

Masterarbeit

Kompetenzentwicklung in der Pflege im Rahmen des Dienstes: Untersuchung am Beispiel des geho- benen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals

eingereicht von
Mag. Josef Stefa, BSc, Bakk. phil.

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung vom Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Rudolf Egger

Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Merangasse 70/IIA-8010 Graz

Graz, 16.9.2018

Ehrenwörtliche Erklärung:

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 16.9.2018

Josef Stefa, eh.

Inhalt

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	7
1.1. ZWECK.....	8
1.2. FORSCHUNGSFRAGEN.....	8
2. DEFINITIONEN.....	9
2.1. WISSEN.....	9
2.2. SOFT SKILLS.....	12
2.3. QUALIFIKATION.....	13
2.4. KOMPETENZ.....	14
2.5. PROFESSION UND PROFESSIONALISIERUNG.....	16
3. KOMPETENZEN.....	18
3.1. KOMPETENZDIMENSIONEN.....	19
3.2. KOMPETENZMANAGEMENT.....	21
3.3. KOMPETENZENTWICKLUNG.....	22
3.4. KOMPETENZENTWICKLUNG WÄHREND DER ARBEIT.....	25
4. KOMPETENZEN IM BEREICH DER PFLEGE.....	26
4.1. KOMPETENZMODELL NACH BENNER.....	26
4.2. KOMPETENZMODELL NACH OLBRICH.....	28
4.3. KOMPETENZMODELL NACH DEM GuKG.....	31
4.4. BIOGRAFIEKOMPETENZEN IM GESUNDHEITSPROFESSIONELLEN HANDELN.....	32
4.5. KOMPETENZENTWICKLUNG IM RAHMEN DES DIENSTES.....	33
5. RECHTLICHE GRUNDLAGEN.....	35
5.1. § 12 GuKG BERUFSBILD.....	35
5.2. § 13 GuKG KOMPETENZBEREICH.....	36
5.3. § 14 GuKG PFLEGERISCHE KERNKOMPETENZEN.....	36
5.4. § 14A. (1) DIE KOMPETENZ BEI NOTFÄLLEN.....	37
5.5. § 15 GuKG KOMPETENZEN BEI MEDIZINISCHER DIAGNOSTIK UND THERAPIE.....	38
5.6. § 15A GuKG WEITERVERORDNUNG VON MEDIZINPRODUKTEN.....	39
5.7. § 17 GuKG SPEZIALISIERUNGEN.....	39
5.8. WEITERE DETAILS.....	40
6. METHODIK.....	41
6.1. SETTING UND SAMPLE.....	42
6.2. ETHIK.....	42
6.3. DATENSAMMLUNG.....	43

6.4. DATENANALYSE.....	43
7. ERGEBNISSE.....	49
7.1. SCHLÜSSELKOMPETENZEN.....	49
7.2. KOMPETENZBEDARF.....	50
7.3. INFORMELLES LERNEN IN DER ARBEIT.....	50
7.4. ERMÖGLICHUNG VON FORTBILDUNG.....	51
7.5. UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE FIRMA.....	52
7.6. ZUR VERFÜGUNGSTELLUNG VON INFORMATIONSMATERIALIEN UND LITERATUR.....	52
8. SCHLUSS.....	53
9. LITERATURVERZEICHNIS.....	55
10. ANHANG.....	59
10.1. INTERVIEWLEITFADEN:.....	59

Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele f. Kompetenzen und ihre Merkmale.....	12
Tabelle 2: Kompetenz vs. Qualifikation.....	18
Tabelle 3: Kompetenzen der Handlungsdimensionen nach Olbrich S. 68f.....	29
Tabelle 4: Teilnehmer/innen und Situation.....	46
Tabelle 5: Kategorie und Subkategorien 1.....	47
Tabelle 6: Kategorie und Subkategorien 2.....	48

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wissen-Können-Treppe nach Hasler Roumois (2007, S. 37).....	10
Abbildung 2: Wissenstreppe nach North (2018, S. 43).....	21
Abbildung 3: Formen des Lernens nach Kraus (2014, S. 230).....	23
Abbildung 4: Kompetenzmodell nach Benner (1984, S. 13-34).....	26
Abbildung 5: Kompetenzdimensionen nach Olbrich (2009, S. 68).....	28
Abbildung 6: Kompetenzmodell nach dem GuKG 2016.....	31
Abbildung 7: Beispiel eines Codings in RQDA.....	48
Abbildung 8: Beispiel einer Paraphrase.....	48

Verzeichnis der Abkürzungen

DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
BMfG	Bundesministerium für Gesundheit
Informed Consent	Informierte Zustimmung
ISO	International Organization for Standardization
ICN	International Council of Nurses
EBN	Evidence Based Nursing
etc.	et cetera
u.a.	Unter anderem
Vgl.	Vergleiche
d. h.	Das heißt

Zusammenfassung:

Die steigende Anzahl an Pflegebedürftigen stellt im Besonderen für die Pflegekräfte eine Herausforderung dar, der sie mit beständiger Erweiterung ihrer Fähigkeiten und Kompetenzen zu begegnen versuchen. Phänomenologisch gesehen geschieht dies in der Arbeitswelt des untersuchten Settings beim gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegepersonals schwerpunktmäßig in informeller Form – hauptsächlich als Mentoring oder als Pair-Working. Die Zufriedenheit diesbezüglich ist gegeben und die Kompetenzerweiterung wird in dieser Form von den Pflegekräften stationsbezogen als adäquat empfunden.

Der Einsatz der wissenschaftlichen Expertise von Diplompflegekräften mit Studienabschluss wird im untersuchten intramuralen, konservativen Setting je nach Station kaum bis nicht gefördert oder genutzt. Für die Erfüllung der eigenen Kompetenzerweiterungsbedürfnisse ist Eigeninitiative und diesbezügliche Aktivität außerhalb des Unternehmens gefragt. Nicht unmittelbar durch Führungskräfte als nutzbar gesehene Ausbildungen werden im Rahmen der Arbeit weder angeboten noch ermöglicht. Vor allem die nicht vorhandenen zeitlichen Ressourcen werden als Hemmnis zur Kompetenzerweiterung am Arbeitsplatz empfunden, obwohl zumindest teilweise auf verschiedene Arten Materialien zum Selbststudium zugänglich sind. Grundsätzlich erfolgt der Kompetenzerwerb aber mündlich bzw. durch praktisches Vorzeigen durch Kollegen/innen.

Abstract:

The increasing number of people in need of care, presents a challenge in particular for the nurses, who try to counter it by constantly expanding their skills and competences. From a phenomenological point of view, this happens in the working world of the examined setting among the examined nursing staff, mainly in informal form - as mentoring or as a pair-working. Satisfaction in this regard is given and the expansion of competence in this form is perceived by the nurses referring to the station as adequate.

Depending on the ward, the use of the scientific expertise of university graduated nurses in the studied intramural, conservative setting is hardly ever promoted or used. Self-initiative and related activity outside the company is required to meet their own skills development needs. Training courses that are not considered directly usable by the lead nurses are neither offered nor made possible within the scope of the work. In particular, lack of time resources is perceived as a barrier to skills development in the workplace, although at least partially materials are available in a variety of ways for self-study. Basically, the acquisition of competence takes place orally or through practical demonstration by colleagues.

1. Einleitung

Die Entwicklung im Technologiebereich und in der Medizin schreitet voran und mit ihr ebenso die der Gesundheits- und Krankenpflege – oder sie sollte es zumindest. Die Entwicklung der Pflege – ihre Professionalisierung – im internationalen Bereich hat auch vor Österreich nicht halt gemacht. Beginnend mit dem GuKG 1997, in dem die Pflegeforschung als Aufgabe der Pflege erstmalig erwähnt wurde, über die eingeführten Studiengänge auf diversen Hochschulen und Universitäten bis hin zur im Jahr 2016 in der Novelle zum GuKG gesetzlich verankerten Verortung der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung an die Fachhochschulen versucht sich das österreichische Ausbildungssystem den international üblichen Niveaus anzugleichen.

Die Relevanz des Themas ist durch mehrere Faktoren gegeben. Die demografische Entwicklung und die damit u. a. auch verbundene Kostensteigerung auf der einen Seite (z. B. Anstieg der Pflegegeldkosten 1996-2016 um fast das 2-fache)¹ und eingeschränkte Ressourcen durch Sparmaßnahmen auf der anderen Seite (z.B. Erhöhung der Mindestbetreuungsstundenanzahl je Pflegestufe ab 2015) fordern von Seiten der Pflege Zusätzliches an Kompetenzen, um mit den steigenden Anforderungen zurecht zu kommen. Weiters bedeutet der Anstieg der dementen Personen in der österreichischen Bevölkerung – von 59.500 im Jahr 2000 bis zu prognostiziert ca. 140.000 im Jahr 2020 (Höfler et al., 2014, S. 20) – eine zusätzliche Herausforderung für das Gesundheitssystem und im Besonderen die Pflegekräfte.

Zusätzlich erfordern der vorher genannte technologische Fortschritt und neue Kenntnisse aus der Forschung eine dementsprechende Adaption der Pflege. Als Beispiele seien hier die zunehmende und vor allem EDV-basierte Dokumentation (spflicht) und die Bereiche Pharmakologie oder *EBN (Evidence Based Nursing)* genannt.

Diese Arbeit ist in zwei Hauptteile gegliedert: Der erste ist der theoretische Teil, welcher den Definitionen und Modellen der Kompetenz und Kompetenzentwicklung und den die Pflege betreffenden gesetzlichen Gegebenheiten Platz gibt. Der zweite Teil beinhaltet die praktische und empirische Seite, in dem zum Thema Kompetenzentwicklung die Le-

¹ http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/020069.html [3.4.2018]

benswelt von Diplompflegekräften in einem Setting, das den intramuralen Bereich eines großen Arbeitgebers im Raum Graz darstellt.

1.1. Zweck

Diese Arbeit hat das Ziel, einen Überblick über die Bereiche Kompetenz und Kompetenzentwicklung zu geben und die Phänomenologie der Kompetenzentwicklung in der Arbeitswelt des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege darzustellen. Zusätzlich soll ein Verständnis über die Möglichkeiten und die zugrunde liegenden Prozesse der Kompetenzentwicklung der Pflegefachkräfte im Rahmen des Dienstes entwickelt werden.

Der empirische, qualitative Teil dieser Arbeit dient dazu, eine Einsicht zu geben, welche Prozesse hierbei im definierten Setting stattfinden und ob und inwieweit aktuelle Strategien und Maßnahmen der Kompetenzerweiterung an die Bedürfnisse und Bedarfe der diplomierten Pflegefachkräfte angepasst sind und welche Faktoren hier eine Rolle spielen.

1.2. Forschungsfragen

Die auf den Fokus ausgerichtete Hauptforschungsfrage lautet:

Was bedeutet Kompetenz in der Pflege und wie wird Kompetenzentwicklung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der beruflichen Tätigkeit im intramuralen Bereich in Graz implementiert?

Zudem werden folgende Nebenforschungsfragen behandelt:

Wie sehen die Rahmenbedingungen bezüglich dieser Art der Kompetenzentwicklung aus? Inwiefern wird auf die Bedürfnisse des Personals eingegangen?

2. Definitionen

Dieses Kapitel befasst sich mit den Definitionen zu den Begriffen Wissen, Qualifikation, Kompetenz und Profession. Um ein Verständnis für die Thematik zu entwickeln, erscheint es sinnvoll, diese Begrifflichkeiten mit den ihnen zugrunde liegenden Eigenschaften näher zu betrachten und ihre jeweils grundlegend verschiedene Bedeutung zur Verständnis zu bringen.

2.1. Wissen

Es gibt eine Vielzahl von Definitionen von Wissen und die dazu verschiedenen Wissensarten. Um den Umfang der Arbeit nicht zu sprengen, werden hier einige gebräuchliche aus dem Wissensmanagement behandelt.

Auf Duden² online ist hierzu zu Wissen zu finden:

1. Gesamtheit der Kenntnisse, die jemand [auf einem bestimmten Gebiet] hat
2. Kenntnis, das Wissen von etwas

Im Wissensmanagement ist die Wissenstreppe nach North (vgl. North et al., 2018, S.43) ein Standard (siehe ISO 9000:2015). Nach diesem sind Informationen Daten (z.B. „100“), die in einem Bedeutungskontext stehen (z.B. „100°C“). Informationen wiederum werden, wenn man Sie vernetzt, zu Wissen d. h. sie sind die Grundlage, um Wissen zu generieren (vereinfacht z.B. „Wasser erhitzen mittels Flamme auf 100°C → Wasser ändert Aggregatzustand in gasförmig“). Diese Vernetzung kann durch verschiedenste Arten von Verarbeitung durch das Bewusstsein, wie Erfahrung, Kontext oder Erwartungen entstehen. Wissen ist für North die Basis für Entscheidungen und Handeln. Gespeichert und kommuniziert wird Wissen wiederum in Form von Informationen. Insofern kann es keine Wissensdatenbank geben (ebd.). Alle Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten, die von Individuen zur Problemlösung herangezogen werden, fasst Probst als „Wissen“ zusammen, d. h. es ist im Gegensatz zu Informationen und Daten immer auf das Individuum und auf einen bestimmten Handlungszusammenhang bezogen.

² <http://www.duden.de/rechtschreibung/Wissen> [19.1.2018]

Definiert wird auf der einen Seite das *implizite Wissen*, welches individuell auf Gefühlen, Werten und Erfahrungen basiert und wegen der Subjektbezogenheit schwierig in sozialen Interaktionen weitergegeben werden kann, da dieses im Kopf des jeweiligen Individuums abgespeichert ist.

Auf der anderen Seite gibt es das *explizite Wissen*, welches methodisch systematisiert und dokumentiert ist und in irgendeinem Medienformat zum Transfer bzw. zur Aufnahme zur Verfügung steht. Hierbei können verschiedene Methoden und Techniken der Informations- und Telekommunikationstechnologie (IKT) eingesetzt werden.

Nach Hasler Roumois ist implizites Wissen die „Gesamtheit des Wissens im Kopf eines Menschen, das in einem unbewussten (stilles Wissen), nicht bewussten (latentes Wissen) oder bewussten Zustand sein kann und aus kognitiven Elementen (die dadurch codierbar und artikulierbar sind) und aus operativen, kognitiv unzugänglichen Elementen besteht (die nicht explizierbar, höchstens demonstrierbar sind) (Hasler Roumois, S. 43).

Implizites Wissen besteht demnach aus Lernergebnissen von Erfahrungsprozessen, die an einen bestimmten Kontext gebunden sind. Es ist schwierig, implizites Wissen interindividuell zu übertragen bzw. anzueignen.

Explizites Wissen kann artikuliert und damit kommuniziert werden. Dadurch ist es transferierbar. Es kann aus impliziten Wissensbestandteilen, die kognitiv zugänglich sind und ins Bewusste gebracht werden können, bestehen (*expliziertes impliziertes Wissen*) (ebd.).

