelbar nach Abschluss der Weiterbildung zeigen. Die hohen praktischen und reflexiven Anteile des Weiterbildungscurriculums können zu einer Umsetzung der durch die KRINKO (2009) geforderten Hygienemaßnahmen einen Beitrag leisten.

Die Teilnehmenden berichteten von einem hohen Grad der Zufriedenheit mit der Weiterbildung und der Möglichkeit selbst „kreativ werden zu können“. Die positive Einstellung der Hygienefachkräfte zu dieser Weiterbildung, welche die Grundlage zu einer Verhaltensänderung darstellt, kann gleichzeitig positiv als Moderator für lösungsorientiertes Denken wirken (Nadler et al. 2010; Maddox et al. 2006). Bei einer positiven Einstellung im Kontext von ‚Zufriedenheit‘ erhöht sich die kognitive Flexibilität eines Menschen (Nadler et al. 2010). Dabei kann kognitive Flexibilität als Erhöhung der individuellen Fähigkeit oder Bereitschaft verstanden werden, andere als die üblichen Strategien zur Zielerreichung einzusetzen (Maddox et al. 2006). Im Kontext der steigenden Arbeitsverdichtung (Kuhnert et al. 2010; Marrs 2007; Isfort 2007, 2010; Zander 2013) kann die Teilnehmerzufriedenheit bei Weiterbildungscurricula somit als potentielle Ressource zur Optimierung von Hygieneverhalten betrachtet (Nadler et al. 2010; Maddox et al. 2006) und eine positive ‚Reaktion‘ initiiert werden.

<i>Evaluations- ebene</i>	<i>Theoriebasierte Kategorie</i>	<i>Ergebnisse</i>	<i>Ankerbeispiele</i>
(1) Reaktion	Zufriedenheit	Bekundung hoher Zufriedenheit mit: dem gesamten Curriculum den Referenten (fachliche und soziale Kompetenzen) den Weiterbildungsinhalten der didaktisch-methodischen Umsetzung der Inhalte der Reflexion eigener Erfahrungen	„Meine Erwartungen wurden übertroffen.“ „Für mich war die Fortbildung hervorragend...“ „Die Dozenten waren kompetent.“
	Interesse	Einbringen eigener Interessen, Fragestellungen und ihre Reflexion	„Wir konnten unsere eigenen Beispiele bringen, die uns interessieren.“
2) Lernen	Generierung von Wissens- und Erfahrung	Erlernen neuer Inhalte und pädagogisch-didaktischer Methoden für die Umsetzung von Inhalten Selbsterfahrung mit den anzuwendenden Methoden und den zu vermittelnden Inhalten Reflexion und Neubewertung eigener Erlebnisse und Verhaltensweisen aus dem beruflichen Alltag Subjektives Erleben/ Erfahrung der Bedeutung der curricularen Inhalte sowie die didaktisch-methodische Umsetzung für die Anwendung im eigenen Arbeitskontext Besprechung und Aufarbeitung von Beispielen, Erlebnissen aus eigenem Berufsalltag mit professionellem Feedback zur Erfahrungsverwertung Erfahrungsaustausch mit Teilnehmenden mit Nutzen für den eigenen Arbeitsalltag durch Reflexion der Erfahrungen sowie „Abgucken“ der medialen Gestaltung anderer Erweiterung des inhaltlichen Horizonts	„Man hat neue pädagogisch-didaktische Handwerkzeuge kennengelernt ...“ „Man hat etwas verändert, weil man sich Wissen angeeignet hat. Man geht an die Sache ganz anderes heran ...“ „Ich habe vor allem von den praktischen Teilen in den Schulungen profitiert, die man geübt hat oder bei anderen gesehen hat.“ „... ich habe eine Menge für mich mitgenommen.“ „Methoden, Tools, die man selbst im Kurs als Teilnehmer erfahren hat, man kann einschätzen wie es ist, wenn man auf der anderen Seite steht und beide Seiten kennengelernt hat.“ „Dadurch, dass man sich Wissen angeeignet hat, hat man eine andere Herangehensweise.“
	Einstellungs- änderung	Erkenntnisgewinn, dass individuelle, eigene Kreativität in der Gestaltung von Schulungen gewünscht ist Veränderung der Einstellung in Bezug auf Hygieneverhalten in der Praxis	„... Ich gehe mit einer anderen Einstellung in die Schulungen rein.“ „Was sich bei mir geändert hat, ist meine persönliche Einstellung zu den hygienebeauftragten Pflegenden ... ich gehe mit einer anderen Einstellung dran...“ „... neue Sichtweisen, Denkanstöße, um Fortbildungen, Schulungen besser gestalten zu können.“

Auf der Ebene (2) ‚Lernen‘ konnte der Wissens- und Kompetenzzuwachs, sowie eine positive Einstellungsänderung im Rahmen der Fokusgruppeninterviews identifiziert werden (Kirkpatrick et al. 2006). Einheitlich berichteten die Teilnehmenden von der Aneignung neuer pädagogischer Methoden, sowie deren didaktischer Umsetzung im eigenen Arbeitskontext. Die Selbsterfahrung mit neuen pädagogisch-didaktischen Methoden für die Vermittlung von Hygiene-bezogenen Inhalten im Rahmen von Qualifikationen wurde für die Teilnehmenden als elementar in Bezug auf die erfolgreiche Vermittlung von Lerninhalten in ihrer eigenen Praxis wahrgenommen. Die potentielle Wirksamkeit des ‚Train-the-Trainer‘-Ansatzes konnte so aufgrund der vorliegenden Evaluation beschrieben werden. Weiterhin wurde der kollegiale Erfahrungsaustausch im Hinblick auf die Praxisimplementierung eigener Qualifikationsmaßnahmen besonders hervorgehoben. Darüber hinaus wurde der kollegiale Erfahrungsaustausch als

<i>Evaluations- ebene</i>	<i>Theoriebasierte Kategorie</i>	<i>Ergebnisse</i>	<i>Ankerbeispiele</i>
(3) Verhalten	Verhaltenspräferenz/ -veränderung	Erprobung und Anwendung neuer methodisch-didaktischer Tools (z. B. praktische Übungen, freie Vorträge) in der eigenen Praxis Positive Rückmeldung zu eingesetzten neuen Methoden und Übungen in Qualifizierungsmaßnahmen für hygienebeauftragte Pflegenden Höhere Zufriedenheit der hygienebeauftragten Pflegenden mit der neuen Gestaltung der Qualifizierungsmaßnahmen Veränderung der Qualität sozialer Interaktionen: häufigerer, intensiverer und engerer Kontakt mit Teilnehmenden (hygienebeauftragte Pflegenden) außerhalb der Qualifizierungsmaßnahmen Entwicklung und Etablierung von regelmäßigen Newslettern zu Hygienethemen Sensibilisierung und höhere Aufmerksamkeit für Problemstellungen im Berufsalltag; differenzierte Wahrnehmung des Arbeitsumfelds im Hinblick auf hygienebezogene Gegebenheiten und Verhaltensweisen anderer Transfer und Anwendung des Gelernten zur Gestaltung und methodisch-didaktischen Durchführung von Qualifizierungsmaßnahmen auch für andere Trainings	„Ich habe durchweg positive Rückmeldungen zu den Schulungen erhalten, es wurden Aktivitäten, praktische Übungen durchgeführt, diskutiert, die Themen im Hinblick auf die Praxis reflektiert, Film angeschaut und diesen hinsichtlich Fehler erörtert.“ „... einfache didaktisch-methodische Mittel wie der „Pappkarton“ sind gut angekommen.“ „... Ich habe gelernte Methoden wie z. B. die Jigsaw Methode umgesetzt.“ „In den Schulungen habe ich die Rollenspiele gemacht, die wir kennengelernt hatten.“ „Die Powerpoint-Präsentation habe ich anders gestaltet und auch die Zusammenfassung ist jetzt anders.“ „Der Kontakt mit den hygienebeauftragten Pflegenden ist enger geworden, wir haben häufigere Kommunikation, es werden Fragen gestellt ... sie kommen aktiv auf uns zu ... Das war früher nicht der Fall...“ „Der Newsletter ist hervorragend angekommen.“ „... die erworbenen Denkanstöße, was ich mitbekommen habe, konnte in anderen Fortbildungen ... anwenden, nicht gezielt bei Hygienebeauftragten, sondern... z. B. mit medizinischem Personal“

Tab. 2: Ergebnisse der Fokusgruppeninterviews

Wissens- und Methodenressource betrachtet. Durch professionelles Feedback durch die Dozenten wurden individuelle Erfahrungen im Kontext der eigenen Berufspraxis im Kontext von Qualifikationsmaßnahmen besprochen und aufgearbeitet, wodurch eine Reflektion des eigenen Verhaltens auf der Metaebene erfolgen konnte. Zusätzlich konnte durch die beschriebene Einstellungsänderung ein Perspektivwechsel der Teilnehmenden moderiert werden, welcher ein Bewusstsein dafür schaffen konnte, eigenverantwortlich in der eigenen Gestaltung von Qualifikationsmaßnahmen kreativ werden zu dürfen.

