

Durch Kompetenz zur Performanz

Informelle Kompetenzentwicklung in der
professionellen Pflege

Masterarbeit

Erstellt im Rahmen des Universitätslehrgangs „Führungsaufgaben (Pflegemanagement) in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(Pflegemanagement)

Vorgelegt von

Barbara Litscher

an der Karl-Franzens-Universität Graz

Begutachter und Betreuer

Mag. Gottfried Amtmann

Graz 2013

Kurzfassung

Die Forderungen der Politik und des Gesundheitssystems an eine adäquate pflegerische und gesundheitsfördernde Betreuung der betroffenen Mitmenschen, gehen einher mit demographischen Entwicklungen und stetig steigenden technischen, medizinischen sowie pflegerischen Erkenntnissen. Die ausgewiesenen Merkmale einer professionellen Pflege und das erst über Jahre zu erwerbende Expertenwissen erfordern daher, abgeleitet von den Ansprüchen, dementsprechend breite Entwicklungs- und Begleitmaßnahmen.

Für Führungskräfte und PersonalentwicklerInnen ergeben sich daraus anspruchsvolle und umfassende (Bildungs-)Aufgaben sowie strategische Herausforderungen, um die Leistung einer Organisation zu sichern. Neben ständiger Anpassung und Selbstreflexion ist es von zentraler Bedeutung eine (Lern)Kultur zu schaffen, mit der sich MitarbeiterInnen identifizieren können, um die stattfindenden Dynamiken zu meistern, aber auch Selbstverantwortung zu übernehmen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Bildungsmöglichkeiten zur Kompetenzentwicklung und deren Mess- und Evaluierungsinstrumente darzustellen, sowie determinierende, organisatorische und motivationale Faktoren aufzuzeigen. Die Notwendigkeit der Selbstverantwortung zur persönlichen Kompetenzerweiterung soll neben der gesetzlichen Pflicht zum Ausdruck kommen.

Keywords: Bildung, Profession, Kompetenz, Performanz, Motivation

Abstract

The demands of policy and the health care system to an adequate nursing and health enhancing care for affected fellow men are associated with demographic trends and steadily increasing technical, medical as well as nursing knowledge and understanding. The proven characteristics of a professional nursing care and the just over years acquired expert knowledge therefore require, derived from the claims measures, an accordingly broad development and accompanying measures.

For managers and human resource developers demanding and extensive (educational) tasks as well as strategic challenges to assure the performance of an organization arise thereby. In addition to constant adaptation and self-reflection, it is essential to create a (learning) culture that employees can identify with to cope with the dynamics taking place, but also to take personal responsibility.

The aim of this thesis is to represent educational opportunities for skill development and their measuring and evaluation tools as well as to identify determining, organizational and motivational factors. Furthermore the necessity of self-responsibility for personal expansion of competence in addition to the statutory duty should be expressed.

Vorwort

„Das meiste Lernen ist nicht das Ergebnis von Unterweisung. Es ist vielmehr das Ergebnis ungehinderter Teilnahme in sinnvoller Umgebung“
(Zürcher 2007, S. 47)

Der Zugang zu diesem Thema begründet sich durch meinen derzeitigen Zuständigkeitsbereich der Personalentwicklung und den persönlichen Zielen als Oberschwester, den MitarbeiterInnen das Selbstverständnis in der Einholung von Wissen im Sinne einer Bewusstseinsbildung zu verinnerlichen und die multiplikatorische Weitergabe von Erkenntnissen aus Bildungsangeboten Einzelner an alle Mitarbeiter zu forcieren. Jährlich versuche ich einen hausinternen Fortbildungskalender den Ansprüchen des Personals anzupassen. Inputs bei Mitarbeitergesprächen ermöglichen es den Führungskräften Defizite zu erkennen und der jeweils höheren Disziplin kundzutun. Budgetierungen dazu, Kennzahlen über Auslastung einzelner Themen sowie Rückschlüsse von Feedbackbögen gestatten es mir die Gegenstandsbereiche einzugrenzen. Diese Daten sind messbar und deshalb beeinflussbar. Den persönlichen Antrieb zur Weiterentwicklung, das Erkennen der eigenen Mängel und das Output institutioneller Maßnahmen resp. Entwicklungstendenzen zu veräußern, ist jedoch nur erschwert möglich.