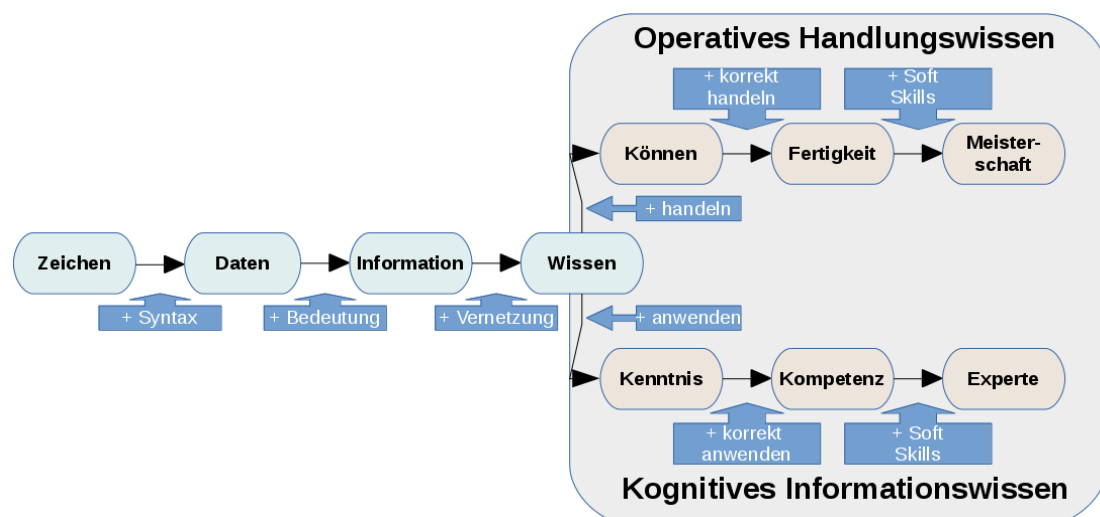


Abbildung 1: Wissen-Können-Treppe nach Hasler Roumois (2007, S. 37)

Diese Weiterentwicklung der Wissenstreppe nach North hat Hasler Roumois in der Wissen-Können-Treppe, in der eine Zweiteilung stattfindet (siehe Abbildung 1), dargestellt. Das operative Handlungswissen wird hierbei im Rahmen von Handlungen angeeignet. Entsprechend der Tätigkeit des Individuums überwiegt jeweils der operative oder der kognitive Aspekt.

In der Subjektwissenschaft wird Wissen als Behaltenweisen gesehen, die „als bestimmte Komponenten innerhalb einer jeweiligen Behaltens-/ Erinnerungsstrategie zu betrachten“ sind. (Holzkamp, S. 300).

Dies betrifft die

- mentalen Modalitäten, bei denen Behalten / Erinnern als z.B. Kodieren und Einprägen, also „innersprachliche Veränderungen des eigenen Erfahrungsbestandes“ statt findet.
- kommunikativen Modalitäten, bei denen Behalten / Erinnern als mündliches oder schriftliches Einholen von Wissen bzw. Informationen konkreter anderer Individuen statt findet.
- objektivierenden Modalitäten, die jede Art des äußeren Festhaltens des zu Behaltenden beinhaltet (z. B. Niederschreiben)

Holzkamp sieht bei dem zu Behaltenden zwei wesentliche unterschiedliche Gesichtspunkte: Einmal den Inhalt und dann noch dazu die Quelle bzw. den Träger.

„Ich muß nicht nur die jeweiligen kritischen Inhalte behalten bzw. erinnern können, sondern ich muß auch behalten / erinnern, ob und wie ich innerhalb der verschiedenen Modalitäten mir diese Inhalte verfügbar machen bzw. deren Wahrnehmungspräsenz herstellen kann“ (ebd. S. 303).

North (2018, S. 42) sieht den Wert von Wissen nur dann gegeben, wenn das „Was-Wissen“ als ein „Wie-Wissen“ eingesetzt werden kann. Es definiert sich die Wertschöpfung des Wissens als Produkt von Kompetenz (Können), Motivation (Wollen) und Legitimation (Dürfen). Ist eines dieser drei Dimensionen 0, so ist auch das Ergebnis 0.

2.2. Soft Skills

Oft werden nicht-kognitive Fähigkeiten als "Persönlichkeit" oder "Soft Skills" bezeichnet. Roberts (S. 6) unterscheidet hierbei vier bestimmende Domänen: Charaktereigenschaften (traits), Wertebewusstsein und Präferenzen (values & motives), kognitive Fähigkeiten (abilities) sowie die Sinnggebung des eigenen Lebens (narratives). In diesem Modell steht die Domäne der abilities für die kognitiven Fähigkeiten und die übrigen drei Domänen für die nicht-kognitiven Fähigkeiten. Der Begriff "Persönlichkeit" steht in dem Kontext daher meist für die Persönlichkeitseigenschaften.

North (2018, S. 63) bezeichnet Soft Skills als sozial-kommunikative und persönlichkeitsbezogene Kompetenzen und unterscheidet hierbei nachfolgende Bereiche:

- **Personale Kompetenz:** Fähigkeit und Bereitschaft eines Individuums, sich selbst durch u.a. vorhandene Selbstwahrnehmung, Kritikfähigkeit und Urteilsfähigkeit realistisch zu beurteilen. Zuverlässigkeit und adäquate Sprachanwendung gehören ebenfalls dazu. Beeinflusst wird diese zusätzlich durch erbliche Dispositionen und von der Sozialisation geprägte Werte und Verhaltensweisen.
- **Sozial-kommunikative Kompetenz:** Meist von einer spezifischen Situation abhängig. Hier geht es um die Bewältigung von sozialen Situationen, Beziehungen und Prozesse in einer Organisation oder Gruppe. Als Beispiele für Fähigkeiten sind hier Kooperations-, Kommunikations- und Motivationsfähigkeit zu nennen.

Als anschauliche Beispiele seien hier genannt (ebd. S. 66):

Tabelle 1: Beispiele f. Kompetenzen und ihre Merkmale

Kompetenz	Merkmal
Zuverlässigkeit	Steht zu / hält sich an Vereinbarungen und Zusagen
Entscheidungsfähigkeit	Entscheidet schnell, begründet und steht dazu
Eigeninitiative	Die Suche nach neuen Aufgaben und Lösungen erfolgt aktiv von selbst. Bringt Vorschläge / Ideen ein.
Ausdrucksvermögen	Gibt die Information an den Empfänger angepasst, klar, deutlich und diplomatisch aus.

Strukturiertes, analytisches Denken und Handeln	Vorgang, Planung, Steuerung ist strukturiert und methodisch. Übersicht wird behalten.
Internationalität	Kulturkreis- und Sprachkenntnisse sind vorhanden. Akzeptanz- und Kooperationsfähigkeit bezogen auf fremde Gepflogenheiten
Kritik- und Konfliktfähigkeit	Konflikte wahrnehmen und sachlich und konstruktiv lösen. Selbstreflexion.
Kontaktfähigkeit, Wertschätzung und Respekt	Baut Beziehungen gestalterisch und offen auf. Berücksichtigt andere Sichtweisen und implementiert ein kollegiales Klima.

2.3. Qualifikation

Qualifikation ist durchwegs auf Tätigkeiten bezogene Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten beschränkt und impliziert damit eine direkte Verwertbarkeit und Objektbezogenheit direkt auf definierte Aufgaben und Anforderungen. Des weiteren ist sie fremd gerichtet d. h. es müssen vordefinierte Ziele erreicht werden, die z. B. in Form von Curricula oder zur Erreichung von Zertifikaten vorgegeben sind (vgl. Giger / Heyse).

Im Duden³ wird das ähnlich definiert:

1. Qualifizierung
2. durch Ausbildung, Erfahrung oder Ähnliches erworbene Befähigung zu einer bestimmten [beruflichen] Tätigkeit
3. Voraussetzung für eine bestimmte [berufliche] Tätigkeit (in Form von Zeugnissen, Nachweisen oder Ähnliches).

(...)

Nach Hecker kommt es zur Qualifikation, wenn es am Ende von Bildungsmaßnahmen durch Prüfungen zu einem Nachweis bzw. einer Dokumentation kommt, „womit die Lernergebnisorientierung anvisiert wird“ (Hecker, S. 109). Dementsprechend ist ein zentraler Punkt einer Qualifikation, dass sie fremdbestimmt und auf einen nachweislichen, zertifizierten Abschluss bezogen ist.

³ <http://www.duden.de/rechtschreibung/Qualifikation> [19.1.1017]

2.4. Kompetenz

Zum Begriff Kompetenz gibt es keine einheitliche Definition. Die Ursache ist unter anderem damit begründet, dass sich mehrere akademische Disziplinen, wie Psychologie, Betriebswirtschaftslehre, Linguistik und Pädagogik damit beschäftigt und unter ihren Rahmenbedingungen dementsprechend unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt haben.

Einige dieser Definitionen werden in diesem Kapitel kurz skizziert.

McClelland führte 1973 als erster den Begriff „Kompetenz“ ein. Er trat dafür ein, von reiner Intelligenzmessung abzugehen und statt dessen Faktoren zu messen, die relevant für bestimmte Kriterien – wiederum bezogen auf bestimmte Tätigkeiten – sind.

In der Norm ISO 9000 ist Kompetenz als *Fähigkeit, Wissen und Fertigkeiten anzuwenden, um beabsichtigte Ergebnisse zu erzielen* definiert (vgl. North et al., 2016).

„Kompetenzen konkretisieren sich also im Moment der Wissensanwendung. Die Kompetenz, Wissen zweckorientiert in Handlungen umzusetzen, unterscheidet den Lehrling vom Meister, den Geigenschüler vom Virtuosen, die erfolgreiche Sportmannschaft vom brillanten Einzelspieler“ (North et al., 2018, S. 42).

Diese Definition scheint zu kurz zu greifen und entspricht eher der vorher genannten Definition von „Qualifikation“.

Nach Giger / Heyse ist Kompetenz „die Fähigkeit, situationsadäquat zu handeln“. (Giger / Heyse, S. XIII).

Kompetenzen sind Handlungspotenziale und -fähigkeiten, die einem ermöglichen, mittels dieser selbst oder fremd gestellten Anforderungen zu entsprechen. Kompetenz ist also nicht allein Wissen, sondern die Fähigkeit, dieses in Handlungen entsprechend umzusetzen.

„Kompetenzen sind Handlungsfähigkeiten, keine Persönlichkeitseigenschaften(!) und können letztlich nur im Vergleich zu genau skizzierten Anforderungssituationen, zu Kompetenz-Sollprofilen (Tätigkeits- und Funktionsprofilen) bewertet und trainiert werden.“ (ebd. S. XIII)

Wissen, Fertigkeiten und Qualifikationen sind zwar notwendig, aber nicht hinreichend um Kompetenzen zu besitzen. Es benötigt noch die Erweiterung zur Handlungsfähigkeit durch Regeln, Normen und Werte, um dann selbstorganisiert außerhalb der Routine stehende Aufgaben bewältigen zu können und – auch wenn eventuell Wissensdefizite bestehen –

durch interpolierendes in Beziehung setzen mit Werten, damit die Handlungsfähigkeit aufrecht erhalten bleibt (vgl. Hecker, S. 117). Kompetenzen sind also ganzheitlich – im Gegensatz zu objektbezogenen Qualifikationen – in dem Sinne, dass sie die Fähigkeit abbilden, inwieweit selbstorganisiert Probleme gelöst oder Handlungen ausgeführt werden können.

Nach Kaufhold haben Kompetenzen folgende Merkmale:

- **Subjektorientierung:** Im Gegensatz zur „Qualifikation“, die zur Erfüllung bestimmter gesellschaftlicher Anforderungen dient, ist die Kompetenz auf die einzelne Person bezogen, ihre individuelle Persönlichkeit, Bedürfnisse und Interessen beachtend.
- **Handlungsorientierung:** Der Fokus liegt bei der Kompetenz mehr bei den zur Handlung zur Verfügung stehenden Dispositionen. Kompetenz ist also die Befähigung Gelerntes in einer konkreten Lage nutzen zu können. Die Beobachtbarkeit ist nicht direkt gegeben, sondern indirekt eben dieses konkrete Handeln in der jeweiligen Situation. Dies wird oft auch als „Performanz“ bezeichnet.
- **Ganzheitlichkeit:** „Qualifikation“ bezieht sich hauptsächlich auf kognitive und fachliche Aspekte. Im Begriff „Kompetenz“ sind neben den kognitiven Anteilen auch nicht-kognitive Elemente enthalten, wie z.B. Motivation, Persönlichkeitseigenschaften und persönliche Werte. Es hält sich hier ähnlich wie beim Begriff „Bildung“, der neben Wissen und Fertigkeiten auch u.a. diese nicht-kognitiven Elemente enthält.
- **Selbstorganisationsfähigkeit:** Während bei „Qualifikation“ das Lernen eher fremdbestimmt ist, liegt der Schwerpunkt bei der „Kompetenz“ bei der Selbstorganisation des Handelns.
- **Einbeziehung informeller Lernprozesse:** „Kompetenz“ beinhaltet allumfassend alles, was das Individuum sich an Wissen und Befähigungen angeeignet hat – unabhängig davon, woher die Kompetenzen kommen, selbst wenn sie informell erlernt wurden.
- **Offene Normativität:** Es gibt noch keine definierten Normen bezüglich „Kompetenz“. Im Vergleich hat der Begriff „Bildung“ ein durch die Ideale Partizipation, Mündigkeit und Emanzipation geprägtes Menschenbild.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass

- Kompetenzen sich in Handlungen zeigen
- Kompetenzen situationsabhängig sind
- Kompetenzen subjektabhängig sind
- Kompetenzen veränderbar sind

2.5. Profession und Professionalisierung

Um den Begriff der Profession näher betrachten zu können, muss erst der „Beruf“ als vorhergehende Stufe von der Definition her kurz angerissen werden: Den Begriff des „Berufs“ sieht Voß (1994, S. 128) „als eine soziale Form spezialisierter Fähigkeiten („erlernter Beruf“) und / oder Tätigkeiten („ausgeübter Beruf“), die, auf der Basis spezifischer Ausbildungen, relativ dauerhaft (oft lebenslang) von Personen im Rahmen der gesellschaftlichen Funktionsdifferenzierung übernommen werden“. Das Konzept der Professionalisierung bedingt die Darlegung, welche Voraussetzungen ein Beruf braucht, um als Profession gelten zu können.

Voß (2012, S. 290) definiert als "Profession" einen Beruf, der über eine hohe Autonomie und entsprechendes soziales Ansehen besitzt und meist auf wissenschaftlich abgesichertem Fachwissen basiert. Zusätzlich herrscht in einer Profession eine hohe berufsethische Verantwortung vor.

Geisslers (S. 20) Katalog mit den Merkmalen, die eine Profession kennzeichnen, lautet demnach:

- Autonomie bei der Ausübung des Berufes
- Lizenzierte Berechtigung zur Ausübung
- Ausbildung auf akademischem Niveau
- Fachterminologie und wissenschaftlich belegtes Wissen
- Hohen sozialen Status
- Normen (*code of ethics*) und eine organisierte kollektive Selbstkontrolle

Überträgt man diese Punkte auf die Profession der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. misst man diese an diesen Merkmalen, sieht das folgendermaßen aus:

Die Autonomie ist in einigen Bereichen gesetzlich geregelt (z. B. im GuKG u. a. der Pflegeprozess) und die lizenzierte Berechtigung ist durch das Diplom für die Gesundheits- und Krankenpflege gegeben. Die Ausbildung auf akademischem Niveau gibt es schon optional seit 1996 (Fächerkombination am Institut für Erziehungswissenschaft der Karl-Franzens-Universität Graz) bzw. 2006 mit dem Bachelor Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz. Seit 2016 hat die Verlegung der Diplombildung auf die Fachhochschulen begonnen und soll 2024 abgeschlossen sein.