Auf der Ebene (3) ‚Verhalten‘ konnte der Lerntransfer aufgezeigt werden. Hierbei ist festzuhalten, dass nicht alle Elemente aus den Curriculumsinhalten direkt umgesetzt wurden, sondern Teilaspekte selektiert in die Berufspraxis der Teilnehmenden transferiert werden konnten. Diese transferierten Teilaspekte betrafen, neben der Anwendung konkreter pädagogisch-didaktischer Methoden, auch Veränderungen in den sozialen Interaktionen. Darüber hinaus gelang den Teilnehmenden der Transfer der Curriculumsinhalte in andere Kontexte der Praxis außerhalb des Hygienekontextes. Gerade die berichtete Verhaltensänderung der Teilnehmenden hin zu mehr sozialer Interaktion

mit den zu qualifizierenden hygienebeauftragten Pflegenden kann als wichtige Ressource betrachtet werden, um der hohen Arbeitsunzufriedenheit (Aiken et al 2012) und der damit einhergehenden Jobflucht (Camerino et al. 2006; Estryn-Behar et al. 2007; Flinkman et al. 2008; Li 2011) im Pflegebereich proaktiv begegnen zu können.

Vor dem Hintergrund soziodemographischer Entwicklungen und den Arbeitsverdichtungen im Bereich der stationären Pflege (Kuhnert et al. 2010; Marrs 2007; Isfort 2007, 2010; Zander 2013) sind qualifizierte Pflegefachkräfte, insbesondere im Bereich der Hygiene, für das Patientenoutcome und die Patientensicherheit unerlässlich (Aiken et al. 2014). Damit gewinnt die Weiterbildung und Qualifikation des Pflegepersonals an zentraler Bedeutung und muss als wichtige Ressource verstanden und verortet werden (Aiken et al. 2014). Vor diesem Hintergrund muss ein Ergebnis dieser Untersuchung zentral beleuchtet werden: Es herrschte ein Konsens der Teilnehmenden der vorliegenden Fokusgruppeninterviews darüber, dass ein struktureller Rahmen (z. B. zeitliche und personelle Ressourcen) geschaffen werden muss, damit die Qualifizierung der hygienebeauftragten Pflegenden in der Praxis erfolgreich praktiziert werden kann. In einem ersten vorsichtigen Schluss im Kontext der vorliegenden Pilotdaten lässt sich eine hohe Bereitschaft seitens der Pflegenden im Hygienebereich zur ‚Verhaltensänderung‘ im Bereich der Krankenhaushygiene erkennen. Demnach würde das ‚System‘, in Form eines Strukturgebers, bei Schaffung geeigneter und besserer struktureller Rahmenbedingungen Potential freischalten und über die Schaffung besserer Rahmenbedingungen nachhaltig ein besseres Patientenoutcome ermöglichen können.

Diese Pilotstudie hat Limitationen. (1) Im Zuge der Pilotierung und der kleinen Stichprobe wurde auf eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe verzichtet, um eine maximale Anonymität der Teilnehmenden gewährleisten zu können. In Folgeuntersuchungen bei größeren Stichproben sollten zusätzlich Instrumente neben dem Fokusgruppeninterview eingesetzt werden, um eine detailliertere Beschreibung der Stichprobe zu ermöglichen. (2) Die Teilnahme an den Fokusgruppeninterviews war freiwillig, unter Ausschluss aller beteiligten Dozenten und Gewährleistung der Anonymität der Beteiligten. Mit dieser Vorgehensweise sollte einem potentiellen Standortbias sowie einem sozialen Bias durch die Anwesenheit des Dozenten proaktiv begegnet werden. (3) Die Weiterbildungen im Zuge der Pilotierung des modular-aufgebauten Curriculums wurden an drei Standorten im gesamten Bundesgebiet immer von den gleichen Dozenten durchgeführt. Um höchstmögliche Neutralität und Unbefangenheit auf der Seite der Teilnehmenden und des Interviewers sicherstellen zu können, wurde das Verfahren zur Evaluation des Weiterbildungscurriculums mit einem externen Evaluator angestrebt und sichergestellt. Dennoch können Antworttendenzen sozialer Wünschbarkeit nicht komplett ausgeschlossen werden. (4) Die Evaluation hinsichtlich der drei evaluierten Ebenen Reaktion, Lernen und Verhalten im Rahmen dieser Pilotstudie wurde während des letzten, vierten Modultages des Weiterbildungscurriculums durchgeführt. Eine längere Zeitspanne zwischen dem letzten Modultag und den Fokusgruppeninterviews als Evaluationsmethode hätte potentiell die Ergebnisse hinsichtlich des Transfers und der Nutzung der Inhalte des Curriculums in der eigenen Berufspraxis beeinflussen können. Diese Option war im Rahmen dieses geförderten Pro-

jektes und der begrenzten Projektlaufzeit nicht möglich. Künftige Forschung zur Evaluation von Weiterbildungscurricula sollte die Zeitspanne zwischen Weiterbildungsabschluss und Evaluation berücksichtigen. (5) Im Zuge einer Evaluation einer Weiterbildung sollten in nachfolgenden Studien neben Methoden zur Erfassung der Modifikation von Verhaltenspräferenzen zusätzlich Instrumente zur Messung von tatsächlichem Wissenszuwachs z. B. in einem Prä-Post-Design eingesetzt werden. (6) Schließlich muss im Kontext der durchgeführten Untersuchung ein potentieller Hawthorne-Effekt diskutiert werden. Dieser beschreibt eine potentielle Beeinflussung des Verhaltens des Versuchsteilnehmers, unabhängig von der eigentlichen Intervention, durch die bloße Anwesenheit des Experimentators (McCambridge et al. 2014). Die Teilnehmenden der vorgestellten Pilotierung waren freiwillige und hochqualifizierte Fachkräfte. Ihre initiale intrinsische Motivation zur Verbesserung ihrer Schulungspraxis (Modifikation von Verhaltenspräferenzen) kann somit als tendenziell hoch eingeschätzt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein hohes Interesse an den Inhalten der Weiterbildung bestand, welches auch die Ergebnisse belegen (vgl. Tabelle 2).

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse dieser Pilotstudie zur Evaluation eines ersten bundesweit angebotenen Weiterbildungscurriculums für Hygienefachkräfte zur Qualifikation von hygienebeauftragten Pflegenden, dass mittels modularer curricularer Strukturen und unter ausgewogener Vermittlung Hygiene-bezogener Inhalte, pädagogisch-didaktischer und psychologischer Schwerpunkte eine verbesserte Schulung und Sensibilisierung von hygienebeauftragten Pflegenden in der Berufspraxis durch Hygienefachkräfte initiiert werden kann. Hygienefachkräfte haben Potential als positiver ‚Link‘ insbesondere die Berufsgruppe der hygienebeauftragten Pflegenden nachhaltig zu qualifizieren und zu einer verbesserten Arbeitszufriedenheit und Kommunikation in Bezug auf Hygiene-bezogene Themen im stationären Alltag zu agieren.

## Literatur

- Aiken, L. H./W. Sermeus et al. (2012): „Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States.“ *BMJ* 344: e1717
- Aiken, L./Clarke, S. P./Sloane, D. M./Lake, E.T./Cheney, T. (2008): Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcome. *JONA*, 38(5), 223-229
- Aiken, L./Sloane, D. M./Cimiotti, J. P./Clarke, S.P./Flynn, L./Seago, J.A./Spetz, J./Smith, H.L. (2010): Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), 904-921
- Aiken, L.H./Sloane, D.M./Bruyneel, L./Van den Heede, K./Griffiths, P./Busse, R./Diomidous, M./Kinunen, J./Kózká, M./Lesaffre, E./McHugh, M.D./Moreno-Casbas, M.T. Rafferty, A.M./Schwendimann, R./Scott, P.A./Tishelman, C./van Achterberg, T./Sermeus, W. (2014): for the RN4CAST consortium, Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study, *The Lancet*, 383 (9931), 1824-1830
- Akca, S./Kugler, C. (2014): Review zu Prädiktoren für Innovationsfähigkeit in der Akutpflege. In M. Kastner, M. Falkenstein, B. Hinding (Hrsg.): *Leistung, Gesundheit und Innovativität im demografischen Wandel*. S. 44 - 53. Pabst Science Publisher. Lengerich
- Akca, S./Kugler, C. (2015): Der Zusammenhang altersdiverser Zusammenarbeit und Indikatoren der Beschäftigungsfähigkeit in der Akutpflege. In B. Hinding, C. Kricheldorf, C. Kugler & M. Kastner