Ich erkenne die Verantwortung, die der professionellen Pflege obliegt, um fortwährenden Anpassungen, Veränderungen und Ansprüchen gerecht zu werden, und es zählt zu meinen prioritären Aufgaben bei der Bereitstellung struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen mitzuwirken, um diesen Anforderungen zu entsprechen. Formal verpflichtende Aus- und Weiterbildungen sind nicht auf Defizite aufgebaut, sondern tragen zu einer Spezialisierung bei und müssen den MitarbeiterInnen nach entsprechender Qualifizierung zur Verfügung gestellt werden. Die Anerkennung jener Bildungsmaßnahme wird durch ein Zertifikat beglaubigt und monetär

abgegolten. Der viel größere informelle Bildungssektor bietet Kenntnisgewinne auf Nachfrage an und reagiert auf aktuelle Thematiken, Zukunftsperspektiven oder Mangelzustände. Da diese Angebote meist überteuert und in entfernter Lage stattfinden, können aus betriebswirtschaftlicher Sicht nur einige auserwählte Bedienstete daran teilhaben. Die Absolvierung wird zwar bescheinigt, Beförderungen oder finanzielle Abgeltungen bleiben jedoch aus. Aus Erfahrung bezieht nur ein geringer Teil der Beschäftigten Bildungsangebote aus privatem Interesse oder als Selbstzahler.

Genau hier setzt mein Interesse an und ich frage mich: Welche Motivatoren spornen MitarbeiterInnen an, sich Wissen anzueignen? Was kann die Führungskraft dazu beitragen, wie kann ich Kompetenz messen, die eine Handlung voraussetzt und welche Lernmodelle kann ich noch anbieten?

Diese Arbeit entstand zum größten Teil aus Eigeninteresse, sie soll aber auch anderen Personalentwicklern und Führungskräften Anstoß zum Meinungsaustausch bieten. Die Themen sind vielfältig und daher nicht immer erschöpfend beschrieben, sie gewähren aber Einblick in einen komplexen Bereich mit Entwicklungspotential.

Damit diese Thesis entstehen konnte, darf ich meinen allerherzlichsten Dank jenen Personen aussprechen, die es mir ermöglichten diese Ausbildung zu erfahren, dem Thema Sinn und Ordnung durch wissenschaftlichen Beirat zu geben und Rücksichtnahme in beruflichen wie auch privaten Belangen ausübten.

Sylvia Noé, MSc.; Pflegedirektorin
Gottfried Amtmann, Mag.; Betreuer und Vortragender
Das unmittelbare KollegInnen Team
Bernhard Litscher, Gatte
Christoph und Teresa, Kinder

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 1 |
| Erster Teil | 3 |
| 1 Begriffsdefinitionen | 3 |
| 1.1 Bildung..... | 3 |
| 1.1.1 Formelle Bildung | 4 |
| 1.1.2 Informelle Bildung..... | 4 |
| 1.1.3 Lebenslanges Lernen..... | 6 |
| 1.2 Wissen | 7 |
| 1.2.1 Implizites Wissen..... | 7 |
| 1.2.2 Explizites Wissen | 8 |
| 1.3 Kompetenz..... | 9 |
| 1.3.1 Begriffs- und personenbezogene Kompetenzentwicklung.... | 11 |
| 1.3.2 Kompetenzbereiche | 13 |
| 1.4 Qualifikation | 15 |
| 1.5 Performanz | 17 |
| 1.6 Pflege und Profession..... | 19 |
| 1.6.1 GeneralistInnen..... | 20 |
| 1.6.2 SpezialistInnen..... | 20 |
| 1.7 Pflegekompetenz | 21 |
| 1.7.1 Pflegekompetenzmodell nach Benner..... | 21 |
| 1.7.2 Pflegekompetenzmodell nach Olbrich | 22 |
| 1.7.3 Pflegekompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich | 23 |
| 2 Kompetenzanspruch..... | 25 |
| 2.1 Perspektiven der Gesundheits- und Krankenpflege..... | 25 |
| 2.1.1 Demographischer und technischer Wandel..... | 25 |
| 2.1.2 Berufs- und Bildungspolitik..... | 27 |
| 2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen..... | 29 |
| 2.2.1 Welt Gesundheits Organisation..... | 30 |
| 2.2.2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz | 30 |
| 2.2.3 International Council of Nursing | 32 |
| 3 Kompetenz Charakteristika..... | 33 |
| 3.1 Validierung informeller Bildung | 34 |
| 3.1.1 Europäischer/ nationaler Qualifikationsrahmen..... | 35 |