Fachterminologie ist bedingt durch die multidisziplinäre Arbeit mit dem medizinischen System und durch die Orientierung an die internationale (und seit geraumer Zeit auch nationale) Pflegewissenschaft gegeben.

Bezogen auf den hohen sozialen Status, können sich die Pflegekräfte zwar nicht beim Einkommen hervorheben laut dem *Trust in Professions Report* sind sie dennoch vom Ansehen her direkt nach den Feuerwehrleuten an zweiter Stelle⁴.

Der *ICN Code of Ethics for Nurses*⁵ mit den vier Elementen

- Pflegende und ihre Mitmenschen,
- Pflegende und Pflegepraxis,
- Pflegende und ihre Profession,
- Pflegende und Mitarbeiter

beinhaltet ethische Grundregeln und -prinzipien, die für alle Pflegende Gültigkeit haben. „Professionalisierung“ ist der Prozess der Implementierung einer Profession und geschieht grundsätzlich auf zwei Ebenen – der individuellen und der politischen. Auf individueller Ebene geht es um den Erwerb und die Weiterentwicklung von handlungsbezogenen Kompetenzen. Die politische Ebene kennzeichnet als Aufgabe Aufbau und Struktur des Berufsbildes. Zusätzlich ist sie für die damit zusammenhängende rechtliche und politische Anerkennung zuständig.

⁴ <https://www.gfk-verein.org/compact/fokusthemen/weltweites-ranking-vertrauenswuerdige-berufe> [11.4.2018]

⁵ http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [11.1.2018]

Unter „Professionalität“ wird „gekonnte Beruflichkeit“ (Hartz / Meisel, 2006, S. 110) verstanden. Professionalisierung kann als Entwicklung von Professionalität angesehen werden (Fuchs, 2011, S. 109).

Eine Profession und ein sich professionalisierendes Berufsfeld definiert, dass gemeinsam mit den Klienten mittels methodisch kontrollierter Verfahren an der Problemlösung gearbeitet wird. Hierbei findet eine nicht-technische Anwendung von Wissen statt und die Intervention orientiert sich am jeweiligen Fall, d. h. es besteht quasi ein kooperatives Arbeitsbündnis (Geissler, 2013). „In diesem Sinne ist professionelles Handeln nach Oevermann immer „Fallverstehen““ (ebd.).

Die Schwerpunkte der Professionalisierung liegen seit einiger Zeit hauptsächlich einerseits bei der Qualifizierung und die dabei formal höhere Qualifikation über ein Fachstudium (Akademisierung), um eine wissenschaftliche Begründung für das Handeln zu haben und andererseits im *Register für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe*⁶, in dem alle Pflegekräfte ab 1. Juli 2018 registriert werden. Dieses von außen abrufbare Register wird von der Arbeiterkammer verwaltet und soll die Profession aufwerten, da damit eine Qualitätssicherung gewährleistet sei. Hierbei können von sämtlichen vom GuKG (u. a.) betroffenen Personen die Qualifikationen abgerufen werden.

3. Kompetenzen

Die verschiedenen Definitionen von Kompetenz wurden bereits in Kapitel 2 skizziert. Den grundsätzlichen Unterschied zum Begriff der Qualifikation zeigt als Übersicht nochmals folgende Tabelle nach Kaufhold (S. 51ff) auf.

Tabelle 2: Kompetenz vs. Qualifikation

Kompetenz	Qualifikation
Begriff ist subjektbezogen	Begriff ist anforderungsbezogen
Bezieht sich ganzheitlich auf das Individuum und die gesellschaftlichen Werte	Bezug liegt tätigkeitsbezogen auf Fertigkeiten und Kenntnisse
Selbstorganisation von Lernprozessen sind im Fokus	Ist curricular und damit sind die Lernprozesse fremdorganisiert

⁶ https://www.arbeiterkammer.at/interessenvertretung/arbeitsmarkt/gesundheitsberufe/Registrierung_fuer_Gesundheitsberufe.html [11.1.2017]

Umfasst den Variantenreichtum an individuellen Handlungsmöglichkeiten (Dispositionen)	Bezug liegt alleine auf zertifizierte Fertigkeiten und Kenntnisse
Steht in Bezug zu Handlung, Situation und Sinn	Steht in Bezug zu vermitteltem Wissen/Fertigkeiten und Tätigkeitsanforderungen

Wichtig ist hierbei zu beachten, dass sowohl der Qualifikationsbegriff, aber speziell auch der Kompetenzbegriff „in Bewegung sind“ und diese Unterteilung ein Anhalt ist (ebd.)

Um etwas tiefer in den Bereich der Kompetenzen einzudringen, werden zunächst in diesem Kapitel die unterschiedlichen Facetten von Kompetenz beleuchtet.

3.1. Kompetenzdimensionen

Die im deutschsprachigen Raum bekannteste inhaltsbezogene Kompetenzgliederung stammt von Roth (1971). Kompetenz setzt sich hierbei aus den Dimensionen *fachliche, sozial, methodische und personelle* Kompetenz zusammen.

Die Definition von *Fachkompetenz* nach Kauffeld beinhaltet alle Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten, die in einer direkten Beziehung zur eigenen Arbeit(sstelle) bzw. der Organisation und zu den betreffenden Prozesse der jeweiligen eigenen Aufgabe stehen. „Sie sorgen für die Spezialisierung der Person“ (Frey, S. 33).

Laut Kauffeld „verfügt derjenige über Selbstkompetenz, der bereit ist, seinen Arbeitsplatz und seine Arbeitsgestaltung konstruktiv mitzugestalten, dispositiv zu organisieren und Verantwortung zu übernehmen“ (S. 26).

Methodenkompetenz beinhaltet die kognitive Fähigkeit, flexibel Methoden zur Ordnung, Einteilung und Bewältigung von Gegebenheiten in unterschiedlichen Situationen anzuwenden.

Unter Sozialkompetenz wird verstanden, dass sich Individuen je nach Situationsbedingung(e)n in sozialen Interaktionen dementsprechend verhalten.

Heyse / Giger unterscheiden im Bereich der Kompetenz vier Ebenen:

- **Personale Kompetenzen** – Fähigkeit, sich selbst einschätzen zu können und im Rahmen von Tätigkeiten kreativ zu werden und dabei zu lernen. Des weiteren können Wertvorstellungen, Motive und Deutungen entwickelt werden.

- **Aktivitäts- und Handlungskompetenzen** – Eine selbstorganisierte Handlungsfähigkeit zu besitzen und dabei Individuen oder Gruppen / Organisationen einzubeziehen, um Situationen zu meistern.
- **Fach- und Methodenkompetenzen** – Fähigkeit zur gedanklich-methodischen Selbstorganisation unter kreativem Einbezug von fachlichen Kenntnissen und Fertigkeiten und damit eine Ordnung in das (gedankliche) Vorgehen zu bringen.
- **Sozial-kommunikative Kompetenzen** – Fähigkeit zur kommunikativen und kooperativen Selbstorganisation durch beziehungsseitiges Auseinander- und Zusammensetzen, das der Entwicklung gemeinsamer neue Pläne und Ziele dient.

North (2018, S. 70f) sieht die Handlungskompetenz als eine Tautologie an, quasi wie ein „weißer Schimmel“, wie er es nennt. Er begründet dies damit, dass sich Kompetenz nur in Bezug zu einer Handlung erweisen kann und ohne diese nicht existiert. Er beschreibt in weiter Folge die Kompetenzdimensionen der Kultusministerkonferenz (KMK 2011) mit der „Bereitschaft und Fähigkeit“ in den Bereichen:

- **Fachkompetenz:** Kompetenz zur selbstständigen, methodischen und zielorientierten Lösung eines Problems / einer Situation. Zusätzlich ist die Beurteilungsfähigkeit basierend auf fachlichem Wissen und Können gegeben.
- **Selbstkompetenz:** Als Individuum verschafft man sich über Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen im Beruf und im sozialen Leben Klarheit und hat die Fähigkeit, über diese strukturiert Überlegungen anzustellen und sie zu evaluieren. Diese Kompetenz beinhaltet neben Kritikfähigkeit und Selbstständigkeit auch Zuverlässigkeit und Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein.
- **Sozialkompetenz:** Hierbei geht es um die Befähigung, soziale Beziehungen einzugehen und anzuregen. Es kommt hier zur Ausbildung sozialer Verantwortung und Solidarität.
- **Methodenkompetenz:** Befähigt das Individuum zum zielgerichteten und geplanten Vorgehen beim Herangehen an Aufgaben und Lösung von Problemen (z. B. bei der Planung der Arbeitsschritte oder Wahl der Arbeitsmittel).
- **Kommunikative Kompetenz:** Hierbei herrscht Kommunikationsverständnis vor und man ist befähigt zur Gestaltung von kommunikativen Gegebenheiten mit

der Aufgabe, Absichten und Bedürfnisse anderer sowie die eigenen anzuerkennen und zu verstehen.

- **Lernkompetenz:** Diese befähigt dazu, selbstständig Informationen zu Sachverhalten zu sammeln und Zusammenhänge gemeinsam mit anderen zu er- und verarbeiten, zu verstehen und dem ganzen Strukturen zu geben. Für das lebenslange Lernen werden eigene Strategien und Techniken entwickelt und angewendet.

3.2. Kompetenzmanagement

Kompetenzorientiertes Management bedingt, dass alle Stufen der North'schen Wissenstreppe behandelt werden.

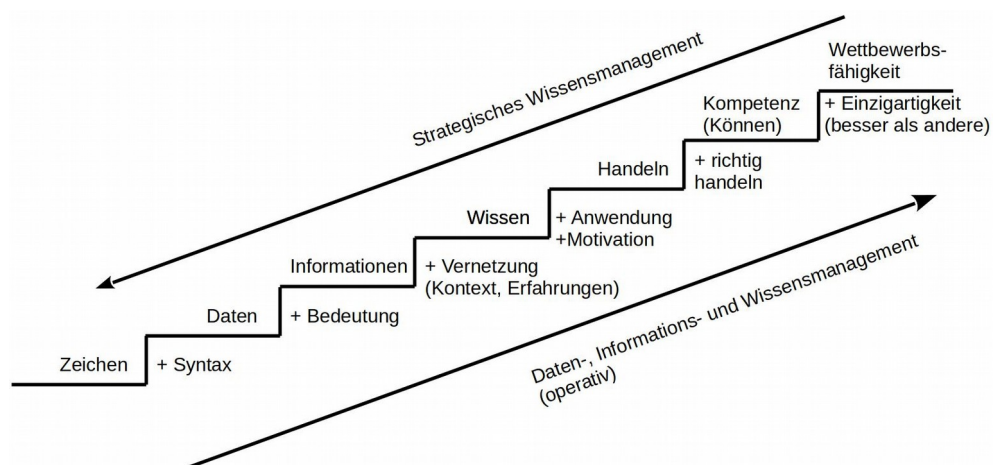


Abbildung 2: Wissenstreppe nach North (2018, S. 43)

Die drei Bereiche beinhalten das

- **Operative Kompetenz- und Wissensmanagement**, welches die vordergründige Aufgabe hat, Informationen zu Wissen, Können und Handlungsmöglichkeiten überzuführen. Hier geht es um den Wissenstransfer.
- **Strategische Kompetenzmanagement**, das sich mit der Frage beschäftigt, für welche Kompetenz welches Wissen und Können benötigt wird. Hierbei werden auch die dafür notwendigen Prozesse und Strukturen konzipiert.

- **Informations- und Datenmanagement**, das die Grundlage des gesamten Wissens- und Kompetenzmanagements ist und dabei Speicherung, Distribution und Bereitstellung der Informationen sicherstellt.

Aus der Treppe (Abbildung 2) ist ersichtlich, wie eng Informations-, Wissens- und Kompetenzmanagement miteinander in Verbindung stehen – Kompetenz beruht letztendlich auf das Vorhandensein der Eigenschaften der vorhergehenden Stufen.

3.3. Kompetenzentwicklung

Kompetenz entsteht einerseits durch die erfolgreiche und wiederholende Aktivierung und das Zusammenfassen von unterschiedlichen Fähigkeiten etc. zur Lösung von bestimmten Aufgaben oder mittels Reflexion und darauffolgender Implementierung der aus dieser erworbenen Erkenntnisse und Wahrnehmungen (North, 2018, S. 45). Kompetenz ist daher das Ergebnis eines offenen, regen Lernvorganges, in dem individuelle Ressourcen und Befähigungen genutzt werden. Dadurch entsteht die Möglichkeit, auf neue, vielschichtige und außerordentliche Situationen von sich selbst überzeugter und und passender zu reagieren. Kompetenzen entstehen abgesehen von genetischen Aspekten zuerst einmal unbewusst durch Sozialisation, die vor allem familiär und familiennah abläuft, aber auch durch wichtige Ausprägungen in der sozialen Gruppe, die man in der Schule und im Vereinsleben erfährt und die vor allem die Dispositionen, Werte und Haltungen beeinflusst. Kompetenzen entstehen zudem in unterschiedlichen bewussten und organisierten Lernsituationen. Dabei unterscheidet man vier Formen des Lernens:

- **Formal:** Lernen geschieht gezielt und aktiv als Primärvorgang und ist ein bewusst angegangener Prozess, der pädagogisch organisiert und im Bildungssystem integriert ist. Nach positiver Beendigung gibt es einen anerkannten Abschluss (Zeugnis, Diplom etc.).
- **Non-formal:** Lernen ist ein Nebenvorgang zu einem Primärvorgang. Es kommt z. B. bei der Organisation einer Fortbildung ebenfalls zu einem Lernprozess und dieser ist somit ebenfalls pädagogisch organisiert, führt allerdings zu keinem vom Bildungssystem anerkannten Abschluss.
- **Informell:** Lernen ist hier ein Begleitgeschehen, das im Zuge eines anderen Vorganges auftritt, allerdings bewusst und aktiv. Es kommt z. B. durch das Lesen von

Fachliteratur oder Einholen von Experten/innenmeinungen ebenfalls zu bewusst induzierten Lernvorgängen.

- **Implizit** (en passant): Lernen ist hier ein Begleitvorgang, der im Zuge eines anderen Vorganges unbewusst geschieht. Hierbei geschieht das Lernen zufällig und ohne dass man sich dessen bewusst ist Es passiert sozusagen im Vorbeigehen („en passant“).

Lernen	Aktiv	Bewusst	Pädag. organisiert	Im Bildungssystem
Formal	X	X	X	X
Non-Formal	X	X	X	
Informell	X	X		
Implizit	X			

Lernen ist der primäre Vorgang d.h. das Individuum lernt aktiv um zu lernen

Lernen integriert in andere Vorgänge d.h. Fokus und Aktivität liegen woanders, aber es wird währenddessen gelernt

Abbildung 3: Formen des Lernens nach Kraus (2014, S. 230)

Bei Gnahs (S. 12) entsteht im umfassenden Sinn Kompetenzentwicklung mit Merkmalen versehen, die dazu dienen, gleichzeitig

- persönliche Entfaltung,
- gesellschaftliche Teilhabe und
- Beschäftigungsfähigkeit

anzustreben.