- (Hrsg.): Innovations- und Demografiemanagement in Gesundheits- und Sozialberufen. S. 229-261. LIT Verlag, Berlin
- Bauer, U. (2006): Die sozialen Kosten der Ökonomisierung. [http://www.bpb.de/apuz/29905/die-sozialen-kosten-der-oekonomisierung-von-gesundheit?p=all#footnodeid\\_5-5](http://www.bpb.de/apuz/29905/die-sozialen-kosten-der-oekonomisierung-von-gesundheit?p=all#footnodeid_5-5)
- Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. (2011): Krankenhaus Barometer. [www.dkgev.de/media/file/10655Krankenhaus\\_Barometer\\_2011.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/10655Krankenhaus_Barometer_2011.pdf). [Stand: 2015-12-10]
- Breyer, F./Kliemt, H./Thiele T. (Hrsg.), Rationing in Medicine. Ethical, Legal, and Practical Aspects. Berlin, 2002
- Camerino, D./Conway, PM./van der Heijden, BI./et al. (2006): Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries. *J Advanc Nurs*, 56(5), 542-552
- Damrath, C. (2006): Studienzufriedenheit – Modelle und empirische Befunde U., Schmidt (Hrsg.): Übergänge im Bildungssystem. Motivation – Entscheidung – Zufriedenheit. Hochschulforschung Band 3. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden
- DBfK (2015): Position des DBfK zur Sicherung der Hygienestandards in Krankenhäusern. <http://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Positionspapier-Hygienestandards-2015-09-11.pdf>. [Stand: 2015-12-09]
- Dennis, A./Ostwald, DA./Ehrhard, T./Bruntsch, F./Schmidt, H./Fried, C. (2010): Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030. PricewaterhouseCoopers AG (Hrsg.): Forschungsbericht WIFOR. Deutschland
- Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) (2009): Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen. *Bundesgesundheitsblatt*, 52, 951-962
- Estryn-Behar M./van der Heijden BI./Orginska H./et al. (2007): The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care* 45(10), 939-50
- Flinkman M./Laine M./Leino- Kilpi H./Hasselhorn HM./Salanterä S. (2008): Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *Int J Nurs Studies*, 45, 727-39
- François-Kettner, H. (2015): Infektion - Prävention - Initiative (IPI): Stellungnahme & Positionspapier. <[http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Stellungnahmen\\_und\\_Pressemitteilungen/IPI\\_Pflegepersonalausstattung.pdf](http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Stellungnahmen_und_Pressemitteilungen/IPI_Pflegepersonalausstattung.pdf)> [Stand: 2016-04-06]
- Goldmann, M./Köhler, K. (2010): Soziale Innovation in der Pflege - Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche; In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (Hrsg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: VS Verlag
- Gollwitzer, M./Jäger, RS. (2009): Evaluation kompakt. Weinheim: Beltz
- Häfner, H./Lemmen, S./Scheithauer, S. (2015) In Nosokomiale Infektionen – Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Prävention. In Marx, G. ;Muhl, E. ;Zacharowski, K. ;Zeuzem, S.; Die Intensivmedizin 949-970. Springer Berlin Heidelberg
- Hasselhorn, H.-M./Müller, B.-H./Tackenberg, P./Kümmeling, A./Simon, M. (2005): Wunsch nach Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland. In: Hasselhorn, H.-M.; Müller, B.H.; Tackenberg, P.; Kümmeling, A.; Simon, M. (Hrsg.): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Bremerhaven: 135–146.
- Hennes, H.-J. (2011): Fachkräftemangel in der Pflege. <[http://www.kfh-mainz.de/service/pdf/Fachkraeftemangel\\_Pflege\\_04.11.2011.pdf](http://www.kfh-mainz.de/service/pdf/Fachkraeftemangel_Pflege_04.11.2011.pdf)> [Stand: 2015-11-12]
- IOM (2003): Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. <<http://books.nap.edu/catalog/10851>> (pp. 1-22) [Stand: 2015-12-16]
- IOM (2006): Performance measurement: Accelerating improvement. Washington, DC: National Academies Press
- Isfort, M./Weidner, F. (2007): Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln.

- Isfort, M./Weidner, F. (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegenden zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip), Köln
- Kauffeld, S. (2010): Nachhaltige Weiterbildung. Betriebliche Seminare und Trainings entwickeln, Erfolge messen, Transfer sichern. Springer, Berlin
- Kirkpatrick DL./Kirkpatrick JD. (2006): Evaluating Training Programs: The Four Levels (3rd Edition): Berrett-Koehler Publishers, Inc.: San Francisco
- Kruglanski, AW./Jasko K./Chernikova, M./Milyavsky, M./Babush, M./Baldner, C./Pierro, A. (2015): The Rocky Road From Attitudes to Behaviors: Charting the Goal Systematic Course of Actions. *Psychological Review* 122(4), 598 – 620
- Kuhnert, P./Akca S./Kastner M. (2010): Gesund pflegen unter Zeitnot und fehlender Anerkennung? Wertschätzungsaspekte des Gesundheitsmanagements in der Krankenpflege. S. 151-185. In M. Kastner (Hrsg), Leistungs- und Gesundheitsmanagement. Lengerich: Pabst Verlag
- Lamnek, S. (2005b): Gruppendiskussion. Theorie und Praxis. 2. überarbeitete Auflage. Weinheim.
- Leubecher, M. (2013): Deutschland sucht die Welt nach Pflegenden ab  
<<http://www.welt.de/politik/deutschland/article123381446/Deutschland-sucht-die-Welt-nach-Pflegekraefte-ab.html>> [Stand: 2015-02-12]
- Li J./Galatsch M./Siegrist J./Müller BH./Hasselhorn HM. (2011): Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession – prospective results from the European longitudinal NEXT study. *Int J Nurs Studies* 48(5), 628-35
- Maddox, WT./Baldwin, G./Markman, A. (2006): A test of the regulatory fit hypothesis in perceptual classification learning. *Memory & Cognition*, 34, 1377–1397
- Marrs, K. (2007): Ökonomisierung gelungen? Pflegekräfte wohlauf? In: WSI-Mitteilungen, Heft 9, 60. Jg., 502-507
- Mayring, P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag. Weinheim und Basel
- McCambridge, J./Witton, J./Elbourne, D.R. (2014): Systematic review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects. *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (3), 267-277
- Moosbrugger, H. & Schweizer, K. (2002): Evaluationsforschung in der Psychologie. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 19-37
- Morgan, G. (1997): Bilder der Organisation. Stuttgart
- Nadler, RT./Rabi, R./Minda, JP. (2010): Better Mood and Better Performance: Learning Rule-Described Categories Is Enhanced by Positive Mood. *Psychological Science*, 21, 1770-1776.  
doi:10.1177/0956797610387441
- Nock, L./Hielscher, V./Kirchen-Peters, S. (2013): Dienstleistungsarbeit unter Druck: Der Fall Krankenhauspflege. Ergebnisse einer Befragung von Pflegepersonal im Krankenhaus und vergleichende Analyse zu Befunden aus Altenpflege und Jugendhilfe. Hans Boeckler Stiftung. Arbeitspapier Nr. 296
- Peter D./Meng M./Hansen S./Braun G./Galante R./Krüger C./Kugler C./Mattner F. (2014): Train the Trainer: advanced training for infection control nurses in educational methods to facilitate specific in-house education of infection control link nurses - preliminary results from the HYGPFLEG-Project. *HygMed*, 39(11), 438-444
- Peter D./Meng M./Kugler C./Mattner F. (2015): Erster HygPfleger-Erfahrungsaustausch: Auswahl von Hygienebeauftragten Pflegenden von entscheidender Bedeutung. *HygMed*; 40(10), 415 - 417
- Prognos (2012): Krankenhauslandschaft 2020 – im Verbund stärker! Studie zu den zukünftigen Herausforderungen für kirchliche Krankenhäuser in Deutschland. Im Auftrag des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. (DEKV) und des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands e.V. (KKVD)
- Przyborski, A./Riegler, J. (2010): Gruppendiskussion und Fokusgruppe. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie 436 – 448. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

- Rothgang, H. (2013): Themenreport „Pflege 2030“. Was ist zu erwarten – was ist zu tun?  
<[http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-BC6B6D038764988C/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_36923\\_39057\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-BC6B6D038764988C/bst/xcms_bst_dms_36923_39057_2.pdf)> [Stand: 2015-11-08]
- Schubert, M. (2005): Effects of Rationing Nursing Care in Switzerland of patients and Nurses Outcomes. Basel
- Schwab, F./Meyer, E./Geffers, C./Gastmeier, P. (2012) Understaffing, overcrowding, inappropriate nurse-ventilated patient ratio and nosocomial infections: which parameter is the best reflection of deficits? *J Hosp Infect*, 80, 133-9
- Scriven, M. (1967): The methodology of evaluation. In R. W. Tyler, R. M. Gagne & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of curriculum evaluation* (pp. 39-83): Chicago: Rand McNally
- Scriven, M. (1991): *Evaluation thesaurus* (4th ed.): Thousand Oaks, CA: Sage
- Solga, M. (2011): Evaluation der Personalentwicklung. In J. Ryschka, M. Solga & A. Mattenklott (Hrsg.), *Praxishandbuch Personalentwicklung, Instrumente, Konzepte, Beispiele* (3., vollst. überarb. und erw. Aufl.; S. 360-400): Wiesbaden: Gabler
- Stock, R. (2003): *Der Zusammenhang zwischen Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit: Direkte, indirekte und moderierende Effekte*. Deutscher Universitäts-Verlag: Wiesbaden
- Tackenberg, P./Knüppel, J./Wagner, F. (2009): *Wie sieht es im Pflegealltag wirklich aus? - Fakten zum Pflegekollaps. Ausgewählte Ergebnisse der DBfK-Meinungsumfrage 2008/09*  
<[http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus\\_2009.pdf](http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Wie-sieht-es-im-Pflegealltag-wirklich-aus_2009.pdf)> [Stand: 2015-12-16]
- Weisweiler, S. (2008): *Der Einfluss von Individuum, Trainingsmaßnahme und Umfeld – eine Untersuchung zum Transferprozess in der Weiterbildung*. Inaugural-Dissertation, Universität Regensburg
- Westermann-Binnenwies, A. (2004): *Zeit und Macht im Krankenhaus. Eine organisationspsychologische Studie in Krankenhäusern der Basic- und Regelversorgung*. Berlin: uni-edition
- WHO (2010): *The Burden of Health Care-Associated Infection Worldwide. A Summary*. WHO Patient Safety – a World Alliance for Safer Healthcare
- Wolfe, W. (2011): Adequacy of Dialysis Clinic Staffing and Quality of Care: A Review of Evidence and Areas of Needed Research, *American Journal of Kidney Disease*, 58(2): 166-176
- Zander, B. (2013): *Ergebnisse einer internationalen Pflegestudie*. Vortrag: Care Date 2013 – Bochum. RN4Cast <[http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Bochum\\_2013.03.13.bz\\_CareDate.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2013.lectures/Bochum_2013.03.13.bz_CareDate.pdf)> [Stand: 2015-11-14]
- Zander, B./Busse, R. (2012): <<http://www.pflege-wandert-aus.de/>> [Stand: 2015-12-10]