| | | |
|--------------------|--|----|
| 3.1.2 | Das European Credit and Transfer System..... | 36 |
| 3.1.3 | Bildungspass..... | 37 |
| 3.1.4 | ÖGKV Punktesystem | 37 |
| 3.1.5 | Ärztemodell | 38 |
| 3.2 | Instrumente zur Kompetenzmessung am Beispiel der Personalentwicklungsmaßnahmen in der KAGes | 39 |
| 3.2.1 | Funktionsbeschreibung | 40 |
| 3.2.2 | Auswahlgespräch..... | 41 |
| 3.2.3 | Mitarbeiterneueinführung | 42 |
| 3.2.4 | Beurteilung | 43 |
| 3.2.5 | Mitarbeitergespräch..... | 43 |
| 3.2.6 | Fortbildungsmaßnahmen | 43 |
| 3.2.7 | Qualitätszirkel im Multiplikatorensystem..... | 44 |
| 3.2.8 | Ideenmanagement | 44 |
| 3.3 | Evaluierungsmethoden | 45 |
| 3.3.1 | Vier Ebenen Ansatz nach Kirkpatrick | 47 |
| 3.3.2 | Evaluation von Planung und Fortbildung..... | 48 |
| 3.3.3 | Lernerfolg- und Transfersicherung | 49 |
| Zweiter Teil | | 50 |
| 4 | Motive und Modelle zur Kompetenzerweiterung | 50 |
| 4.1 | Information..... | 52 |
| 4.2 | Motivation | 53 |
| 4.2.1 | Intrinsische/ extrinsische Motivation..... | 55 |
| 4.2.2 | Motivationstheorien und Menschenbilder | 56 |
| 4.3 | Aktion/ Emotion..... | 59 |
| 4.3.1 | Der Rubikon Prozess | 60 |
| 4.4 | Lernmodelle | 62 |
| 4.4.1 | Lernen am Arbeitsplatz | 63 |
| 4.4.2 | Mentoring | 64 |
| 4.4.3 | E-learning..... | 65 |
| 4.4.4 | Jobrotation | 65 |
| 4.4.5 | Institutionelle Bildungsmethoden..... | 66 |
| Dritter Teil | | 68 |
| 5 | Organisatorische Führungsverantwortung | 68 |
| 5.1 | Kompetenz und (Selbst)Verantwortung | 70 |
| 5.2 | Determinanten der Kompetenzentwicklung | 72 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 5.3 | Strategische Maßnahmen..... | 74 |
| 5.3.1 | Personalentwicklung und Partizipation..... | 75 |
| 5.3.2 | Informationsmanagement..... | 77 |
| 5.3.3 | Wissensmanagement..... | 78 |
| 5.3.4 | Change Management und zeitgemäße Führungstechniken. | 80 |
| | Resümee und Diskussion | 83 |
| | Literaturverzeichnis..... | 92 |
| | Abbildungsverzeichnis | 102 |
| | Eidesstattliche Erklärung | 103 |

Abkürzungsverzeichnis:

| | |
|----------|---|
| ASK | Akademie der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH |
| BMfG | Bundesministerium für Gesundheit |
| bzw. | beziehungsweise |
| DBfK | Deutscher Berufsverband für Krankenpflege |
| ECTS | European Credit and Transfer System |
| EDV | Elektronische Daten Vernetzung |
| EK | Europäische Kommission |
| EQR/ NQR | Europäischer/ Nationaler Qualifikationsrahmen |
| EU | Europäische Union |
| GuKG | Gesundheits- und Krankenpflege Gesetz |
| GmbH | Gesellschaft mit beschränkter Haftung |
| ICN | International Council of Nursing |
| ICNP | International Classification for Nursing Practice |
| KAGes | Krankenanstalten Gesellschaft der Steiermark |
| KALG | Krankenanstaltenlandesgesetz |
| LKH | Landeskrankenhaus |
| LLL | Lebens Langes Lernen |
| MAG | Mitarbeitergespräch |
| ÖGKV | Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband |
| ÖSG | Österreichischer Strukturplan Gesundheit |
| PE | Personalentwicklung |
| resp. | respektive |
| RIS | Rechtsinformationssystem |
| RN4CAST | Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing |
| RSG | Regionaler Strukturplan Gesundheit |
| SBK | Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und -männer |
| WHO | World Health Organisation (Welt Gesundheits Organisation) |