Kaufhold sieht den Kompetenzerwerb bzw. die Kompetenzentwicklung als einen Prozess, bei dem das Fähigkeitsportfolio fachlich, sozial und methodisch zu handeln vergrößert wird. Zugleich kommt es auch zu einer Erweiterung der Selbstentwicklungsfähigkeit (S. 22 ff).

Wenn Individuen zwischen bestehendem Wissen und erforderlichem Wissen eine Diskrepanz entdecken, so kann dies zu einem starken Ansporn führen, mittels Erweiterung bzw. Entwicklung der benötigten Kompetenz eben diese Diskrepanz zu beseitigen (Lysaght &

Altschuld, S. 95). Dazu bedarf es einer Fähigkeit, sich selbst zu beurteilen. Mittels dieser Fähigkeit zur Selbstreflexion ist es einfacher bzw. möglich, das eigene Kompetenzdefizit zu erkennen und sich mittels selborganisierten Lernens die jeweilige Problemlösung zu erarbeiten. Das bedeutet, dass es zur Kompetenzentwicklung diese Selbstkompetenz benötigt und weiter ausgeführt eine (Eigen-) Motivation notwendig ist (Erpenbeck & von Rosenstiel). Nach Grant & Lanford besteht das Selbstreflexionsvermögen aus der Bewertung der eigenen Gedankengänge, Verhaltensweisen und Emotionen und kann in die zwei Dimensionen eingeteilt werden. Sie nennen diese lösungsfokussierte und selbstfokussierte Selbstreflexion (S. 821ff).

Für Strauch et al. ist „Kompetenzentwicklung [...] ein Prozess, in dem das Subjekt seine fachlichen, sozialen, methodischen und / oder personalen Kompetenzen erweitert, aktualisiert und verfeinert“ (S. 19).

Dabei werden die didaktischen Prinzipien, die für die Gestaltung von Kompetenz entwickelnden Lernprozessen notwendig sind, als sich wechselseitig ergänzend und bedingend gesehen:

- Handlungsorientierung: Im Mittelpunkt steht der Bezug des Ausbildungszieles zu einer realen Handlung d.h. die Bildungsarbeit zielt auf eine Anwendung ab und erhöht diesbezüglich die Handlungsdispositionen.
- Eigenaktivität des Lernenden: Die Lernumgebung sollte hohe Praxisanteile enthalten und mit situativen Herausforderungen versehen sein, um die Lernenden aktiv einbinden zu können.
- Subjektorientierung: Die Beachtung der Handlungsprobleme und -vorhaben der Lernenden liegt im Fokus dieses Prinzips. Wichtig ist hierbei die Berücksichtigung der Lern- und Erfahrungsvorgeschichte.
- Kompetenzorientierung: Hierbei wird an bereits vorhandene Kompetenzen angeknüpft. D.h. es besteht eine Orientierung am Bestehenden, am Positiven und nicht die Defizite sind der Ausgangspunkt.

Für die Lehrenden ergibt sich in diesem Sinne eine neu gestaltete Rolle, die folgende Kompetenzen erfordert (ebd., S. 21):

- Methodenkompetenz, um interaktive Lehr-Lernsituationen zu implementieren

- Entwicklung von mit hohen Selbststeuerungsanteilen durch die Lernenden versehenen Curricula
- Kompetenzen zur Diagnose von Lernpotenzialen und -schwächen
- Kompetenz der Beratung von Lernenden in Bezug auf Lernhilfen, Selbstmanagement und Selbstkontrolle
- Medienkompetenz zum zielgerichteten Einsatz von passenden Medien
- Teamfähigkeit und interdisziplinäre Lern- und Arbeitskompetenzen.

Die Lehrendenrolle ist hierbei bestimmt durch die sich aus den Kompetenzen ergebenden Aufgaben:

- Erschaffen eines mit Vertrauen ausgestatteten Klimas
- Klärung von Lernzielen, -zeiten und -orten
- Unterstützung bei der Wahl der Lerninhalte und der Strategie
- Bezugsherstellung zu den Erfahrungen der Teilnehmenden
- Bereitstellung von Lernmitteln
- Beachtung von Kommunikations- und Gruppenaufbau
- Sichern von Lernerfolgen

3.4. Kompetenzentwicklung während der Arbeit

Das Lernen beim Arbeiten kann als dualer Prozess angesehen werden: eine Synthese aus Arbeit und Wissensaneignung.

Das Lernen am Arbeitsplatz beinhaltet verschiedene Teile des Lernens

- aus der Erfahrung,
- des impliziten Lernens,
- des Alltagslernens und
- des selbstgesteuerten Lernens.

Hierbei werden diese Lernformen an einem spezifischen Lernort kombiniert (vgl. Dohmen, S. 47). Nach Frank (S. 287) ist das Lernen hierbei nicht mehr zwingend und nicht an einen bestimmten Ort gebunden. Lernprozesse können also insofern immer und überall

geschehen. Weiters kann es dabei zu Überlappungen kommen. Angestossen werden diese durch Reflexion der eigenen Tätigkeiten am Arbeitsplatz. Die hierbei entstehende informelle Kompetenzaneignung am Arbeitsplatz ist somit von der Erfahrung geführt. Sie ist implizit, durch einen selbst gesteuert und organisiert.

4. Kompetenzen im Bereich der Pflege

In der Pflege haben sich einige Kompetenzmodelle als Quasistandards durchgesetzt. Das ursprüngliche und erste anerkannte Modell war jenes von Benner.

4.1. Kompetenzmodell nach Benner

Benner brachte 1994 ein Modell heraus, das das Phänomen der Verbesserung der Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeiten behandelt, indem „Erfahrungen während des Handelns entstehen und das Handeln leiten“ (S. 43).

Sie unterteilt die „Meisterungsstufen“ der Kompetenzen in fünf Bereiche.



Abbildung 4: Kompetenzmodell nach Benner (1984, S. 13-34)

1. Neuling: Arbeitet quasi nur nach Vorschrift, da über keine praktischen Erfahrungen verfügt wird (Praktikanten/innen, neue Mitarbeiter/innen)
2. Fortgeschrittene/r Anfänger/in: Nach einigen ersten fachlichen Erfahrungen im Beruf, treten situative Faktoren mehr in den Mittelpunkt. Es kommt zum Zusammenspiel von Theoriewissen und Praxis.
3. Kompetent: Fähigkeit, Prioritäten zu setzen, ist vorhanden und diese wird zur Planung der Arbeit eingesetzt. Flexibilität geringer und Geschwindigkeit langsamer als bei den Erfahrenen.

4. Erfahrung: Situationen werden als Ganzes aus allen Perspektiven gesehen und beurteilt. Die Erfahrung zur sofortigen Reaktion ist vorhanden.
5. Experte – Experte/in: Der große Erfahrungsfundus ermöglicht die intuitive Beurteilung der Lage und Eruiierung der Kernproblematik

Benner sieht Krankenpflege als etwas, das nicht „zerstandardisiert“ werden sollte, sondern als einen individuellen, an die jeweilige Person angepassten interaktiven Vorgang. Formale Modelle können für Benner aber als ein Anhalt für Neulinge ihre Berechtigung haben.

Sie unterscheidet zwei Ebenen der Kompetenzaneignung:

In der

1. Ebene entsteht die Aneignung durch schulisch vermittelbare Grundsätze und Theorie, und in der
2. Ebene ist die Basis dadurch gegeben, dass die Fähigkeit zu kontextabhängigem Handeln erlangt wird. Dies kann nur durch Erlebnis von realen Situationen geschehen.

Für Benner entsteht das praktische Wissen in sechs unterschiedlichen Bereichen:

- **Sensibilität** für feine qualitative Unterschiede, welche auf der menschlichen Wahrnehmungsfähigkeit basiert. Diese ist nicht analytisch erfassbar und quantifizierbar.
- Ein **gemeinsames Verständnis**, was in einer bestimmten Situationen förderlich und brauchbar ist. Verstanden wird dabei das für selbstverständlich erachtete Hintergrundwissen, über das nicht kommuniziert werden muss.
- **Annahmen, Erwartungen und Einstellungen** beeinflussen, wie man in einer Gegebenheit handelt. Diese entwickeln sich in und aus der Praxis und werden durch Erfahrungen geprägt.
- **Paradigmatische Fälle und persönliches Wissen** resultieren in einer Änderung des eigenen klinischen Wissens. Für Benner können Erfahrungen nur dann Erfahrungen als Erfahrungen angesehen werden, wenn sie zu einer Erweiterung oder zum Verwerfen des Vorwissens führen. Durch diese Erfahrungen können Experten/innen rasch Situationen erfassen und adäquat reagieren.
- **Maxime** sind Grundsätze bzw. Handlungsregeln. In Teams werden diese häufig implizit oder explizit gelebt und die Handlungen orientieren sich an diese. Sie resultieren in einer gemeinsamen Sprache und dienen als Handlungsrahmen.

- **Nicht vorgesehene Aufgaben** sind jene Tätigkeiten, welche von anderen Professionen an die Pflegepersonen delegiert werden

Nach Benner kommt es nur in einer unterstützenden Umgebung, in der von den Kollegen/innen aller Ebenen gelernt werden kann, zur Entwicklung einer hohen klinischen Expertise .

4.2. Kompetenzmodell nach Olbrich

Olbrich baut ihr Kompetenzmodell, untermauert durch Forschungsergebnisse aus Deutschland, auf jenes von Benner auf, und erweitert es. Für sie ist „Pflege ein zutiefst ethisches Geschehen [...] und [wird] mit zunehmender Kompetenz als aktiv-ethisches Handeln sichtbar“ (2009, S. 103). „Pflegekompetenz ist demnach die Stärke einer Person, in komplexen, nicht vorhersehbaren Situationen selbstorganisiert zu handeln“ (S. 131). Aufgrund einer qualitativen Analyse sieht Olbrich Pflegekompetenz auf vier Dimensionen verteilt (S. 65).

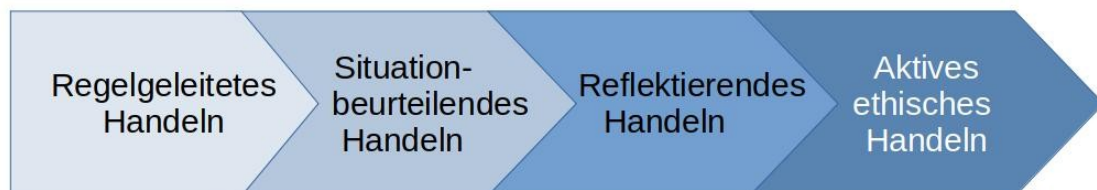


Abbildung 5: Kompetenzdimensionen nach Olbrich (2009, S. 68)

1. Regelgeleitetes Handeln: Wie der Name sagt, ein durch Fachwissen und Routine vorgegebenes und sich damit an Regeln haltendes Handeln.
2. Situativ-beurteilendes Handeln: Die Fähigkeiten haben sich gesteigert, um in erster Linie auf den Patienten bezogen die eigene Wahrnehmung und Sensibilität zu entwickeln und das eigene Handeln danach auszurichten.
3. Reflektierendes Handeln: Sich auf sich selbst und die Umwelt beziehen, daraus Schlüsse ziehen und entsprechend die Handlungen anzupassen.

4. Aktiv-ethisches Handeln: Dazu müssen erst die vorherigen drei Stufen durchlaufen werden. Hierbei basieren die Handlungen zusätzlich auf Grundlage von ethisch unterlegten Werten.

Die zu den jeweiligen Dimensionen zugehörigen Kompetenzen lassen sich aus der nachfolgenden Tabelle entnehmen:

Tabelle 3: Kompetenzen der Handlungsdimensionen nach Olbrich S. 68f

Handlungsdimension	Kompetenzen
Regelgeleitetes Handeln	Fachwissenanwendung. Wiederholung erhöht die Richtigkeit.
Situativ-beurteilendes Handeln	Wahrnehmung und Sensibilität in komplexen Konstellationen. Beziehung Pflegeperson zu Klient/in auf Subjekt / Objekt-Ebene
Reflektierendes Handeln	Selbstreflexion zur Erreichung einer Subjekt / Subjektebene als sozialen, interindividuellen Prozess
Aktiv-ethisches Handeln	Hier kommt es zur Entscheidungsfähigkeit. Empathie tritt ein und dabei werden Werte der Klienten/innen vertreten und bei Nichtbeachtung derer stellvertretend reklamiert.

Diese vier Dimensionen stehen zueinander in Bezug und sind – wie in Abbildung 5 ersichtlich – aufeinander aufbauend. Pflegefachpersonen sind in der Lage, durch ihr Wissen und (wiederholtes) Können eine essenzielle Handlungssicherheit zu erlangen, was wiederum zur Fähigkeit situativ-beurteilend zu Handeln resultiert. Es kommt zu einer neuen Attributzuweisung (in) der Situation, was wiederum zur Reflexion diesbezüglich führen kann. In dieser erfolgt der Selbsteinbezug wodurch erst dadurch ein bewusstes, empathisches, aktives und ethisches Handeln entstehen kann (ebd., S. 57ff).

Auf diesen Handlungsdimensionen basierend sieht Olbrich folgende Kompetenzen als für die Pflege relevant (ebd. S. 84ff):

- **Reflektierende Kompetenzen** sind essenzieller Bestandteil bei Pflegefachpersonen. Sie sehen bei ihrer Tätigkeit nicht die Priorität statisch bei Krankheit, Regelungen und Vorgaben, sondern bei den Vorgängen Wahrnehmen, Nachdenken und Beurteilen. Diese Prozesse haben eine Wertebasis. Reflektierte Pflege kann daher

wegen der ethisch basierten Entscheidungsfindung für sich beanspruchen, auf Verantwortung zu beruhen.