Michael Meng<sup>1</sup>, M.Sc., Dipl.-Päd. Selda Akca<sup>1</sup>, Prof. Dr. Frauke Mattner<sup>2</sup>, Cäcilia Krüger, MScN<sup>1</sup>, Daniel Peter<sup>2</sup>, Prof. Dr. Christiane Kugler<sup>1</sup>

1 Universität Witten, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft

2 Kliniken Köln, Institut für Hygiene

\* Die Autoren an erster und zweiter Stelle teilen sich die Erstautorenschaft und haben in gleichem Maße an der Veröffentlichung gearbeitet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Christiane Kugler

Universität Witten, Fakultät für Gesundheit, Stockumer Str. 12, 58453 Witten,

christiane.kugler@uni-wh.de

Förderung:

Die Daten der Studie wurden im Rahmen eines durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördernten Projektes erhoben (IIA5-2512FSB102 (HYGPFLEG)).



## Beitrag

Henning Cramer, Klaus Wingenfeld

# Pflegerische Unterstützung kranker Kinder. Eine Analyse von Einschätzungsinstrumenten

Nursing care of children. An analysis of assessment instruments

Nursing care for children is distinguished by special characteristics such as their emotional vulnerability and dependence on parents, the influence of the developmental status and the special spectrum of diseases in children. A complete assessment of children's nursing care needs has thus to account for these specifics. In this article, seven instruments designed for assessing children's care needs are analysed in order to answer the question of whether they allow for appropriate statements. Results show that most instruments enable an assessment of the child's developmental state, but that they rarely inform on diseases, on emotional state or on parents' concerns. According to this outcome, an instrument that entirely assesses the specific nursing care needs of children and their parents is currently not at hand.

### Keywords

child, nursing care needs, nursing assessment

Die pflegerische Versorgung von Kindern weist gegenüber der Pflege Erwachsener eine Reihe von Besonderheiten auf (erhöhte emotionale Verletzlichkeit, Abhängigkeit von den Eltern, Einfluss des Entwicklungsstands sowie Besonderheiten bezogen auf das Krankheitsspektrum). Eine vollständige pflegerische Einschätzung kranker Kinder muss sich daher auch auf diese Besonderheiten beziehen. Im vorliegenden Beitrag werden sieben Verfahren, die sich für die Einschätzung von Kindern eignen, hinsichtlich der Frage analysiert, ob sie die Darstellung der Spezifika der Pflege dieser Klientel ermöglichen. Es zeigt sich, dass die meisten Instrumente eine Einschätzung des Entwicklungsstands umfassen, hingegen eine Erfassung von Erkrankungen, emotionalem Zustand und auf die Eltern bezogenen Aspekten jeweils nur bei wenigen Verfahren vorgesehen ist. Ein Instrument, mit dem die Besonderheiten der pflegerischen Versorgung kranker Kinder und ihrer Eltern vollständig abgebildet werden kann, liegt demnach bislang nicht vor.

### Schlüsselwörter

Kind, Pflegebedarf, Pflegebedürftigkeit, Pflegeassessment

## 1. Hintergrund

Grundlage einer professionellen Pflege ist die Erfassung pflegerrelevanter Informationen über die zu pflegende Person. Die Einschätzung von Kindern<sup>1</sup> ist dabei besonders anspruchsvoll, da diese sowohl physisch als auch emotional vulnerabler als Erwachsene sind, ihr Leben und Erleben stark vom Faktor der Entwicklung beeinflusst ist, und sie unabdingbar von einem festgelegten sozialen Bezugssystem, üblicherweise den Eltern, abhängig sind (Holoch 2009, Mikula/Wingenfeld 2002).

Die Vulnerabilität von Kindern äußert sich in Unterschieden der Häufigkeit bzw. Wahrscheinlichkeit des Auftretts verschiedener Erkrankungen und in anderen, oft schwereren Krankheitsverläufen (Tiesmeyer 2012). Krankheitsspektrum und Versorgungsbedarf variieren in unterschiedlichen Altersgruppen. Die höhere emotionale Verletzlichkeit zeigt sich in Unsicherheit im Umgang mit Krankheitserfahrungen, mit der Versorgung und allgemein mit (pflegerischen) Interventionen (Podeswik et al. 2007). Auch in diesem Zusammenhang ist der Entwicklungsstand des Kindes relevant, der einen Einfluss auf das Erleben und die Rationalisierungen im Zusammenhang mit reduzierter Gesundheit hat (Knigge-Demal 2000).

Der Entwicklungsstand hat darüber hinaus einen direkten Einfluss auf den Bedarf an Pflege, da auch gesunde Kinder entwicklungsbedingt Unterstützung in Alltagsverrichtungen benötigen (Knigge-Demal 2000). Üblicherweise wird dieser Bedarf durch die Eltern gedeckt (Spitz-Köberich et al. 2010), die jedoch im Krankheits- oder Behinderungsfall ihres Kindes ihrerseits Unterstützung durch professionelle Pflege benötigen können. Dabei kann auch die Unterstützung der Eltern sehr unterschiedlich ausfallen – von Entlastung durch Übernahme pflegerischer Interventionen über Information oder Anleitung bei speziellen Maßnahmen bis zu psychosozialer Betreuung und Beratung (Büker 2010, Köhler 2011, Podeswik et al. 2007, Tiesmeyer 2012).

Mit einem Instrument, das die pflegerrelevanten Informationen über kranke Kinder abbilden soll, müssen sich auch Aussagen über diese Besonderheiten treffen lassen. Im Rahmen eines vom Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD) und der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) geförderten Projekts, das das Ziel verfolgte, ein Instrument zu entwickeln, mit dem der Bedarf kranker Kinder und ihrer Eltern an pflegerischer Unterstützung abgebildet wird, wurden daher Einschätzungsverfahren, die für eine Anwendung bei Kindern konzipiert wurden, in Bezug auf diese Themenbereiche analysiert.

## 2. Material und Methode

Von Interesse waren Instrumente, die entweder direkt für den Einsatz bei Kindern entwickelt oder aber dafür getestet und empfohlen wurden. Inhaltliches Einschlusskrite-

---

<sup>1</sup> Wenn im Folgenden von „Kindern“ die Rede ist, so sind hiermit alle Altersgruppen bis 18 Jahre (Neugeborene und Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche) gemeint.

rium war die Erfassung von Informationen, die für die professionelle Pflege von Belang sind, also über die Pflegebedürftigkeit oder den Pflegebedarf, über funktionale Fähigkeiten o. ä. Die Einschätzung durfte nicht auf einzelne Versorgungsaspekte oder bestimmte Personen- bzw. Fallgruppen beschränkt sein. Ein Instrument zur Einschätzung der Mobilität von Kindern oder der Dependenzpflegekompetenz von Eltern asthmakrankter Kinder wäre z. B. nicht berücksichtigt worden. Auch sollten die Verfahren möglichst viele Altersgruppen einschließen. Allerdings wurden Instrumente, die lediglich nicht geeignet für die Einschätzung sehr junger Kinder waren, nicht ausgeschlossen. Die Konstruktion entsprechender Tools stellt eine besondere Herausforderung dar, und ein Ausschluss hätte die ohnehin geringe Anzahl in Frage kommender Instrumente noch weiter reduziert. Dies war vor dem Hintergrund des Entwicklungsprojekts, in dessen Rahmen die Analyse durchgeführt wurde, aber nicht wünschenswert.

Um relevante Instrumente zu identifizieren, wurde zunächst in wissenschaftlichen Datenbanken (MEDLINE, CINAHL) mittels Suchbegriffen wie *child/children, assessment, evaluation, psychometrics* oder *instrument* sowie *activities, needs, functional* oder *nursing* recherchiert und Treffer anhand Titel und Abstract gescreent. Trotz extensiver Suchstrategie (bis auf die Vorgabe einer Veröffentlichung ab dem Jahr 2003 gab es keine Einschränkungen) konnten jedoch nur wenige Verfahren ausfindig gemacht werden. Da den Autoren bekannte Instrumente in den Ergebnislisten nicht erwähnt wurden und somit ersichtlich war, dass so relevante Verfahren übersehen würden, wurde eine Internetrecherche mit vergleichbaren Suchbegriffen durchgeführt. Dieses Vorgehen förderte keine weiteren relevanten Instrumente zutage, allerdings eine Übersichtsarbeit (National Disability Authority 2012), aus der wiederum Hinweise auf zu berücksichtigende Verfahren hervorgingen, so dass letztendlich sieben Instrumente in die Analyse einbezogen werden konnten:

<i>Instrument</i>	<i>Reliabilität</i>	<i>Validität</i>	<i>Praktikabilität</i>
ePA-Kids			nur Zeitaufwand (Version 1.1)
PAS-P	Interne Konsistenz, Interrater	Übereinstimmungsvalidität	
NBA	Interrater		ja
PEDI-CAT		Konstruktvalidität	nur Zeitaufwand
WeeFIM	Interrater, Test-Retest	Konstruktvalidität	
Bradford Continuing Care Tool			
Wisconsin Children's Long-Term Support Functional Screen	Interrater		