Einleitung

Ziel der Arbeit

Um den stetigen Anstieg pflegerischen- medizinischen und technischen Entwicklungen, gesetzlichen Vorgaben, vermehrten Spezialisierungen, Qualitätssicherungen, demographischen Evolutionen und vermehrter Chronifizierung der Krankheitsbilder Folge zu leisten, ist es für MitarbeiterInnen in der Professionellen Gesundheits- und Krankenpflege unabdingbar, sich ständig weiterzuentwickeln, damit sie diesen Herausforderungen gewachsen sind.

Die Arbeit soll Führungskräften die informellen Bildungsmöglichkeiten zur Kompetenzentwicklung und deren Mess- und Evaluierungsinstrumente darlegen, sowie determinierende, organisatorische und motivationale Faktoren aufzeigen. Die Selbstverantwortung zur persönlichen Kompetenzerweiterung soll neben der gesetzlichen Pflicht zum Ausdruck kommen.

Fragestellung:

Angelehnt an das Ziel der Arbeit ergibt sich folgende Fragestellung:

- ✓ Welche Ansprüche, Messmethoden, Motive, Modelle und Hindernisse informeller Kompetenzentwicklung der professionellen Pflege sind in der Literatur beschrieben?

Methodik:

Die Beantwortung der Fragen zur Zieldefinition wird mittels Literaturarbeit dargestellt und orientiert sich am linearen Fünfsatz. Als Quellen werden deutschsprachige Bücher, Fachzeitschriften, Gesetze sowie Beiträge aus dem Internet verwendet.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teile. Der erste Teil unterhält drei Kapitel, wobei zu Beginn erforderliche Begriffsdefinitionen erörtert werden. Warum der Kompetenzanspruch in der professionellen Pflege so hoch ist und wie Kompetenz bewertet werden kann, beschreiben die folgenden Absätze. Im zweiten Teil finden motivationale Themen ihren Ausdruck, wobei die Prozesse des menschlichen Aktivwerdens und spezielle Lernmodelle Platz finden. Der letzte Teil beschäftigt sich mit den beeinflussenden Faktoren, die der Führung zukommen, um informelle Bildung zu gewährleisten und dem (Selbst)Verständnis des Einzelnen diese anzunehmen. Das Resümee beantwortet die Fragestellung, zur weiteren Diskussion werden offene resp. noch nicht erforschte Themen angegeben.

Erster Teil

1 Begriffsdefinitionen

Zum Verständnis der Thematik beschäftigt sich der erste Abschnitt mit den Keywords Bildung, Wissen, Lernen, Kompetenz, Performanz, Qualifikation, Profession und dem Verständnis von Pflegekompetenz der SpezialistInnen und GeneralistInnen in der Gesundheits- und Krankenpflege.

1.1 Bildung

Bildung wird als religiöser Begriff erstmals im 14. Jahrhundert beschrieben, mit der „Bild-Werdung“ im Sinne des Ebenbildes Gottes. Vier Jahrhunderte später dient Bildung nach weltlicher Ansicht nur dem Eigennutzen der Individuen zur natürlichen Entfaltung seiner physischen und psychischen Anlagen. In der Zeit der Aufklärung betonte der pädagogische Ansatz den erzieherischen, belehrenden Faktor, um den Menschen die Möglichkeit zu geben, sich als Vernunftwesen weiter zu entwickeln und auch dem Anspruch am Arbeitsmarkt in Form von Produktivität und Effektivität gerecht zu werden. Bildung erlangte man nicht dem Alter entsprechend, sondern dem sozialen Status angepasst. Gelehrt wurde in sogenannten „Bildungsanstalten“ durch Etablierung von klassischen Berufsausbildungen.