- **Emotionale Kompetenzen** haben in der Pflege ein großes Gewicht. Diverse Aspekte, wie etwa Mitgefühl und Empathie, sind nicht immer sichtbar in den Handlungen der Pflegefachkräfte, sondern befinden sich im Hintergrund. Menschen sind Gefühlswesen und besonders in der Pflege werden Pflegekräfte stark gefordert, da Klienten/innen sich oft in brisanten und teilweise extremen Situationen befinden, die von außen schwierig nachzuvollziehen sind.
- **Persönliche Gegenwart** entsteht durch den häufigen – und in manchen Bereichen fast permanenten – Kontakt mit den Klienten/innen. Es geht hier um die räumliche und zeitliche Nähe und dem diesbezüglich sensiblen Umgang mit den Anvertrauten. Obwohl durch viele äußere Faktoren im Alltag geringer Raum und wenig Zeit für diesen Kontakt bleibt, hat diese Kompetenz qualitativ gesehen eine hohe Bedeutung.
- **Intuition** bedeutet, dass Pflegefachkräfte für die Wahrnehmung in verschiedenen Situationen ihre Sinne nutzen (auch den sogenannten sechsten Sinn) um dann schnell entscheiden und handeln zu können. Diese intuitive Kompetenz ist ein inneres Gefühl, dass nicht gezwungenermaßen richtig ist. Deshalb dient die Reflexion zum Lernen aus den gemachten Fehlern und zur Weiterentwicklung der Intuition.
- **Außergewöhnlicher Mut** ist von den Pflegefachkräften oft in ganz besondere Situationen gefordert, um ungewöhnliche Maßnahmen zu ergreifen. Diesen Mut bedingt es auch, wenn Maßnahmen unter besonderen Umständen auch etwas außerhalb der Regeln stattfinden. Hier geht es darum, das Taten gesetzt werden, die oft hilfreich für Klienten/innen sein können und dadurch ungewöhnliche Ergebnisse erreicht werden. Diese Kompetenz basiert nicht auf Ratio und Plan, sondern auf Selbstvertrauen, Mut und Zuversicht.
- **Anwalt für die Patienten/innen** sein, bedeutet, dass Pflegefachkräfte oft in einer die Klienten/innen stellvertretenden Funktion mit einer Selbstverständlichkeit handeln. Es wird von den Pflegepersonen ständig für und mit den Klienten/innen gearbeitet, insbesondere im körperlichen Bereich, wo der größte Bedarf herrscht. Sie werden aktiv und handeln oft in Gegebenheiten, in denen sich Klienten/innen nicht mehr mitteilen trauen oder können (wegen Uninformiertheit oder wegen einer me-

dizinischen Diagnose). Diese Kompetenz bedeutet, sich für einen Schwächeren einzusetzen und Vorurteile zu reflektieren bzw. abzubauen. Die Handlungen erscheinen oft nur als Kleinigkeiten, erfordern dennoch oft eine große moralische Kraft von den Pflegepersonen.

4.3. Kompetenzmodell nach dem GuKG

Die Novelle des GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) im Jahre 2016 brachte einige Veränderungen mit sich. Eine dieser Veränderungen ist, dass es keine „Tätigkeitsbereiche“ mehr gibt, sondern Kompetenzbereiche. Weiters wird die Grundausbildung des gehobenen Dienstes (Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) zukünftig auf Hochschulniveau stattfinden. Ebenso werden die Spezialisierungen auf Hochschulen zu absolvieren sein.

Zusätzlich wurde eine zusätzliche Berufsgruppe – die der Pflegefachassistenz – eingeführt, deren Hauptmerkmal es ist, nach Anordnung (von Ärzten/innen, Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) ohne Aufsicht entsprechende Tätigkeiten durchführen zu dürfen.

Spezialisierung	
30 ECTS pflegerische, medizinische und wissenschaftliche Vertiefung ohne Befugnisserweiterung	60 ECTS pflegerische, medizinische und wissenschaftliche Erweiterung baut auf Niveau 1 auf mit Befugnisserweiterung
Dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger/in Generalistische Ausbildung 3 Jahre	
Pflegefachassistenz Untersuchungs-, Behandlungs-, und Pflegeinterventionen Tätigkeit unter Anordnung, aber ohne Aufsicht, Ausbildung 2 J.	
Pflegeassistenz Untersuchungs-, Behandlungs-, und Pflegeinterventionen Tätigkeit unter Anordnung und Aufsicht, Ausbildung 1 Jahr	
Heimhilfen Hilfs- und Unterstützungstätigkeiten, Haushaltstätigkeiten	

Zu beachten wäre hierbei, dass die Berufsgruppe der Heimhilfen nicht im GuKG, sondern im Sozialbetreuungsberufegesetz des jeweiligen Bundeslandes erfasst ist, aber wegen der praktischen Relevanz in der folgenden Grafik ihren Platz findet: Sie findet sich letztendlich sowohl im intramuralen Bereich, als auch extramural und in der Hauskrankenpflege als fixer Bestandteil in jedem pflegerischen multiprofessionellen Team.

Bezüglich der Details zu den Kompetenzen die Dipl. Gesund-

Abbildung 6: Kompetenzmodell nach dem GuKG 2016

heits- und Krankenpflege betreffend wird noch – von den gesetzlichen Rahmenbedingungen her betrachtet – im Kapitel 5 näher eingegangen.

4.4. Biografiekompetenzen im gesundheitsprofessionellen Handeln

Egger hebt in Heyse / Giger (S. 60ff) eine weitere Schlüsselkompetenz der Pflege im Bereich der problem- und fallspezifischen Kompetenzen hervor: Die biografiesensible Kompetenz mit der ihr innewohnenden biografiesensiblen Problemlösungsfähigkeit. Hierbei geht es um eine Handlungsfähigkeit, bei der das zu betreuende Klientel im Fokus steht. Dazu benötigt es eine interpersönliche Eruiierung der Problemstellung. Um eine Lösung zu erarbeiten, muss zuerst diskursiv geklärt werden, welche Lösung für die Beteiligten praktikabel, gewünscht und machbar ist.

Egger beschreibt in der sozialen Beziehung zu den Klienten/innen die Unterscheidung zwischen diffusen und spezifischen Anteilen. Die diffusen Anteile beziehen sich auf die Individualität des Einzelnen im Ganzen. Die spezifischen beziehen sich auf ein ganz bestimmtes Ziel d. h. im Fokus steht eine konkreter Auftrag bzw. eine definierte Aufgabenstellung. Über diesem Auftrag schwebt aber als beeinflussende Kraft die individuelle Geschichte der Klienten/innen mit ihren jeweils eigenen Krankheitsgeschehen und Copingstrategien.

„Gesundheitsprofessionelle benötigen dazu eine Art von Arbeitsbündnis mit den PatientInnen/KlientInnen, innerhalb dessen sie auch die diffusen Anteile zur Problembehandlung nutzen können. Gesundheitsprofessionelles Handeln ist demzufolge dann professionell, wenn es für eine grundsätzlich diffuse Problemstellung eine passende Möglichkeit finden kann, innerhalb derer die Eigenkräfte der PatientInnen/IdientInnen aktiviert werden“ (ebd).

Das bedeutet im Detail, dass die Handlungen der Pflegeperson derart gestaltet werden, dass die Ressourcen der Klienten/innen genutzt bzw. deren Copingstrategien miteinfließen können.

Deshalb hat die biografiesensible Analyse der Klienten/innen ihren festen Platz, da neben den Faktenproblemstellungen auch die jeweiligen Lebensproblemstellungen maßgebliche Rollen spielen.

Aus diesem Grunde ist es notwendig, eine Erweiterung der Kompetenzen in folgenden Bereichen herbei zu führen:

- Entwicklung des persönlichen Fallbewusstseins
- Erweiterung der Fähigkeiten bei der Entwicklung von Fallgeschichten, theoriegestützt mittels kritischer Analyse
- Konsequentes Arbeiten am Einsatz der implementierten Methoden der Fallanalyse und der Übertragung in die tägliche Praxis

„Problemorientiertes, biografiesensibles Lernen ist interaktiv und sozial strukturiert, eingebunden in vielfältige Lernwelten, die nicht künstlich erzeugt oder gesteuert werden können. In der Arbeit mit Fällen wird auch sichtbar, dass solche Lernprozesse eine offene Struktur besitzen, die neue Erfahrungen im Umgang mit der Welt, mit anderen und sich selbst integrieren helfen.“ (ebd. S. 67)

Das fallbezogene Lernen kann mittels einer konkreten Fallarbeit geschehen, bei der die persönliche Wahrnehmung und die reflexive Beleuchtung der im Fokus stehenden Fragen, Problemstellungen, Schlüsselbezeichnungen und Resultate mit vorher bestehendem Wissen kombiniert werden. Letztendlich kommt es dadurch zu einer Erweiterung des eigenen Wissens und Handlungsrepertoires

4.5. Kompetenzentwicklung im Rahmen des Dienstes

Eine Methode, die ursprünglich aus der Informationstechnologie stammt, ist das „Pair Programming“ (PP) (Cockburn & Williams, S. 9). Hierbei wird das paarweise Arbeiten am Arbeitsplatz verstanden d. h. die Tätigkeit findet zu zweit statt. In der Softwareentwicklung bedeutet das das gleichzeitige, gemeinsame Programmieren durch zwei Entwickler/innen. Grundsätzlich geht es hier darum, dass es durch die quasi-permanente Zusammenarbeit zu einer intensiveren Kommunikation und damit zu einem ständigen Informations- bzw. Wissensaustausch kommt und es zu neuen Ideen oder Denkweise im Team kommen kann. Außerdem kommt es zu einer offeneren Kommunikationskultur und mehr Freude an der Arbeit (ebd. S. 9),

In der Gesundheits- und Krankenpflege hat sich eine Art „Pair Programming“ in Form eines „Pair-Working“ im Großen und Ganzen in der Einschulungsphase neuer Mitarbeiter/innen bereits etabliert. Allgemein dürfte das Konzept unter „Partnerarbeit“ in einigen – auch in „klassischen“ Lehr-Lernkonstellationen – Bereichen bekannt sein.

„Training-near-the-job“ ist ein weiteres Konzept zur Entwicklung von Kompetenzen am Arbeitsplatz. Hierbei geht es um selbstinitiiertes Lernen in Qualitätszirkeln oder Erfahrungsaustauschgruppen mit individuell unterschiedlichen Ausgangssituationen (Alter, Erfahrung) und Hierarchieebenen. Das Lernen findet zwar räumlich getrennt statt, steht aber in Bezug zur Arbeit / zum Arbeitsplatz. Das Konzept dient der Erhöhung der Kompetenzen und der Selbstqualifikation und führt zu einer Optimierung der Arbeit (Schmitt, 2008, S. 52).

Der Einsatz von „Mentoren“ (Fürsprecher, Förderer, erfahrener Berater)⁷ findet in Unternehmen vieler verschiedener Branchen statt. Mentoren sind meist ältere, erfahrene Teamkollegen/innen, können aber auch aus dem Führungskreis kommen. Sie sollten die Kompetenzen mitbringen, neue Kollegen/innen informell zu unterstützen, zu beraten und anzuleiten. Zusätzlich ergibt sich aus der Funktion des Mentorings auch eine Beziehungs- und insbesondere Schutzfunktion (Zürcher, 2007, S. 75f).

Im pflegerischen Setting dient das Mentoring zur Entwicklung und Stärkung der persönlichen Kompetenzen abgestimmt auf den „Schützling“. Mentoren haben hohe fachliche und kommunikative Kompetenzen. In dieser Kooperation entwickeln sich Strategien und eindeutige Definitionen von Weg und Ziel mittels Betrachtung spezifischer Problemstellungen. Es kommt zu einer Verbesserung der sozialen Kompetenz und zu einer beidseitigen Stärkung der Leistungsfähigkeit (Hinghofer-Szalkay, 2006, S. 517ff).

Egger sieht das Mentoring als eine didaktische Maßnahme zur „Förderung von [...] Transfer und Nachhaltigkeit“ (Egger in Heyse / Giger, S. 65)

„Dabei können durch die Integration von Vorwissen und neuen Anwendungskontexten Vorurteile praxisentlastet infrage gestellt werden, unhinterfragte Routinen problematisiert, und so eine differenzierte Wahrnehmung der Wirklichkeiten befördert werden“ (ebd.).

Kommt es in den Reflexionen zu Fragen zu pflegerischen Interventionen, dann müssen diese im Team oder in dazu bestimmten Arbeitsgruppen bearbeitet werden. Dies erfolgt, indem dazu recherchiert und darüber diskutiert wird. Daraus kann eine Absicherung der Entscheidung(sfindung) resultieren.

„Jobrotation“ bedeutet soviel wie systematisch induzierter Arbeitsplatzwechsel oder Stellenwechsel von einer Person in andere Abteilungen bzw. Bereiche innerhalb desselben Unternehmens zu gleichen oder anderen Arbeitstätigkeiten. Die Rotation wird in einem zeitlich abgegrenzten Bereich und mit vorher definierten Zielvorgaben durchgeführt. Als

⁷ https://www.duden.de/rechtschreibung/Mentor_Berater_Trainer [12.6.2018]

Teil des lebenslangen Lernens (LLL) soll dadurch bei Mitarbeiter/innen eine persönliche und fachliche Entwicklung angestoßen werden. So soll es zu einer Steigerung der Flexibilität kommen. Zusätzlich kommt es zu einer Erhöhung des Arbeitsverwendungsbereiches. „Solche Rotationsketten haben den Vorteil, dass über die sich in Weiterbildung befindlichen Beschäftigten hinaus auch andere Beschäftigte des Unternehmens ihre betrieblichen/beruflichen Kompetenzen erweitern können“ (Oschmiansky, S. 5f).

Der Vorteil für die Beschäftigten bei Jobrotationen liegt außerdem darin, dass sie sich während der Arbeitszeit weiterbilden und sich durch die Erhöhung dieser beruflichen / betrieblichen Kompetenzen ihre Arbeitsplatzsicherheit stärken können (ebd.).

Für Egger sind „Einsatz und systematische Weiterentwicklung von Reflexions- und Feedbackprozessen“ als unverzichtbare Elemente des professionellen Lehr-Lerngeschehens (S. 66) dazu benötigt es die Forcierung des kollegialen Dialogs und Coachings zur Erhöhung von Transfer und Dauerhaftigkeit.

5. Rechtliche Grundlagen

Mit der Novelle des Bundesgesetzes über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) 2016 (BGBl. I Nr. 75/2016)⁸, kam es u.a. zu der Veränderung, dass die „Verantwortungsbereiche“ wegfielen und Kompetenzbereiche eingeführt wurden.

Die zuständigen Passagen des umfangreichen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes hierzu sind:

5.1. § 12 GuKG Berufsbild

§12. (2) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von ge-

⁸ https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdf

sundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.

5.2. § 13 GuKG Kompetenzbereich

Der Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst

- 1. die pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14),*
- 2. Kompetenz bei Notfällen (§ 14a),*
- 3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15),*
- 4. Weiterverordnung von Medizinprodukten (§ 15a),*
- 5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16),*
- 6. Spezialisierungen (§ 17).*

5.3. § 14 GuKG Pflegerische Kernkompetenzen

Die pflegerischen Kernkompetenzen werden folgendermaßen festgelegt:

(1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.

(2) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere:

- 1. Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess,*
- 2. Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen,*
- 3. Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens,*
- 4. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes,*

5. *theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation,*
6. *Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen,*
7. *Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention,*
8. *Erstellen von Pflegegutachten,*
9. *Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation,*
10. *Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3a bis 3d,*
11. *Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden,*
12. *ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement,*
13. *Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz,*
14. *Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen,*
15. *Anwendung komplementärer Pflegemethoden,*
16. *Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement,*
17. *Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege.*

5.4. § 14a. (1) Die Kompetenz bei Notfällen

umfasst:

1. *Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und*
2. *eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht; die unverzügliche Verständigung eines Arztes ist zu veranlassen.*
3. *(2) Lebensrettende Sofortmaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 2 umfassen insbesondere*
4. *Herzdruckmassage und Beatmung,*
5. *Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie*
6. *Verabreichung von Sauerstoff.*

5.5. § 15 GuKG Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

(1) Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung.