Tab. 1: Erfolgte Testungen auf Reliabilität, Validität und Praktikabilität der analysierten Instrumente

## 2.1 Ergebnisorientiertes Pflegeassessment (ePA-Kids)

Das in Deutschland entwickelte ePA-Kids (Hunstein 2009, Wagner 2012, Wenner 2012 sowie [www.epa-cc.de](http://www.epa-cc.de)) ist eine Weiterentwicklung des für die Einschätzung erwachsener Krankenhauspatienten entwickelten ePA-AC. Die Version 1.1 des Instruments dient der Erfassung des Gesundheitszustands und der Alltagsfähigkeiten von

Kindern ab einem Alter von vier Jahren. Sie umfasst 57 Items in den Bereichen Mobilität, Körperpflege, Kleiden, Ernährung, Ausscheidung, Kognition, Bewusstsein, Kommunikation, Interaktion, Schlafen, Atmung, Schmerzen, emotionales Befinden und Dekubitus. Eine neue Version 2.0 des ePA-Kids, die die Einschätzung jüngerer Kinder erlaubt, befand sich zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Textes in der praktischen Erprobung. Laut Aussage der Entwickler umfasst diese verschiedene auf die Eltern bezogene Aspekte sowie weitere speziell für die Versorgung von Kindern relevante Teilmöglichkeiten (Saugverhalten, Heimweh etc.).

## **2.2 Pflegeabhängigkeitsskala für Pädiatrie (PAS-P)**

Bei diesem in deutscher Sprache vorliegenden Verfahren (Tork 2007, Tork et al. 2009) wird die Abhängigkeit von pflegerischer Versorgung bei Kindern in 15 Bereichen erfasst, die den Grundbedürfnissen gemäß Henderson entsprechen (z.B. Essen und Trinken, Mobilität, An- und Auskleiden, Vermeiden von Gefahren, Kontakte mit Anderen, Sinn für Regeln und Werte). Jeder dieser Bereiche wird mit jeweils einem einzelnen Item abgedeckt. Auch die PAS-P ist eine Weiterentwicklung eines Instruments für Erwachsene.

## **2.3 Neues Begutachtungsassessment (NBA)**

Das NBA ist ein Verfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI auf Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (Wingenfeld et al. 2008). Es stellt den zentralen Baustein eines kompletten Begutachtungsinstrumentes dar und beinhaltet Fragen zum gesundheitlichen Zustand, zu Fähigkeiten mit Bezug auf die Gestaltung des Lebensalltags sowie zur Versorgung in Form von Modulen zu den Themenkomplexen Mobilität, kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen/psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens/soziale Kontakte, außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung. Die Module umfassen insgesamt 76 Items. Das NBA ist, abgesehen vom Modul „Haushaltsführung“, für die Anwendung bei Personen ab einem Alter von einem Jahr geeignet.

## **2.4 Pediatric Evaluation of Disability Inventory – Computer Adaptive Test (PEDI-CAT)**

Das PEDI (Haley et al. 2012) wurde entwickelt, um die physiologische, kognitive, soziale sowie funktionale Fähigkeiten und über diese den Entwicklungsstand von Kindern ab etwa 1 Jahr zu beurteilen. Es umfasst 273 Items zu den Bereichen Alltagsaktivitäten, Mobilität, soziale/kommunikative Fähigkeiten und Verantwortung. Das Instrument liegt mittlerweile nur noch als EDV-Version vor, da durch hinterlegte Algorithmen eine „intelligente“ Auswahl sinnvoller Itemzusammenstellungen erfolgt und üblicherweise nicht alle Items bearbeitet werden.

## 2.5 Pediatric Functional Independence Measure (WeeFIM)

Das WeeFIM ist ein Verfahren zur Feststellung des Hilfebedarfs von Kindern in den Bereichen Selbstversorgung, Mobilität und Kognition, welches vorwiegend im Rehabilitations-Bereich eingesetzt wird (Ottenbacher et al. 2000, Niewczyk/Granger 2010). Die Version für Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren umfasst 18, für 0- bis 3-Jährige 36 Items.

## 2.6 Bradford Continuing Care Tool

Dieses auch als „National Need Assessment Tool for Long Term Ventilated Children in the Community“ bekannte Instrument ist ein im Vereinigten Königreich verbreitetes Verfahren zur Einschätzung des Hilfebedarfs von Kindern mit besonderer Betonung von Atemwegs-Problematiken (Department of Health, Social Services and Public Safety 2009, Escolme/ James 2004, NHS Scotland 2005). Es besteht aus 17 Items zu Selbstversorgung, psychischem Zustand und Interventionen (Health Care Needs), Familie und Umweltfaktoren.

## 2.7 Wisconsin Children's Long-Term Support Functional Screen

Die „Functional Screens“ wurden in den USA entwickelt, um Leistungsansprüche für verschiedene Programme zu überprüfen, indem Gesundheitszustand, Fähigkeiten und Hilfebedarf eingeschätzt werden. Die Version für Kinder (Wisconsin Department of Health Services 2015) erfasst medizinische Diagnosen, geistige Gesundheit (Mental Health), Verhalten, ADL und IADL, Informationen zu Schule/Arbeit sowie gesundheitsbezogene Leistungen. Die Erfassung der Fähigkeiten bezogen auf ADL/IADL erfolgt mit zwölf nach Altersgruppen differenzierten Erfassungsbögen, die jeweils unterschiedliche Items umfassen.

## 2.8 Analysekriterien

Die Instrumente wurden inhaltlich hinsichtlich der folgenden Fragen analysiert:

1. Erlaubt das Verfahren die Erfassung von Informationen über
  - a. Erkrankungen und deren Verlauf?
  - b. den emotionalen Zustand des Kindes?
  - c. den Entwicklungsstand des Kindes?
  - d. den Beitrag zur Versorgung sowie den Unterstützungsbedarf der Eltern des Kindes?

Da davon auszugehen war, dass die Instrumente weitere Inhalte aufweisen, die speziell für die Versorgung von Kindern relevant sind, wurde folgender allgemeiner Frage nachgegangen:

2. Wird in dem Verfahren anderweitig auf „kind-spezifische“ Aspekte eingegangen?

Darüber hinaus müssen Einschätzungsinstrumente Gütekriterien wie Reliabilität und

Validität erfüllen (Bortz & Döring 2006) und grundsätzlich in der Praxis umsetzbar, also praktikabel sein. Daher sollte auch folgende Fragestellung beantwortet werden:

3. Lassen sich Aussagen zur Praktikabilität und zu psychometrischen Eigenschaften (Reliabilität/Validität) der Verfahren treffen?

Während die ersten beiden Fragenkomplexe durch eine inhaltliche Analyse bearbeitet wurden, wurden für die Beantwortung der dritten Frage relevante Publikationen herangezogen.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Erkrankungen

Beim einzuschätzenden Kind vorliegende Krankheiten werden nur von wenigen der analysierten Instrumente erfasst. Im Falle des Wisconsin Functional Screen sollen zutreffende Erkrankungen aus einer umfangreichen Liste ausgewählt werden. Die in der Liste aufgeführten Diagnosen sind dabei teilweise als „kindertypisch“ zu bezeichnen (z. B. fetales Alkoholsyndrom). Des Weiteren sieht die PAS-P zumindest bei Tork (2007) die handschriftliche Angabe vorliegender Krankheiten vor; es ist aber unklar, ob diese Erfassung ein Teil des Instruments oder nur für Zwecke der Instrumententestung erfolgt ist.

#### 3.2 Emotionaler Zustand

Im NBA-Modul „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ ist u. a. die Häufigkeit von nächtlicher Unruhe, Angstzuständen oder Anzeichen einer depressiven Stimmungslage anzugeben. Im ePA-Kids 1.1 ist das Vorliegen von Angst und Traurigkeit einzuschätzen; die Version 2.0 soll weitere psychosoziale Aspekte umfassen.

#### 3.3 Entwicklungsstand

Die analysierten Instrumente weisen unterschiedliche Ansätze zur Einschätzung des Entwicklungsstandes auf. Dabei ist die Definition von altersbezogenen Normwerten am häufigsten anzutreffen. WeeFIM und PEDI-CAT halten entsprechende Tabellen vor und operieren mit „zu erreichenden“ Werten für definierte enge Altersgruppen. Im NBA sind Angaben, ab welchem Alter gesunde Kinder eine bestimmte Ausprägung des in Frage stehenden Items erreichen, nicht ausgewiesen, sondern in einer Bewertungssystematik und in ergänzenden Materialien zum Instrument hinterlegt.

Mit dem Bradford Continuing Care Tool sollen Fähigkeiten im Verhältnis zum Alter des Kindes eingeschätzt werden – die jeweils bestmögliche Ausprägung der Items ist auch dann auszuwählen, wenn eine Fähigkeit nicht vollständig ausgeprägt, aber dem Alter angemessen ist. Die Aussagen der Entwickler des ePA-Kids zur Version 2.0 lassen ein ähnliches Vorgehen vermuten; ePA-Kids 1.1 hingegen generiert keine Hinweise auf den Entwicklungsstand des Kindes.

Beim Wisconsin Functional Screen erfolgt in Abhängigkeit vom Alter des begutachteten Kindes eine Auswahl von einzuschätzenden, spezifischen Fähigkeiten im Bereich der ADL und IADL. Diese sind so gewählt, dass sie von altersgemäß entwickelten Kindern beherrscht werden sollten. Auch im PEDI-CAT werden wie erwähnt mittels eines Algorithmus aus allen Items die jeweils „passenden“ ausgewählt. Dabei spielt u. a. das Alter eine Rolle. Die Einschätzung des Entwicklungsstands erfolgt aber über besagte Normwert-Tabelle.

### 3.4 Eltern

Das Bradford Continuing Care Tool enthält eine Reihe von Items mit Elternbezug. Bei der Einschätzung der Kommunikationsfähigkeit des Kindes wird eine Merkmalsausprägung durch Schwierigkeiten versorgender Personen, mit dem Kind zu kommunizieren, definiert. Beim Item zum Ruhen und Schlafen beinhaltet eine Auswahlmöglichkeit einen Einfluss des Schlafverhaltens des Kindes auf die Bedürfnisse anderer Familienmitglieder. Im Bereich „Mental Health“ wird die Itemausprägung über begünstigende Faktoren und Risiken bestimmt, die u. a. bei elterlicher Unfähigkeit, die Versorgung des Kindes an dessen wechselnde Bedürfnisse anzupassen, vorliegen können.

Konkreter werden im Bradford Tool die Fähigkeiten und der Unterstützungsbedarf der Eltern in einem separaten Abschnitt erfasst. Die Ausprägung des Items „Health Care Needs“ wird hier bestimmt durch die elterliche Fähigkeit zur Versorgung, Schwierigkeiten bei der Akzeptanz des Zustands des Kindes oder bei neuer Diagnose, Familienangelegenheiten mit Einfluss auf die Pflege sowie Krankheit/Behinderung der Eltern. Unter „Spiritual and Cultural Needs“ ist der Einfluss der Versorgung auf Bedürfnisse der Eltern einzuschätzen. Daneben ist der Umfang der Entlastung der Eltern durch Abwesenheit des Kindes (Schule u. ä.) oder durch zeitweise Übernahme der Versorgung durch Dritte anzugeben.

Neben dem Bradford Continuing Care Tool weist von den vorliegenden Instrumenten lediglich das Begutachtungsinstrument, in das das NBA eingebettet ist, konkrete Aspekte mit Bezug auf Angehörige auf. Einerseits ist von diesen geleistete Unterstützung anzugeben, andererseits aber auch Anzeichen für einen Bedarf an Entlastung (entsprechende Äußerungen/Wünsche der Eltern, Empfehlungen für entsprechende Maßnahmen) sowie ein Beratungsbedarf.

Die Items des ePA-Kids 1.1 weisen gemäß den vorliegenden Quellen keinen konkreten Elternbezug auf. Allerdings erfolgt auf Basis der Angaben im Instrument die automatische Risikokalkulation eines „poststationären Versorgungsdefizits“, aus der sich möglicherweise ein Bedarf an Kompetenzerweiterung der Eltern ableiten lässt. Die Entwickler des Instruments teilten darüber hinaus in persönlicher Kommunikation mit, dass die Version 2.0 des Verfahrens eine Reihe auf die Eltern bezogener Aspekte umfasst (Anwesenheit im Krankenhaus, Fähigkeit zur Mitwirkung an der Pflege, Anleitungs-/Schulungsbedarf, Belastungserleben).

### 3.5 Anderweitige „kind-spezifische“ Aspekte

Beim Wisconsin Functional Screen, beim PEDI-CAT sowie beim WeeFIM 0-3 ist auffällig, dass die einzuschätzenden Fähigkeiten kinderspezifischer formuliert sind als bei den anderen Instrumenten. Wird in diesen z. B. allgemein nach der Gehfähigkeit gefragt, ist diese in den angegebenen Verfahren in verschiedene Fähigkeiten mit unterschiedlichem „Schwierigkeitsgrad“ unterteilt (z. B. Gehen an der Hand und ohne Unterstützung).

Im Falle des NBA sind bei Kleinkindern Auffälligkeiten bei Schwangerschaft und/oder Geburt sowie APGAR-Score, Geburtsgewicht und Geburtsgröße im Gutachtenformular anzugeben. Speziell für die Versorgung von Kindern relevant ist die Angabe der Häufigkeit von Besuchen von Einrichtungen zur Durchführung von Frühförderung. Der Abschnitt zu außerhäuslichen Aktivitäten bezieht sich ausdrücklich auch auf den Besuch von Schule oder Kindergarten.

Für das ePA-Kids 2.0 teilten die Entwickler mit, dass es speziell für junge Kinder relevante Informationen enthalte (z. B. zu Stillen und Saugverhalten, zu Blähungen etc.). Im Bradford Continuing Care Tool werden Angaben zu Geschwistern verlangt, im Wisconsin Functional Screen zur Wohnsituation und zur Schule.

### 3.6 Überprüfung von Praktikabilität und psychometrischen Eigenschaften

Das WeeFIM ist umfassend auf verschiedene Aspekte der Reliabilität und Konstruktvalidität sowie auf Praktikabilität getestet worden (Tabelle 1). Die Ausprägung der eingeschätzten Fähigkeiten korreliert signifikant mit dem Alter (Deutsch et al. 1996), Interrater- und Test-Retest-Reliabilität sind zufriedenstellend (Deutsch et al. 1996, Ottenbacher et al. 1997, 1996, Ziviani et al. 2001). Das Instrument stellte bei einem Vergleich behinderter und nicht-behinderter Kinder signifikante Unterschiede bezogen auf die Durchschnittswerte und die Entwicklung mit zunehmendem Alter dar (Deutsch et al., 1996, Ottenbacher et al. 1997, 1996). Es kann für die Abbildung von Veränderungen im Zeitverlauf genutzt werden (Ottenbacher et al. 2000).

Eine Überprüfung des WeeFIM 0-3 (Niewczyk/Granger 2010) resultierte in signifikant höheren Ergebnissen für gesunde im Vergleich zu behinderten sowie für ältere verglichen mit jüngeren Kindern. Die interne Konsistenz war sehr hoch.

Auch für das PEDI-CAT liegt eine vergleichsweise umfangreiche Publikationsbasis vor, die sich ebenfalls auf die Konstruktvalidität und die Reliabilität des Verfahrens bezieht. So unterscheiden sich die Ergebnisse signifikant für natürliche Vergleichsgruppen (behinderte/nicht-behinderte Kinder, Gehilfen-/Rollstuhl-Nutzer, autistische/nicht-autistische Kinder; Dumas et al. 2012a, 2012b, Kao et al. 2012). Die Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität zeigte zufriedenstellende Resultate, die Bearbeitung von 60 Items durch eine Stichprobe von Eltern dauerte durchschnittlich etwa 12 bis 13 Minuten (Dumas et al. 2012b). Die Ergebnisse der CAT-Version des PEDI sind mit den Resultaten des Vorgängerinstruments vergleichbar (Dumas/Fragala-Pinkham



2012). Die Funktionalität der algorithmischen Auswahl von Items aus dem gesamten Itempool konnte durch Haley et al. (2011) nachgewiesen werden: Eine Auswahl weniger Items korrelierte stark mit dem Ergebnis, das die Bearbeitung des kompletten Instruments erbrachte.

Eine Testung der Übereinstimmungsvalidität des WeeFIM und dem noch nicht EDV-basierten Vorläufer des PEDI-CAT zeigte eine hohe Übereinstimmung der Resultate für inhaltlich korrespondierende Bereiche (Ziviani et al. 2001).

Die Überprüfung der Interrater-Reliabilität des Wisconsin Functional Screen erbrachte für überwiegenden Teil des Instruments zufriedenstellende Resultate (Pooler, et al. o.J.), wobei Schwachstellen vor der Einführung in die Praxis nochmals überarbeitet wurden. Die Validität wurde lediglich an der Zielstellung des Instruments, verschiedene Leistungsansprüche zu überprüfen, getestet.

Die Resultate der Überprüfung der Interrater-Reliabilität des NBA ist nur für die Summenscores der Module publiziert, nicht für einzelne Items (Windeler et al. 2008). Die Module „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und „Außerhäusliche Aktivitäten“ weisen demnach eine Reliabilität von  $\kappa < 0,4$  auf, die anderen erreichen höhere Übereinstimmungsraten ( $0,4 < \kappa < 0,8$ ). Die Praktikabilität des NBA wurde im Rahmen der Erprobung durch Gutachter getestet und wurde für eine Anwendung bei Kindern insgesamt als gut bewertet, einige Inhalte, Formulierungen und Operationalisierungen passen aber weniger gut zu Kindern als zu Erwachsenen. Eine Testung der Praktikabilität an einer Stichprobe von Kindern in Bozen (Südtirol) ergab zufriedenstellende Ergebnisse (Wingenfeld & Gansweid 2013). Die Itembatterie zum Bereich Kognition/Kommunikation bereitete den Anwendern allerdings inhaltliche Probleme.

Der PAS-P konstatieren Tork et al. (2008) eine hohe interne Konsistenz (Cronbach's  $\alpha$  0,91) und eine ausreichende bis hohe Interrater-Reliabilität ( $\kappa$  zwischen 0,57 und 0,80). Die Übereinstimmungsvalidität, ermittelt durch einen Abgleich des Summenscores aller Items mit einer Einschätzung der Abhängigkeit von pflegerischer Versorgung mittels visueller Analogskala, ist ebenfalls hoch ( $r=0,86$ ).