Die Tätigkeiten hierzu folgen unter Absatz 4:

(4) Die Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen insbesondere:

- 1. Verabreichung von Arzneimitteln, einschließlich Zytostatika und Kontrastmitteln,*
- 2. Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen,*
- 3. Punktion und Blutentnahme aus den Kapillaren, dem peripheren Gefäßsystem, der Arterie Radialis und der Arterie Dorsalis Pedis sowie Blutentnahme aus dem zentralvenösen Gefäßsystem bei liegendem Gefäßzugang,*
- 4. Legen und Wechsel peripherer Verweilkanülen, einschließlich Aufrechterhaltung deren Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls Entfernung derselben,*
- 5. Wechsel der Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse,*
- 6. Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, einschließlich der patientennahen Blutgruppenüberprüfung mittels Bedside-Tests,*
- 7. Setzen von transurethralen Kathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter,*
- 8. Messung der Restharnmenge mittels nichtinvasiver sonographischer Methoden einschließlich der Entscheidung zur und Durchführung der Einmalkatheterisierung,*
- 9. Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge bei endoskopischen Eingriffen,*
- 10. Assistenzleistungen bei der chirurgischen Wundversorgung,*
- 11. Entfernen von Drainagen, Nähten und Wundverschlussklammern sowie Anlegen und Wechsel von Verbänden und Bandagen,*
- 12. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden,*
- 13. Durchführung von Klistieren, Darmläufen und -spülungen,*
- 14. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma,*

15. *Wechsel von suprapubischen Kathetern und perkutanen gastralen Austauschsystemen,*
16. *Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen bei vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes,*
17. *Bedienung von zu- und ableitenden Systemen,*
18. *Durchführung des Monitorings mit medizin-technischen Überwachungsgeräten einschließlich Bedienung derselben,*
19. *Durchführung standardisierter diagnostischer Programme,*
20. *Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen (z. B. Anpassung von Insulin-, Schmerz- und Antikoagulantientherapie), insbesondere nach Standard Operating Procedures (SOP),*
21. *Anleitung und Unterweisung von Patienten sowie Personen, denen gemäß § 50a oder § 50b ÄrzteG 1998 einzelne ärztliche Tätigkeiten übertragen wurden, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung.*

5.6. § 15a GuKG Weiterverordnung von Medizinprodukten

(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung vom Arzt verordnete Medizinprodukte in den Bereichen Nahrungsaufnahme, Inkontinenzversorgung, Mobilisations- und Gehhilfen, Verbandsmaterialien, prophylaktische Hilfsmittel und Messgeräte sowie im Bereich des Ileo-, Jejun-, Colon- und Uro-Stomas solange weiterzuverordnen, bis die sich ändernde Patientensituation die Einstellung der Weiterverordnung oder die Rückmeldung an den Arzt erforderlich machen oder der Arzt die Anordnung ändert. [...]

5.7. § 17 GuKG Spezialisierungen

Nach §17 (2) sind diese „Setting- und zielgruppenspezifische Spezialisierungen“:

1. *Kinder- und Jugendlichenpflege*
 1. *Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege*
 2. *Intensivpflege*
 3. *Anästhesiepflege*

4. *Pflege bei Nierenersatztherapie*
5. *Pflege im Operationsbereich*
6. *Krankenhaushygiene*
7. *Wundmanagement und Stomaversorgung*
8. *Hospiz- und Palliativversorgung*
9. *Psychogeriatrische Pflege.*

5.8. Weitere Details

Im §14 (Pflegerische Kernkompetenzen) ist im Absatz (2) unter Punkt 13 die Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz vorgeschrieben. So sind im § 63. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

1. *verpflichtet, zur Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft sowie der medizinischen Wissenschaft oder*
2. *Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 60 Stunden zu besuchen.*

Des Weiteren kommt es zur Verschiebung der generalistischen Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege weg von den Schulen hin zum tertiären Bereich in die Fachhochschulen. Derzeit laufen die Ausbildungen in beiden Varianten parallel, ab 2024 sollen diese nur mehr auf Fachhochschulen stattfinden (siehe §117 (27)) .

Bezogen auf die Spezialisierungen gemäß § 17 Abs. 2 Z 8 bis 10 GuKG gilt der § 70a GuKG, der insgesamt mindestens 90 ECTS theoretische und praktische Ausbildung vorschreibt, wobei das Niveau 1 die medizinische, pflegerische und wissenschaftliche Vertiefung in den entsprechenden Fachbereichen im Umfang von mindestens 30 ECTS vorsieht und mit der es keine Befugnisweiterung gibt. Das Niveau 2, das mit einer Befugnisweiterung einhergeht (§17 (3)) und das Niveau 1 voraussetzt, umfasst die pflegerische, medizinische und wissenschaftliche Erweiterung im Umfang von mindestens 60 ECTS.

6. Methodik

Der qualitative Forschungsansatz dient zur ganzheitlichen Beschreibung von Lebenserfahrungen und der erlebten Rahmenbedingungen. Darüber steht das Zusammenführen von Einzelerfahrungen zu einem Gesamten, was zum Verständnis für das jeweilige Phänomen dient.

Folgende Grundannahmen werden in der qualitativen Forschung eingenommen (Burns/Grove, S. 413):

1. Es existiert nicht nur eine Realität
2. Die wahrgenommene Realität basiert auf individuellen Erfahrungen und ist unterschiedlich
3. Wissen hat seinen Sinn immer nur in einem bestimmten Kontext

Da ein Fokus in der phänomenologischen Darstellung und damit den persönlichen Bedürfnissen und individuellen arbeitsbezogenen Bedarfe liegt, wurde der qualitative Zugang gewählt.

Der Begriff Phänomenologie kommt vom griechischen „phainein“, was soviel wie "zeigen" oder "erscheinen" bedeutet. Der Ursprung der Phänomenologie befindet sich in der Philosophie. Deren zentrale Fragestellung hierbei ist „Was ist das Sein?“ Die Philosophie benutzt eine fallweise unklare Ausdrucksweise. Die Phänomenologie ist davon nicht ausgenommen und aus diesem Grund nicht immer einfach zu verstehen. Pflegefachkräfte sind dies allerdings gewöhnt, da sie die Umgangs- oder Fachsprachen anderer Disziplinen und Professionen im Gesundheitsbereich für Klienten/innen oft "übersetzen". Dadurch ist dieser Umstand kein Problem (Holloway & Wheeler, S. 137f).

Als Methode erschien die *Fallstudie* im *multiple-case design* ideal, um die Erfahrungen, Ansichten und die Rahmenbedingungen der Teilnehmer/innen und die Konzepte, Prozesse und Strukturen der Thematik zu erforschen. Mittels der Fallstudie können die Interaktionsprozesse identifiziert, beschrieben und erklärt werden.

In a case study, researchers obtain a wealth of descriptive information and may examine relationships among different phenomena (...) institutions, or groups are being investiga-

ted. Case studies provide researchers with opportunities of having an intimate knowledge of a person's condition, thoughts, actions (past and present), intentions, and environment (Polit & Beck S. 503 ff).

6.1. Setting und Sample

Als Sampling Methode wurde das *Purposive Homogenous Sampling* gewählt. Hierbei werden die Elemente für das Sample gemäß dem Wissen des Forschenden über die Population ausgewählt (Polit & Beck, S. 291). Durch die Homogenität können die Variationen vermindert und der Fokus erhöht werden (ebd. S. 518), d. h. das Sample hat ein gemeinsames Set an Charakteristika, die es auszeichnet.

In dieser Untersuchung wurden acht Pflegekräfte einbezogen, welche mindestens ein Diplom der gehobenen Gesundheits- und Krankenpflege haben und die aktuell im intramuralen Setting im konservativen Bereich tätig sind. Zusätzliches Kriterium war die Absolvierung eines pflegewissenschaftlichen Studiums. Der Einzugsbereich wurde auf den Raum Graz beschränkt, es wurde ein gemeinsamer Arbeitgeber gewählt. Nähere Angaben zum Arbeitsplatz werden hier aus Datenschutzgründen nicht angegeben.

6.2. Ethik

Es wurde bei allen Teilnehmer/innen ein *Informed Consent* eingeholt, d. h. sie wurden über Zweck und Inhalt der Arbeit informiert und waren mit den Interviews einverstanden. Die Interviews wurden zu den mit den Teilnehmenden vereinbarten Zeitpunkten abgehalten. Um die Privatsphäre und Vertraulichkeit zu bewahren, wurde die Sitzung nur in Anwesenheit des jeweiligen Partizipanten und des Interviewers abgehalten. Um die Anonymität und Vertraulichkeit zu gewährleisten, wurden bei allen Aufnahmen die persönlichen Angaben beim Transkribieren und die Verschriftlichungen codiert. Die Partizipanten/innen wurden darüber ebenfalls aufgeklärt und ihnen die Möglichkeit gegeben, ihre Teilnahme zu widerrufen. Aufgrund von Annahmen bzw. Befürchtungen, eventuellen negativen Auswirkungen ausgesetzt zu sein, ersuchten drei Partizipierende nach einiger Zeit nach der Transkription um Löschung dieser und der Aufnahme. Dem wurde entsprochen.

6.3. Datensammlung

Die Datensammlung erfolgte an den von den Partizipanten gewählten Orten mittels halb-strukturierter und interaktiver Experteninterviews. Das Experteninterview ist eine Abwandlung des Leitfaden-Interviews (Flick 2010, S. 214). Deshalb wurde im Vorfeld für die Interviews ein Interviewleitfaden (siehe 10.1) mit den entsprechenden Fragestellungen erstellt. Die Reihenfolge der Fragen muss während der Interviews nicht eingehalten werden, da sie lediglich den Fokus umschreiben und als Grundlage dienen (vgl. Holloway / Wheeler, 1998, S. 68).

Die Termine wurden teilweise Wochen im Vorhinein vereinbart und die Personen auf die notwendige Zeit und Ungestörtheit hingewiesen.

Grundsätzlich wurden allgemeine Fragen gestellt, bei Fehlen von notwendigen Details wurde nachgefragt. Die Fragen können dem Anhang entnommen werden. Die Länge der Interviews betrug zwischen 33 und 51 Minuten und sie wurden digital aufgezeichnet. Um die Qualität zu erhöhen, wurden zusätzlich zu den Interviews Notizen gemacht. Die Interviews begannen mit der Erklärung der ethischen Prinzipien und Fragen nach der persönlichen Lebenssituation. Im weiteren Verlauf bewegte sich der Schwerpunkt in Richtung Kompetenzen und deren Entwicklung(smöglichkeiten) am jeweiligen Arbeitsplatz. Die Reihenfolge der Fragen wurde dem Gespräch entsprechend angepasst: Sie dienen nur Beibehaltung des Fokus. Die Datensammlung fand im Zeitraum Jänner bis Juli 2017 statt.

6.4. Datenanalyse

Alle digital aufgenommenen Interviews wurden von zwei Personen transkribiert. Anschließend wurde mittels *Peer Debriefing* die Übertragbarkeit überprüft. Das bedeutet in diesem Fall, dass ein Kollege die Interviews mit den Transkriptionen verglich und Feedback zur korrekten Übertragung gab.

Wie auch für den Rest der Arbeit wurde auf Open Source Programme gesetzt: Die eingesetzte Software ist *RQDA* unter Antergos Linux. Die Datensammlung und die Analyse passierten gleichzeitig im Verlauf der Untersuchung.

Im gesamten Kodierprozess war das Einteilen in Dimensionen ein zentraler Vorgang in der Analyse der Daten. Es ist notwendig, die Eigenschaften von Codes und Kategorien zu erkennen und den Dimensionen zuzuordnen. In dem Sinne sind Eigenschaften die Merk-

male einer Kategorie oder eines Phänomens. Die zugewiesenen Dimensionen geben der Eigenschaft eine Bewertung auf einem Kontinuum. Die Dimensionen können sowohl quantitative (z. B. selten – oft, niedrig – hoch) als auch qualitative (z. B. formal – informell) Ausprägungen enthalten. Das Zuweisen von Dimensionen ist insofern wichtig, weil sie für das Aufzeigen von Verbindungen zwischen Kategorien und deren Subkategorien als Basis dienen. Zusätzlich kann dies der Bildung eventueller Hypothesen dienen.

6.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Mayring sieht die qualitative Inhaltsanalyse als ein von Regeln und Theorien geleitetes Verfahren, das dazu dient, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen zu können (Mayring, S. 11f).

Die durchgehende Verflechtung des Textmaterials in den Kommunikationskontext und die als Entscheidungsgrundlage im Vorfeld festgelegten Regeln, sind laut Mayring ein besonderes Kennzeichen der qualitativen Inhaltsanalyse. Es herrscht also ein systematisches Vorgehen. Die Theoriegeleitetheit ist dadurch gegeben, dass ein Konnex zu vorhandener Erkenntnis da ist, was wiederum einen Fortschritt in der Erkenntnis möglich macht d.h. das Material wird unter einer Fragestellung betrachtet und es wird an die Erfahrungen von anderen in diesem Bereich angeknüpft. Die Inhaltsanalyse hat als Gegenstand die Kommunikation, die wiederum einen Transfer von Symbolen darstellt, d. h. sie ist Bestandteil eines Kommunikationsprozesses. Als Ziel der Analyse gilt es unter im Vorfeld definierten Ordnungskriterien bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und damit einen Querschnitt vom Datenmaterial zu erhalten.

Die Inhaltsanalyse (ebd. S. 13)

- Analysiert Kommunikation
- Analysiert fixierte Kommunikationen
- Geht systematisch vor
- Geht regelgeleitet vor
- Geht auch theoriegeleitet vor
- Verfolgt das Ziel, Folgerungen auf spezifische Aspekte der Kommunikation zu ziehen

Folgende Schritte sind hierbei notwendig (S. 47ff):

1. Bestimmung des Umfangs des zu analysierenden Materials
2. Analyse der Entstehungssituation
3. Beschreibung der formalen Charakteristika des Materials
4. Richtung der Fragestellung definieren
5. Theoriegeleitete Differenzierung
6. Dann die konkrete Analyseform und -ablauf definieren
7. Analyseeinheiten festlegen zur Entwicklung des Kategoriensystems
8. Herausfiltern bestimmter Aspekte

Bei der durchgeführten Strukturierung ist es zu beachten, dass es durch diese einen Bezug zur Fragestellung gibt (S. 82ff).

6.4.2 Bestimmung des Umfangs des zu analysierenden Materials

Bei der Methode zur Auswertung wird mit verbal-kommunikativem Material gearbeitet. Insofern muss vorher festgelegt werden, was zur Analyse verwendet wird (ebd. S. 46). Die Inhalte der Einstiegssequenz bezüglich der Lebensumstände werden ausgeklammert, da kein Bezug zur Fragestellung herrscht

6.4.3 Analyse der Entstehungssituation

Hier geht es um die Detailbeschreibung der Entstehung des Datenmaterials (ebd. S. 47). Nach der theorieeitigen Bearbeitung des Themas wurden die Interviews in der Zeit von Jänner 2017 bis Juli 2017 durchgeführt. Datum, Zeit und Rahmenbedingungen der Interviews wurden bearbeitet – die Interviews selbst fanden zu Hause bei den Teilnehmern/innen statt. Von den Rahmenbedingungen her war es so konzipiert, dass die Interviews unter vier Augen und störungsfrei, unabgelenkt, entspannt und in Ruhe durchgeführt werden konnten (keine Besuche, Mobiltelefone ausgeschaltet).