Im Falle des ePA-Kids 1.1 sind bis auf den anekdotischen Bericht eines zeitlichen Aufwands des Verfahrens von vier bis fünf Minuten (Wenner 2012) lediglich Publikationen zur Erwachsenenversion des Instruments bekannt. Wie bereits angemerkt, befindet sich die neue Version 2.0 laut den Entwicklern derzeit in der Praktikabilitätsprüfung.

Für das Bradford Continuing Care Tool liegen keine Publikationen vor, die eine Überprüfung von Praxistauglichkeit oder Testgüte des Verfahrens thematisieren.

#### 4. Diskussion

Die analysierten Verfahren erfüllen die Kriterien in unterschiedlichem Ausmaß, wobei bedacht werden muss, dass diese nicht immer für die umfassende Erfassung aller für die

Versorgung von Kindern relevanten Informationen entwickelt wurden. Manche der überprüften inhaltlichen Anforderungen dürften bei der Entwicklung einiger Verfahren nicht im Vordergrund gestanden haben. Unvollständigkeit in Bezug auf die im Rahmen der vorliegenden Analyse beurteilten Dimensionen darf daher nicht als prinzipieller Kritikpunkt gegen das betroffene Instrument interpretiert werden. Vielmehr stellt sie eine Einschränkung der Eignung für die vollständige Einschätzung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs kranker Kinder und ihrer Eltern dar, die vor dem Hintergrund des zugrundeliegenden Projekts relevant war.

Eine Einschätzung des Entwicklungsstands wird von den meisten Instrumenten auf die eine oder andere Weise ermöglicht. Überwiegend geschieht dies durch die Angabe von Normwerten für Altersgruppen. Das Bradford Continuing Care Tool überlässt hingegen die Einschätzung, ob eine Fähigkeit altersgerecht entwickelt ist, der einschätzenden Person. Dies erinnert an die Ausrichtung neuerer Nationaler Expertenstandards für die Pflege, die eine Abkehr von streng standardisierten Vorgaben für die pflegerische Diagnostik hin zu einer stärkeren Betonung der professionellen Expertise darstellt (z. B. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2013, 2010). Allerdings sind beide Ansätze als legitim anzusehen, solange das Ergebnis der Einschätzung, ob der Entwicklungsstand des Kindes dem Alter entspricht oder nicht, nachvollziehbar bzw. begründbar ist.

Eine Erfassung von Erkrankungen, emotionalem Zustand und auf die Eltern bezogenen Aspekten sehen hingegen nur wenige Verfahren vor. Krankheiten werden entweder handschriftlich, also im Freitext vermerkt, oder im Falle des Wisconsin Functional Screen anhand einer umfangreichen Liste. Pooler et al. (o. J.) erklären den Umfang der Liste, die im Einschätzungsformular eine ganze Seite einnimmt, damit, dass das Vorliegen vieler der aufgeführten Erkrankungen bereits zum Bezug von Leistungen aus bestimmten Programmen berechtigt. Abgesehen davon erscheint es allerdings nur wenig sinnvoll, grundsätzlich bestimmte Krankheiten vorzugeben, da viele Leiden, die für Kinder typisch sind, trotzdem eher selten auftreten (Köhlen 2011).

Der Befund, dass lediglich das ePA-Kids und das NBA emotionale Aspekte erfassen, kann vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass diese als genuin pflegerische Verfahren nicht (nur) für die Erfassung von Funktionalität o. ä. konzipiert worden sind. Vielmehr ermöglichen sie eine Einschätzung der Pflegebedürftigkeit, welche eben auch die Emotionalität der Person umfasst. Die anderen Instrumente sollen hingegen andere Konstrukte abbilden bzw. werden mit ihnen andere Ziele verfolgt. Allerdings ist zu hinterfragen, ob nicht zumindest das Bradford Continuing Care Tool von entsprechenden Items profitieren würde.

Insgesamt überraschend war, dass nur drei Verfahren die Eltern des kranken Kindes thematisierten (wenn man das ePA-Kids 2.0 hinzuzählt, das wie erwähnt gemäß den Aussagen der Entwickler Informationen zu den Eltern erfasst). Im Bradford Continuing Care Tool ist dies sehr umfangreich der Fall, was vor dem Hintergrund, dass es u. a. auch konkret den Bedarf der Eltern an Entlastung erfassen soll (Escolme/James 2004), nicht verwundert. Da das NBA dazu konzipiert wurde, die Pflegebedürftigkeit nach

SGB XI zu bestimmen, und in diesem das Primat der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger durch deren Angehörige gilt, ist ebenso nachvollziehbar, dass im Rahmen der Begutachtung sowohl nach dem Umfang der Unterstützung durch als auch dem Bedarf an Hilfestellung und Entlastung für pflegende Angehörige gefragt wird. Auf der anderen Seite überrascht es, dass entsprechende Angaben im Wisconsin Functional Screen, der vor einem ähnlichen Hintergrund entwickelt wurde, fehlen, wobei dies den Vorgaben für die überprüften Leistungsansprüche geschuldet sein kann.

Bezogen auf ihre psychometrischen Eigenschaften weisen die Instrumente zufriedenstellende Ergebnisse auf, wobei nicht alle getestet bzw. Testungsergebnisse nicht für alle publiziert wurden. Dabei ist festzuhalten, dass für das Bradford Continuing Care Tool keine entsprechenden Veröffentlichungen vorzuweisen sind, gemäß dem vorliegenden Publikationspool aber Verfahren vorliegen, die Vorgänger oder Abwandlungen des Tools darstellen und für vergleichbare Zwecke eingesetzt werden. Für das „Leeds Dependency Tool“, das in diesem Zusammenhang oft erwähnt wird, liegt bspw. eine Publikation vor, die diesem Instrument eine hohe Praktikabilität zuspricht (Escolme/James 2004). So kann es auch durchaus zu weiteren Testungen anderer Varianten der Instrumenten-„Familie“ gekommen sein. Die Literaturlage ist hier aber äußerst unübersichtlich, weshalb im Rahmen des dieser Publikation zugrunde liegenden Projekts auf eine tiefergehende Recherche verzichtet wurde.

Des Weiteren wurden auch keine Publikationen zum ePA-Kids gefunden. Tatsächlich haben laut Aussage der Entwickler keine Testungen explizit der Kids-Version stattgefunden, da sich diese bis auf Details nicht von der Version für Erwachsenen unterscheidet.

Insgesamt liegen nur wenige Veröffentlichungen mit Bezug auf die Praktikabilität der Verfahren vor. Inhaltliche Probleme im Zusammenhang mit der praktischen Anwendbarkeit sind relevant für jedes Instrument und sollten überprüft und auch publiziert werden. Abgesehen von Angaben zur Dauer der Bearbeitung des PEDI-CAT sowie des ePA-Kids 1.1, (wobei die Version 2.0 gerade getestet wird) äußern sich jedoch nur die Entwickler des NBA konkreter zu diesem Thema. Allerdings wurden diese Befunde im Rahmen von Begutachtungen erhoben und nicht bei einer Anwendung in der pflegerischen Praxis.

Eine Einschränkung der vorliegenden Analyse liegt in der anzunehmenden Unvollständigkeit der überprüften Liste von Verfahren. Herkömmliche Datenbanken wiesen auch zu Instrumenten, die den Autoren bereits im Vorfeld der Recherche bekannt waren, keine Publikationen auf. Daher wurde ergänzend eine Internetrecherche durchgeführt. Hier fehlt allerdings eine logische Verschlagwortung, so dass weltweit betrachtet weitere Verfahren im Einsatz sein dürften. Von einer umfassenden wissenschaftlichen Testung ist allerdings nicht auszugehen, da eine solche wahrscheinlich publiziert und mit den erfolgten Recherchen auch gefunden worden wäre.

Des Weiteren stellt die hier vorgestellte thematische Analyse nur einen Teilschritt in der Überprüfung von Einschätzungsverfahren dar. Eine weitere wichtige Frage ist es, welche konkreten Inhalte (also nicht nur die hier analysierten Themen) erfasst werden

müssen, um eine für eine Anwendung im pflegerischen Alltag vollständige Einschätzung des Pflegebedarfs von Kindern unter Berücksichtigung der Eltern zu ermöglichen, und ob dies (ggf. teilweise) durch die Instrumente geleistet wird. Weiter ist zu fragen, wo welcher Detailgrad der einzuschätzenden Fähigkeiten, Einschränkungen etc. sinnvoll ist, und ob Einschätzungen ordinalskaliert oder kategorial erfolgen sollten. Konzeptionell wäre zu prüfen, ob vorhandene Fähigkeiten direkt mit dem Alter des Kindes in den Bezug gesetzt oder aber die Einschätzung von Fähigkeiten und von Entwicklungsstand getrennt werden sollten. Solche Aspekte werden nur selten überprüft bzw. publiziert, jedoch im der Publikation zugrundeliegenden Entwicklungsprojekt mit einer Expertengruppe diskutiert und unterschiedliche Instrumentenentwürfe praktisch erprobt.