Code	Dauer	Werdegang	Sonstiges
Inter-view1	35‘	Studium, danach Diplombildung	Ist mit Freude dabei, wirkt entspannt.
Inter-view2	33‘	Studium, danach Diplombildung	Wirkt locker, freut sich mitzumachen, im Laufe der Erzählungen etwas angespannter
Inter-view3	28‘	Studium, danach Diplombildung	Ist anfangs etwas nervös, freundlich und mitteilungsbereit.
Inter-view4	32‘	Studium, danach Diplombildung	Von Anfang an locker und erfreut. Mit den negativen Erzählungen sinkt erst die Laune, danach geht es wieder aufwärts.
Inter-view5	37‘	Studium, danach Diplombildung	Freundlich und anfangs nervös, benötigt deshalb manchmal genauere Nachfragen.

Tabelle 4: Teilnehmer/innen und Situation

6.4.4 Beschreibung der formalen Charakteristika des Materials

Die Transkription wurde vom Autor und einem Psychologen durchgeführt. Anschließend wurde mittels *Peer Debriefing* die Übertragbarkeit überprüft, was bedeutet, dass wechselseitig die Interviews mit den Transkriptionen verglichen und Feedback zur korrekten Übertragung gegeben wurden. Das Verhältnis von Interviewdauer und Transkriptionsdauer betrug in etwa 1:5. Vor allem Dialektgebrauch und „verschluckte“ Wörter verlangten ein mehrfaches Hinhören. Pausen und Lachen wurden transkribiert, ebenso wurden unverständliche Passagen gekennzeichnet. Dialekte wurden zur leichteren Verständniss in Hochdeutsch „umgewandelt“.

6.4.5 Fragestellung bzw. Richtung der Analyse

Nach Mayring (S. 50) können aus Interviews erhaltene Informationen nach mehreren Aspekten wie Beschreibung des Gegenstandes oder Erhalt von Informationen über die Interviewten analysiert werden. Deshalb sollte es vor der Inhaltsanalyse selbst zur Definition der Richtung kommen. Diese Arbeit hat ihren Fokus auf die Beschreibung der Erfahrung in Bezug auf Kompetenzerweiterung am Arbeitsplatz gelegt.

6.4.6 Theoriegeleitete Differenzierung

Um die Fragestellung erarbeiten zu können, muss laut Mayring bei der Interpretation eine kontinuierliche Theoriegeleitetheit gegeben sein. Der Bezug zu gegebenen theoretischen Grundlagen dient dazu, dass hierbei an Erfahrungen angeknüpft wird und es dadurch zu einer weiteren Erkenntnis kommt (S. 52). Die Forschungsfragen für diese Arbeit wurden deshalb vor der Literaturrecherche festgelegt und werden in der Diskussion mit der Theorie in Verbindung gebracht.

6.4.7 Analysetechnik bestimmen

Die ersten fünf Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse laufen grundsätzlich immer gleich ab. Beim sechsten wird durch die Forschungsfrage die Basis für die jeweilige Analysetechnik gelegt. Durch die Darlegung der verbindlichen Regeln kommt es zur Nachvollziehbarkeit und Überprüfbarkeit. Deshalb spricht man hier von Regelgeleitetheit. Hier kommt bei der Auswertung der Interviews die strukturierte Analysetechnik zu tragen, die dazu dient, aus dem Material inhaltlich wesentliche Aspekte herauszufiltern (Mayring, S. 53 ff).

6.4.8 Definition der Analyseeinheiten

In diesem Schritt bekommt das Material eine Struktur. Hierbei wird ein Kategoriensystem eingeführt, welches von der Fragestellung abgeleitet sein und einen Zusammenhang zur Theorie haben sollte. Das Kategoriensystem beinhaltet hier zwei Hauptkategorien und 6 Subkategorien (in RQDA Codes).

Hauptkategorie 1:

Kompetenz und eigene Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung am Arbeitsplatz

Subkategorie 1	Schlüsselkompetenzen
Subkategorie 2	Kompetenzbedarf
Subkategorie 3	Informelles Lernen in Firma

Tabelle 5: Kategorie und Subkategorien 1

Hauptkategorie 2:

Unterstützung durch Vorgesetzte / Dienstgeber in Bezug auf Kompetenzentwicklung

Subkategorie 1 FortbildungErmöglichung

Subkategorie 2 UnterstützungFirmaNegativ

Subkategorie 3 MaterialienLiteratur

Tabelle 6: Kategorie und Subkategorien 2

Um hier eine leichtere Nachvollziehbarkeit zu ermöglichen, folgt ein praktisches Analysebeispiel aus RQDA:

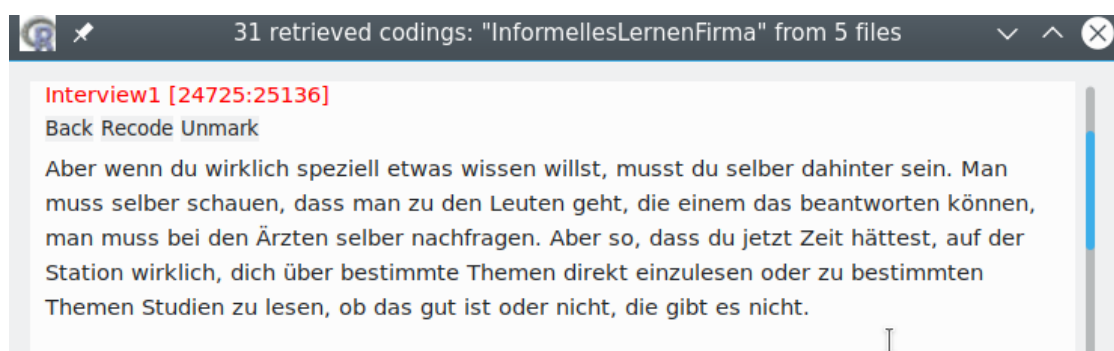


Abbildung 7: Beispiel eines Codings in RQDA

Durch die Definition der Kategorien wird festgelegt, welche Passagen der Transkripte, welchen Kategorien zugeordnet werden können. Durch die Kodierregeln werden die Abgrenzungen zwischen den einzelnen Kategorien festgelegt. Das obige Beispiel ist der Hauptkategorie 2 „Unterstützung durch Vorgesetzte / Dienstgeber in Bezug auf Kompetenzentwicklungen“ und im Detail der Subkategorie 4 „InformellesLernenFirma“ zugeordnet.

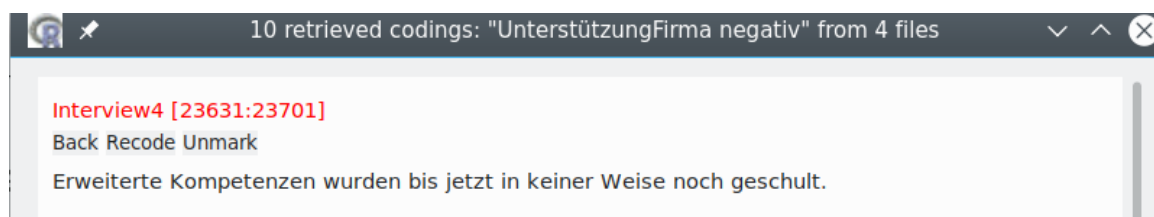


Abbildung 8: Beispiel einer Paraphrase

Im nächsten Schritt werden die Fundstellen aus den Kategorien als Paraphrasen hergenommen und dann bearbeitet.

6.4.9 Analyse des Materials

Bei der Analyse des Materials geht es um das Erkennen der relevanten Bestandteile und Aspekte der Interviews. Durch das Paraphrasieren kommt es letztendlich zu einer Synthese von Sub- und Hauptkategorien. Dies dient der Darstellung der Ergebnisse. Danach kommt es zur Diskussion der Forschungsfragen auf die Ergebnisse.

7. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus der qualitativen Untersuchung, die auf halbstrukturierten Interviews basiert, dargestellt. Unter Anwendung der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurde ein Hauptkategoriensystem, aus 2 Dimensionen bestehend, und ein Subkategoriensystem, aus insgesamt 6 Ebenen bestehend, erstellt (in Kapitel 6. dargestellt). Die detaillierte Beschreibung folgt. Um bedeutende Inhalte aus Experteninterviews darzustellen, werden Originalzitate als Ankerbeispiele angeführt. Da RQDA nicht mit Zeilennummern arbeitet, sondern mit Zeichnummern, werden diese bei den kursiv dargestellten Zitaten gemeinsam mit dem jeweiligen Code dargestellt. Hier werden die Bereiche der Kompetenzen angesprochen, die direkt in Zusammenhang mit der Arbeit stehen.

7.1. Schlüsselkompetenzen

Durch die Bank kann gesagt werden, dass die Teilnehmenden die Schlüsselkompetenzen im Bereich der Soft-Skills bzw. wie sie Olbrich als emotionale Kompetenzen definiert, sehen.

Interview2 [9389:9477]

dass man eine große Portion an Toleranz und Verständnis braucht, und Einfühlungsvermögen hat

7.2. Kompetenzbedarf

Der Kompetenzbedarf dreht sich bei den Teilnehmern/innen auf der einen Seite um Selbst- und soziale Kompetenzen:

Interview4 [12720:12967]

eher, wie ich selber auf gewisse Situationen reagiere. Nicht, nicht fachlich, sondern persönlich. [...], aber.. also eher persönliche Kompetenzen wichtiger als fachliche.

Zusätzlich kommt auch die Anforderung in Bezug auf Fach- und Methodenkompetenz.

Interview2 [10667:10891]

Ich meine mit Kompetenz das, dass man einfach die Möglichkeit hat, ein Problem zu erkennen. Durch sein Wissen und mit seinem Wissen dann auch das Problem korrigieren kann und die Entstehung von einem Problem verhindern kann.

7.3. Informelles Lernen in der Arbeit

Die Interviewten gaben an, dass Sie alle während der Einschulungsphase von ihren Kollegen/innen gut unterstützt wurden und ihnen ausreichend Zeit zur Einarbeitung auf der jeweiligen Station gegeben wurde.

Interview5 [1005:1189]

Einschulungszeit [...]. Also, ich würde sagen, bevor ich dann das erste mal alleine, ganz normal, quasi als Schwester gearbeitet habe, waren es drei Wochen.

Auch die weitere teaminterne Unterstützung funktioniert, was den Transfer von Wissen bzw. genauer gesagt Informationen anbelangt.

Interview4 [18461:18692]

das informelle Lernen ist bei uns.. finde ich, auch richtig so, an vorderer Stelle. Weil von erfahrenen Kollegen weitergegeben wird an nicht so erfahrene. Und da lernt man, finde ich, mehr, wie wenn man Checklisten durchgeht.

Die Schwerpunktsetzung auf das informelle Lernen erfolgt aber u.a. auch „aus der Not heraus“, da Ressourcen zur Entwicklung der Kompetenzen auf formale bzw. non-formale Weise fehlen:

Interview1 [24725:25136]

Aber wenn du wirklich speziell etwas wissen willst, musst du selber dahinter sein. Man muss selber schauen, dass man zu den Leuten geht, die einem das beantworten können, man muss bei den Ärzten selber nachfragen. Aber so, dass du jetzt Zeit hättest, auf der Station wirklich, dich über bestimmte Themen direkt einzulesen oder zu bestimmten Themen Studien zu lesen, ob das gut ist oder nicht, die gibt es nicht.

7.4. Ermöglichung von Fortbildung

Dieses Thema scheint ein eher schwieriges zu sein. Es hat den Anschein, dass nur aktuell benötigte Kompetenzentwicklungsmaßnahmen von Seiten der Firma ermöglicht werden.

Interview5 [12277:13099]

zum Beispiel habe ich mich angemeldet für [...], Basis- und dann ein Auffrischkurs für die Fortbildung. Und da war zuerst die Rückmeldung von meinem leitenden [...]pfleger, aber das brauche ich doch nicht, ich arbeite ja nicht in der [...], für was brauche ich denn die Verbände?

Interview1 [18235:18297]

Wenn man selber nicht dahinter ist, kommt man im [...] zu nichts

Interview4 [23631:23701]

Erweiterte Kompetenzen wurden bis jetzt in keiner Weise noch geschult.

Interview2 [20910:21190]

Wirklich, dass dir etwas angeboten wird, außer sie brauchen irgendeinen Hansel für irgendetwas, wird da nichts. Du musst dir das selbst heraussuchen. Du musst selber im Bildungsführer schauen gehen, ob dich was interessiert, ob es irgendwo etwas gibt.

7.5. Unterstützung durch die Firma

Wie schon vorher angedeutet, kommt es bei betriebsinterner Notwendigkeit in Einzelfällen zu vom Unternehmen organisierten Kompetenzentwicklungsmaßnahmen.

Interview4 [15678:16177]

[...] wir können im Bildungskalender können wir jederzeit nachschauen, ob irgendwo eine Schulung oder oder irgendein Seminar, eine Fortbildung ist, die uns interessiert. (ah) Wenn sie jetzt stationsrelevant ist, beziehungsweise die Chefin ihr OK gibt dazu, können wir uns dann natürlich im Bildungskalender eintragen und wir kriegen dafür auch gezahlt. Für diese Fortbildung, die wir dann besuchen.

Interview2 [16192:16658]

[...] die haben da dort dann einen Kurs gezahlt gekriegt. Da war es halt ein Seminar oder eine Fortbildung, die die dann gemacht haben. Haben eine Arbeit darüber geschrieben, alles natürlich unentgeltlich in deiner Freizeit. Vorausgesetzt du hast bei der Arbeit kurz einmal Zeit gehabt, [...]. Ja. Und diese, Arbeiten, die liegen dann bei uns auf und dann kann man die quasi in die Arbeit integrieren.

7.6. Zur Verfügungstellung von Informationsmaterialien und Literatur

Dieses Thema wird in den Interviews ambivalent dargestellt. Auf der einen Seite mangelt es an Materialien.

Interview1 [26087:26174]

Für die Pflege, wir haben ein "Pflege Heute" auf der Station und das war es dann auch.

Die Problematik liegt manchmal darin, dass zwar etwas zur Verfügung steht, aber die zeitlichen Ressourcen dafür nicht da sind.

Interview4 [19219:19581]

Vieles läuft mündlich ab. Es wird manchmal darauf hingewiesen, dass wir bei uns auf dem Computer immer Präsentationen, Checklisten, .pdf-Dateien dazu haben und wir die einmal durchgehen sollten, wenn Zeit ist. Ansonsten. Bibliothek haben wir natürlich eine, wir könnten uns jedes Buch da drinnen ausleihen, aber die Zeit ist halt, schwierig.

Manchmal ist „etwas da“, aber gedacht für eine andere Zielgruppe.

Interview5 [15052:15134]

Informationsmappe für Schüler, die für uns die Praxisanleiterin erstellt hat.

8.Schluss

Für die Partizipanten/innen bedeutet Kompetenz in der Pflege, sowohl im Bereich der „soft skills“, als auch der der Fachkompetenzen firm zu sein.

Auffallend in der Untersuchung ist, dass es dienstbezogen trotz der vom Dienstgeber nach außen transportierten Wissenschaftsbezogenheit und der wissenschaftlichen Einbettung des Unternehmens kaum zur Anwendung der durch das Studium erworbenen Kompetenzen kommt. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein: Abgesehen von der Nichtmöglichkeit des Einsatzes und der Erweiterung der jeweils eigenen wissenschaftlichen Expertise erscheint es auch anderweitig schwierig, die eigenen Kompetenzen zu erweitern bzw. sich zusätzliche Kompetenzen, für die ein Bedürfnis – und aus Sicht der Pflegekräfte auch ein Bedarf – da ist, anzueignen. Ein/e Partizipant/in konnte lediglich auf Eigeninitiative mit einem externen Partner an einer Studie mitwirken – außerhalb der Dienstzeit.

Die praktische Kompetenzentwicklung am Arbeitsplatz geschieht anfangs über eine Art Mentoringsystem und dann meist durch direkten Informationstransfer unter Kollegen/innen. Diese Art des Kompetenzerwerbs wird als notwendig und positiv empfunden und scheint sich im Sinne einer guten und funktionierenden Teamarbeit als Hauptkompetenzerwerbsart am Arbeitsplatz etabliert zu haben.

Festzuhalten ist hierbei, dass formale Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Kompetenzen, sofern sie nicht zur Erfüllung einer mehr oder minder verpflichtenden freiwilligen Zusatzfunktion (z. B. Hygienebeauftragte/r) sind, nicht aktiv angeboten werden oder teil-

weise gar unerwünscht sind. Begründet wird dies von den Stationsleitungen unter anderem mit Kosten, der nicht vorhandenen Zeit und dem Nichtbenötigen im aktuellen Dienstbetrieb.

Die Möglichkeiten zum Selbststudium bzw. zur Recherche sind während der Arbeit kaum bis gar nicht gegeben, obwohl teilweise Unterlagen, Literatur und Datenbanken vorhanden sind. Die Ursache liegt hier im arbeitsaufwändigen Alltag und den damit nicht vorhandenen zeitlichen Ressourcen. Diese Aussagen der Partizipanten/innen lassen auch auf eine Ressourcenknappheit beim Personal schließen.

Eine offene Frage bleibt und zu untersuchen wäre in weiterer Folge, ob es einen – und wenn ja, welchen – Zusammenhang zwischen einer nicht vorhandenen wissenschaftlichen Bildungslaufbahn der Führungskräfte – hier im speziellen die Stationsleitungen – und dem Einsatz von vorhandener wissenschaftlicher Expertise bzw. der Förderung von dieser besteht.

9. Literaturverzeichnis

- Benner P (1984). *Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert*. 3. unveränd. Auflage (2017). Kindle Ed. Hogrefe.
- Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Fassung vom 27.11.2016. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>. [Online:27.11.2016]
- Burns N, Grove S (2005), *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. 1. Auflage. Elsevier. München.
- Cockburn A, Williams L (2000). *The Costs and Benefits of Pair Programming*. online: https://www.researchgate.net/publication/2333697_The_Costs_and_Benefits_of_Pair_Programming [26.5.2018]
- Darmann-Finck I, Glissmann G (2011). *Kompetenzdiagnostik im Berufsfeld Pflege*. *Pflege* 2011; 24 (3): 195–204
- Dohmen G, Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.) (2001). *Das informelle Lernen – Die Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen*. Bonn.
- Erpenbeck J, von Rosenstiel L (2009). *Vom Oberlehrer zur Kompetenzhebamme – Kompetenzentwicklung als Zukunft der Weiterbildung*. *Weiterbildung. Zeitschrift für Grundlagen, Praxis und Trends*, 20(2), 6-9.
- Flick U (2010). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 3. Auflage. Rowohlt. Reinbek bei Hamburg.
- Frank I (2002). *Stand der Erfassung und Dokumentation informell erworbener Kompetenzen, Informelles Lernen im Prozess der Arbeit*. In: *GdWZ – Grundlagen der Weiterbildung*, 13. Jahrgang, Nrr. 6, Lehr-/Lerndesign (186-289). Neuwied.
- Frey A (2006). *Methoden und Instrumente zur Diagnose beruflicher Kompetenzen von Lehrkräften – eine erste Standortbestimmung zu bereits publizierten Instrumenten*. In C. Allemann-Ghionda, & E. Terhart, *Kompetenzen und Kompetenzentwicklung von Lehrerinnen und Lehrern: Ausbildung und Beruf* (S. 30-46). Beltz. Weinheim und Basel.
- Fuchs S (2011). *Professionalitätsentwicklung des Weiterbildungspersonals: Tätigkeiten, Kompetenzen und Fortbildung von Trainern in der beruflichen / betrieblichen Weiterbildung*. Kovac. Hamburg.

- Geissler B (2013). Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen Gesellschaft. Bielefeld. Online: http://www.hof.uni-halle.de/journal/texte/13_1/Geissler.pdf [12.1.2017]
- Gnahn D (2007). Kompetenzen – Erwerb, Erfassung, Instrumente (2., aktualisierte Auflage). Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bonn.
- Grant L (2002). The Self-Reflection and Insight Scale: A New Measure of Private Self-consciousness. *Social Behavior and Personality*, 30(8), 821-836.
- Hartz S, Meisel K (2006). Qualitätsmanagement. 2., überarb. Aufl. Bertelsmann. Bielefeld.
- Hasler-Roumois U (2007). Studienbuch Wissensmanagement: Grundlagen der Wissensarbeit in Wirtschafts-, Non-Profit- und Public-Organisationen. Orell Füssli. Zürich.
- Hecker K (2015). Kompetenzkonzepte des Bildungspersonals im Übergangssystem. Eine explorative Studie an verschiedenen Lernorten. Springer Fachmedien. Wiesbaden.
- Herrman J (2016). *Creative Teaching Strategies for the Nurse Educator* (2nd Edition). F. A. Davis Company. Philadelphia.
- Heyse V, Giger M (Hrsg.) (2015). *Erfolgreich in die Zukunft: Schlüsselkompetenzen in Gesundheitsberufen*. medhochzwei Verlag. Heidelberg.
- Hinghofer-Szalkay I M, Wiltsche W (2006). Traditionelle und alternative Mentoring-Modelle für die professionelle Pflege (MMP). *PR-InterNET*, 8(10), p. 517.
- Holloway I, Wheeler S (2008). *Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege*. Ullstein Medical Verlag. Wiesbaden.
- Holzkamp K (1995). *Lernen. Subjektwissenschaftliche Grundlegung*. Studienausg. Campus-Verl. Frankfurt Main.
- Höfler S, Bengough T, Winkler P, Griebler R (Hrsg.) (2015). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium. Wien.
- Huang R (2016). RQDA: R-based Qualitative Data Analysis. R package version 0.2-8. <http://rqda.r-forge.r-project.org/>.
- Hussy W, Schreier M, Echterhoff G (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften* (2. Auflage). Springer Verlag. Berlin Heidelberg.
- Kauffeld S (2006). *Kompetenzen messen, bewerten, entwickeln. Ein prozessanalytischer Ansatz für Gruppen*. Schäffer-Poeschel. Stuttgart.
- Kaufhold M (2006). *Kompetenz und Kompetenzerfassung. Analyse und Beurteilung von Verfahren der Kompetenzmessung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- KMK (Hrsg.) (2011). *Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz (KMK) für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre*

- Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe, Berlin.
- Kraus K (2014). Lernen im Prozess der Arbeit als Ansatzpunkt für die Kompetenzentwicklung von Lehrpersonen. In Sieber-Suter B (Hrsg.), *Kompetenzmanagement, Erfahrungen und Perspektiven zur beruflichen Entwicklung von Lehrenden in Schule und Weiterbildung* (S. 218–232). Bern.
- Lake E, McHugh M (2010). Understanding Clinical Expertise: Nurse Education, Experience, and the Hospital Context. *Res Nurs Health*. 2010 Aug; 33(4): 276–287.
- Lysaght, R M, & Altschuld, J W (2000). Beyond initial certification: the assessment and maintenance of competency in professions. *Evaluation and Program Planning*, 23(1), 95-104.
- Martens K (2002). Views on Teaching-Learning Lessons Learned From Nursing Education in Sweden. *Nurse Educator* Volume 27, Number 3 pp 141-146.
- Mayring P (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 10. Auflage. Beltz Verlag. Basel.
- McClelland D C (1973). Testing for competence rather than intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-40.
- North K, Brandner A, Steininger Th (2016). *Wissensmanagement für Qualitätsmanager. Erfüllung der Anforderungen nach ISO 9001:2015*. Springer Verlag. Wiesbaden.
- North K, Reinhardt K, Sieber-Seuter S (2018). *Kompetenzmanagement in der Praxis. Mitarbeiterkompetenzen systematisch identifizieren, nutzen und entwickeln*. 3. Auflage. Springer. Wiesbaden.
- Olbrich C (2009): *Pflegekompetenz. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Hans Huber Verlag. Bern.
- Oschmiansky H (2002). Implementation von Jobrotation im Gesundheits- und Pflegebereich: Ein dänisch-deutscher Vergleich. Online: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/11250> [16.6.2018].
- Polit D F, Beck C T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9th. Edition, Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Probst G, Raub S, Romhardt K (2012). *Wissen managen – Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen*. Springer. Wiesbaden.
- Reichardt C et al. (2016). Psychometrische Erfassung von Kompetenzen am Beispiel von Studierenden und Auszubildenden der Pflege. *Pflege* (2016), 29(5), 257–265.

- Roberts B W (2006). Personality Development and Organizational Behavior. In Research in Organizational Behavior An Annual Series of Analytical Essays and Critical Reviews (pp. 1-40). (Research in Organizational Behavior; Vol. 27). DOI: 10.1016/S0191-3085(06)27001-1
- Roth H. (1971). Pädagogische Anthropologie, Band 2. Schrödel. Hannover.
- Schmitt I (2008). Personalbereitstellung unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung. 1. Aufl. IGEL Verlag. Leipzig.
- Zürcher R (2007). Materialien zur Erwachsenenbildung. Informelles Lernen und der Erwerb von Kompetenzen Theoretische, didaktische und politische Aspekte. Online: http://erwachsenenbildung.at/downloads/service/nr2_2007_informelles_lernen.pdf [12.06.2018].
- Strauch A, Jütten S, Mania E (2009). Kompetenzerfassung in der Weiterbildung. Instrumente und Methoden situativ anwenden. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. Bertelsmann. Bielefeld.
- Voß G (1994). Berufssoziologie. In: Kerber H, Schmiederer A (Hrsg.): Spezielle Soziologien 128-148. Rowohlt. Reinbek bei Hamburg.
- Voß G (2012). Individualberuf und subjektivierte Professionalität. Zur beruflichen Orientierung des Arbeitskraftunternehmers. In: Bolder A, Dobischat R, Kutscha G, Reutter G (Hrsg.): Beruflichkeit zwischen institutionellem Wandel und biographischem Projekt 283-318. Springer. Wiesbaden.

10. Anhang

10.1. Interviewleitfaden:

10.1.1 Info

Das Interview ist in folgender Weise untergliedert: Ich werde Ihnen zuerst ein paar biografische Fragen stellen und anschließend auf ihre aktuelle Situation am Arbeitsplatz eingehen. Wenn Sie einverstanden sind, werde ich das Gespräch digital protokollieren d.h. aufnehmen, um später die entsprechenden Stellen auswerten zu können. Natürlich werden die Datenschutzgesetze beachtet und es werden also keine personenbezogene Daten weitergegeben, verschriftlicht oder veröffentlicht. Es werden sämtliche Angaben, aus denen Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden könnten, bereits bei der Transkription anonymisiert, es wird also nicht einmal die Universität erfahren, wer Sie sind. Damit ich im Laufe des Gesprächs nichts vergesse, haben ich hier meinen Leitfaden mit den Fragen. Der dient dazu, dass wir nicht zu sehr von den Hauptaspekten des Themas abweichen oder dass wir besonders auffallende interessante Aspekte genauer besprechen können. Falls Fragen unklar gestellt sind, bitte ich Sie, das gleich zu sagen.

10.1.2 Person

Bevor wir mit dem eigentlichen Interview beginnen, haben gibt es noch einige Fragen zur Person.

Wie alt sind Sie? Welchen Familienstand haben Sie derzeit? Falls ledig: Single oder feste Partnerschaft? Falls Partner: Ist Ihr Partner berufstätig und falls ja: Welchen Beruf übt er/sie aus? Leben Sie in einem gemeinsamen Haushalt? Haben Sie bzw. Ihr Partner Kinder? Falls ja: Wie viele. Wie alt? Leben die Kinder in Ihrem Haushalt?

10.1.3 Ausbildung

Wann und wo haben Sie die Schule abgeschlossen, und was war das für ein Abschluss? Berufsausbildung / Studium, Sonstige Qualifikationen, Fortbildungen

10.1.4 Berufliches

Wo arbeiten Sie und wie lange arbeiten Sie bereits dort?

Wie sah Ihre berufliche Entwicklung innerhalb des Unternehmens aus?

Wie bewerten Sie diesen Verlauf für sich persönlich? Warum?

Was sind dabei Ihre Kernaufgaben, was sind Nebenaufgaben?

Gibt es dabei auch bestimmte Routinetätigkeiten und wenn ja, welche?

Gibt es weitere (wichtige) Tätigkeiten, die seltener anfallen (Woche/Monat)?

Was ist Ihnen jetzt bei Ihrer Arbeit besonders wichtig? Worauf kommt es an?

Was macht den Reiz Ihrer Arbeit aus? Was macht Ihre Arbeit für Sie persönlich interessant?

10.1.5 Kompetenzen

Welche Kompetenzen muss bzw. sollte man für Ihren Job mitbringen?

Gibt es Ihrer Meinung nach bestimmte Schlüsselkompetenzen, die für Beschäftigte bzw. die Tätigkeiten der Diplompflege von besonderer Bedeutung sind?

Haben sich die Anforderungen verändert und wenn ja, wie?

Müssen die Mitarbeiter/Sie mehr oder andere Kompetenzen mitbringen? Beispiele bringen!

Inwieweit wirken sich die gesteigerten Anforderungen auf Kompetenzbedarfe aus?

10.1.6 Kompetenzentwicklung

Wie setzt sich Ihre Anstalt damit auseinander? Wie/wo werden diese Kompetenzen berücksichtigt? (Personalauswahl, Personalentwicklung?)

Gibt es einen Bereich, in dem informell erworbene Kompetenzen besonders wichtig sind?

In welchen Bereichen würden Sie sagen kann im Betrieb informell gelernt werden? (Bsp. geben) Beispiele bringen!

Gibt es Angebote/Strategien in Richtung Kompetenzentwicklung?

Wie läuft die Feststellung eines Weiterbildungsbedarfes in der Regel ab?

Welche Möglichkeiten zur Gestaltung der Kompetenzentwicklungsmaßnahmen haben Sie (auf der Station/Klinik) und wie werden diese beachtet?

In welchen Bereichen haben Sie eine Kompetenzentwicklung gefordert? Wann und wie wurden ihre Wünsche erfüllt.

(Wie) wird informelles Lernen unterstützt (z. B. Materialien etc.)?

Inwiefern können Sie ihre erworbenen Kompetenzen am Arbeitsplatz nutzen und wie weit sehen Sie sich gemäß ihren Kompetenzen gefordert?