## 5. Schlussfolgerungen

Vor dem Hintergrund der formulierten Fragestellungen kann abschließend festgehalten werden, dass es zwar strukturierte Verfahren gibt, die einzelne, teilweise auch mehrere spezifische Aspekte der pflegerischen Versorgung kranker Kinder erfassen. Ein Instrument, mit dem die Besonderheiten der pflegerischen Versorgung kranker Kinder und ihrer Eltern vollständig und in einer dem Versorgungsalltag nachweislich angemessenen Art und Weise abgebildet werden können, lag bislang jedoch nicht vor. Zwar können die analysierten Verfahren in der Praxis verwendete anamnestische Teile der Pflegedokumentation ergänzen oder in Teilen ersetzen. Allerdings kann eine Kombination mehrerer unterschiedlich konzipierter bzw. strukturierter Einschätzungsinstrumente mit erhöhtem Arbeitsaufwand, Doppeldokumentation oder der Erfassung für die konkrete Versorgung nicht relevanter Informationen verbunden sein, was durch ein vollständiges, zielorientiert entwickeltes Verfahren vermieden würde. Im Rahmen des zugrundeliegenden Projekts wurde daher nicht auf ein vorhandenes Instrument zurückgegriffen. Vielmehr wurden die Ergebnisse und aufgetauchten Fragen der hier vorgestellten Analyse genutzt, um ein neues Instrumentarium zu entwickeln mit der konkreten Zielsetzung, den Pflegebedarf kranker Kinder und ihrer Eltern vollständig abzubilden (Cramer/Wingenfeld 2014). Dieses Verfahren wurde in der ersten Jahreshälfte 2015 praktisch erprobt und evaluiert.

## Literatur

- Bortz, J.; Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation*. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer
- Büker, C. (2010): *Leben mit einem behinderten Kind: Bewältigungshandeln pflegender Mütter im Zeitverlauf*. Bern: Huber
- Cramer, H./Wingenfeld K. (2014): *Die Einschätzung des pflegerischen Unterstützungsbedarfs kranker Kinder und ihrer Eltern*. Bielefeld
- Department of Health, Social Services and Public Safety (Hrsg.) (2009): *Developing Services to Children and Young People with Complex Physical Healthcare Needs*. Belfast

- Deutsch, A.V./Braun, S./Granger, C.V. (1996): The Functional Independence Measure (FIM Instrument) and the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM Instrument): ten years of development. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 77, 12, 1226-1232
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege - 1. Aktualisierung. Osnabrück
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege - 1. Aktualisierung. Osnabrück
- Dumas, H.M./Fragala-Pinkham, M.A. (2012): Concurrent validity and reliability of the pediatric evaluation of disability inventory-computer adaptive test mobility domain. In: *Pediatric Physical Therapy* 24, 2, 171-176
- Dumas, H.M./Fragala-Pinkham, M.A./Feng, T./Haley, S.M. (2012a): A preliminary evaluation of the PEDI-CAT Mobility item bank for children using walking aids and wheelchairs. In: *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine* 5, 1, 29-35.
- Dumas, H.M./Fragala-Pinkham, M.A./Haley, S.M./Ni, P./Coster, W./Kramer, J.M./Kao, Y.C./Moed, R./Ludlow, L.H. (2012b): Computer adaptive test performance in children with and without disabilities: prospective field study of the PEDI-CAT. In: *Disability and Rehabilitation* 34, 5, 393-401
- Escolme, D./James, C. (2004): Assessing respite provision: the Leeds nursing dependency score. In: *Paediatric Nursing* 16, 2, 27-30
- Haley, S.M./Coster, W.J./Dumas, H.M./Fragala-Pinkham, M.A./Kramer, J./Ni, P./Tian, F./Kao, Y.-C./Moed, R./Ludlow, L.H. (2011): Accuracy and precision of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory computer-adaptive tests (PEDI-CAT). In: *Developmental Medicine & Child Neurology* 53, 2, 1100-1106
- Haley, S.M./Coster, W.J./Dumas, H.M./Fragala-Pinkham, M.A./Moed, R./Kramer, J./Ni, P./Feng, T./Kao, Y.-C./Ludlow, L.H. (2012): PEDI-CAT Version 1.3.6. Development, Standardization and Administration Manual. Boston
- Holoch, E. (2009): Pflegebedürftigkeit bei Kindern und Jugendlichen. Eine Untersuchung aus Perspektive der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Kornwestheim
- Hunstein, D. (2009): Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare. In: Bartholomeyczik S./Halek, M. (Hrsg.): *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Hannover: Schlütersche, 60-78
- Kao, Y.C./Kramer, J.M./Liljenquist, K./Tian, F./Coster, W.J. (2012): Comparing the functional performance of children and youths with autism, developmental disabilities, and no disability using the revised pediatric evaluation of disability inventory item banks. In: *American Journal of Occupational Therapy* 66, 5, 607-616
- Knigge-Demal, B. (2000): Die Pflege kranker Kinder. In: Rennen-Althoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim, München: Juventa, 389-415
- Köhlen, C. (2011): Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche. Aufgaben der Pflege. In: Schaeffer, D./Wingenfeld, K. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Neuausgabe. Weinheim, München: Juventa, 311-327
- Mikula, M./Wingenfeld, K. (2002): Anforderungen an die häusliche Palliativversorgung von Kindern. In: Schaeffer, D./Ewers, M. (Hg.): *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber, 303-319
- National Disability Authority (2012): Identifying the care support needs of children with disabilities. <https://www.welfare.ie/en/downloads/Identifying%20Care%20Support%20Needs%20of%20Children%20with%20Disabilities%20-%20NDA.pdf> [Stand 27.10.2015]
- NHS Scotland (2005): National Need Assessment Tool for Long Term Ventilated Children in the Community. <http://www.cen.scot.nhs.uk/files/11a-national-needs-assessment—2nd-edition.doc> [Stand 05.06.2015]
- Niewiczzyk, P.M./Granger, C.V. (2010): Measuring Function in Young Children with Impairments. In: *Pediatric Physical Therapy* 22, 1, 42-51
- Ottenbacher, K.J./Msall, M.E./Lyon, N.R./Duffy, L.C./Granger, C.V./Braun, S. (1997): Interrater agreement and stability of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM): use in children with developmental disabilities. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 78, 12, 1309-1315

- Ottenbacher, K.J./Taylor, E.T./Msall, M.E./Braun, S./Lane, S.J./Granger, C.V./Lyons, N./Duffy, L.C. (1996): The stability and equivalence reliability of the functional independence measure for children (WeeFIM). In: *Developmental Medicine & Child Neurology* 38, 10, 907-916
- Ottenbacher, K.J./Msall, M.E./Lyon, N./Duffy, L.C./Ziviani, J./Granger, C.V./Braun, S./Feidler, R.C. (2000): The WeeFIM Instrument: Its Utility in Detecting Change in Children with Developmental Disabilities. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81, 10, 1317-1326
- Podeswik, A./Kanth, E./Schreiber-Gollwitzer, B./Labouvie, H./Baur, W./Otto, A./Kusch, M. (2007): *Praxishandbuch pädiatrische Nachsorge. Modell Bunter Kreis*. Augsburg: Beta-Institutsverlag
- Pooler, A./Sharon, N./Wroblewski, B. (o.J.): Wisconsin Children's Long-Term Supports Functional Screen. <https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/P00931.pdf> [Stand 01.07.2015]
- Spitz-Köberich, C./Barth, M./Spirig, R. (2010): Eltern eines kritisch kranken Kindes – Welche Erwartungen und Wünsche haben sie an das Team der pädiatrischen Intensivstation? In: *Pflege* 23, 54, 299–307
- Tiesmeyer, K. (2012): *Familien mit einem krebskranken Kind: Möglichkeiten und Grenzen edukativer Unterstützung*. Bern: Huber
- Tork, H. (2007): *Pflegeabhängigkeit bei Kindern in Deutschland und Ägypten-eine vergleichende Studie*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Tork, H./Dassen, T./Lohrmann, C. (2009): Care dependency of hospitalized children: testing the Care Dependency Scale for Paediatrics in a cross-cultural comparison. In: *Journal of Advanced Nursing* 65, 2, 435-442
- Wagner, E.M. (2012): ePA-Kids – was ist das? In: *JuKiP* 1, 3, 131-134
- Wenner, M. (2012): Nachgefragt ... bei Gabriela Finkbeiner. In: *JuKiP* 1, 3, 135–137
- Windeler, J./Görres, S./Thomas, S./Kimmel, A./Langner, I./Reif, K./Wagner, A. (2008): *Abschlussbericht der Hauptphase 2 der Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI*. Essen
- Wingenfeld, K./Büscher, A./Gansweid, B. (2008), *Das neue Begutachtungsinstrument zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Überarbeitete, korrigierte Fassung. Bielefeld, Münster
- Wingenfeld, K./Gansweid, B. (2013): *Analysen für die Entwicklung von Empfehlungen zur leistungsrechtlichen Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Abschlussbericht. Bielefeld, Münster
- Wisconsin Department of Health Services (Hrsg.) (2015): *Clinical Instructions Wisconsin's Functional Eligibility Screen Children's Long-Term Supports*. Madison
- Ziviani, J./Ottenbacher, K.J./Shephard, K./Foreman, S./Astbury, W./Ireland, P. (2001): Concurrent validity of the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM) and the Pediatric Evaluation of Disabilities Inventory in children with developmental disabilities and acquired brain injuries. In: *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics* 21, 2-3, 91-101

*Dr. Henning Cramer*

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, [henning.cramer@uni-bielefeld.de](mailto:henning.cramer@uni-bielefeld.de)

(korrespondierender Autor)

*Dr. Klaus Wingenfeld*

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld, [klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de](mailto:klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de)