Erst im 20. Jahrhundert entstand der „kulturopädagogische Bildungsbegriff“, wobei der „Erzieher“ seine Aufgabe als Vermittler, Lenker oder Förderer wahrnimmt, dem sogenannten „Kultivierer“ (vgl. Dohmen 1964, S. 35-58/ 68-78/ Dohmen 1965, S.208-234 zit. n. Dohmen 2002, S. 9ff).

Bildung generiert sich aus dem Kontinuum: Daten, Information und Wissen, wobei sie mit jedem Schritt an Bedeutung gewinnt. Daten werden in Zahlen oder Symbolen ausgedrückt und zu Informationen, diese wiederum sind zentrale Vermittlungseinheiten resp. kommunikative Schnittstellen für Wissen und Bildung (vgl. Ballod 2011, S. 9).

Der Zugang zu diesem Prozess passiert über verschiedene Pforten und findet willkürlich oder unbewusst statt.

1.1.1 Formelle Bildung

Formale Bildung lässt sich im 18. Jahrhundert definieren und bezieht sich auf die „bildende Bildung“, oder Bildung „in der Schule“, also standardisiert (vgl. Neumann 2005, S. 683 zit. n. Zürcher 2007, S. 28). Die Europäische Kommission formuliert 2001 (Glossar, S. 33-35 zit. n. Zürcher, 2007, S. 31) „[...] Lernen, das üblicherweise in einer Bildungs- oder Ausbildungseinrichtung stattfindet, (in Bezug auf Lernziele, Lernzeit oder Lernförderung) strukturiert ist und zur Zertifizierung führt“. Formales Lernen ist aus der Sicht des Lernenden zielgerichtet.

Der Wissensgewinn passiert aber meist nicht formell sondern hauptsächlich informell, wobei ein paar Begriffserklärungen entscheidend sind:

1.1.2 Informelle Bildung

Vor der Einführung des Schulwesens bildeten sich die Menschen informell durch Überlieferungen in der Familie oder Zusammentreffen bei Veranstaltungen weiter. Der Lernprozess steht im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld, der jeweiligen Situation und beruht auf Selbstständigkeit mit oder ohne Intention (vgl. Prior/ Roppelt/ Schweiger/ Stöferle 2007, o. S.). Informelle Bildung ist meist nicht geplant, ein Tätigwerden hängt vom persönlichen Interesse ab (vgl. Leu et. al 2007, S. 29). John Dewey formte 1899 den Begriff der „informellen Bildung“, die seiner Ansicht nach außerhalb der Schule auf Nachfrage stattfindet. Er forderte bereits damals eine An-

gleichung beider Richtungen und die Akzeptanz der informellen Grundsätze in den Schulen (vgl. Gonon 2005, S. 4-5 zit. n. Zürcher 2007, S. 28). Erfahrungsgemäß wird der informelle Kenntniskern nicht als Aktivität wahrgenommen.

Die EK unterteilt in:

- ✓ „informelles Lernen“, welches zielgerichtet sein kann (meist nicht klar umrissen) und
- ✓ „non formales Lernen“, durch Strukturierung gekennzeichnet und zielorientiert aus der Sicht des Lernenden (vgl. EK 2001, Glossar, S. 33-35 zit. n. Zürcher, 2007, S. 32).

Der systematische non formale Prozess wird privat, aber auch im beruflichen Setting meist motivational gesteuert (vgl. Lassnigg/ Vogtenhuber 2008, S. 24).

Nicht PädagogInnen prägten den informellen Bildungsbegriff, sondern EntwicklungsarbeiterInnen, deren Aufgabe es war, in der Nachkriegszeit die Menschen für ein modernisiertes Leben zu befähigen. Die politischen Erwartungen bezogen sich auf hohe Bedeutsam- und Verformbarkeit und selbstbestimmte Bildung mittels geringen Aufwands.

Der freie Markt in den 1980er Jahren formalisierte jedoch die informelle Bildung durch kostenpflichtige Privatisierungen des Bildungssektors.

In der jüngsten Zeit lassen sich neue Tendenzen des informellen Lernens erkennen, deren Outcome durch Zielsetzung und Prozessabläufe die Forschung zu quantifizieren versucht. Es entstand das Konzept des „Lebenslangen Lernens“ und dessen Sicherung durch Qualität (vgl. Colley et al. 2003, S. 9-14 zit. n. Zürcher 2007, S. 29f).

1.1.3 Lebenslanges Lernen

Wissen kann nicht auf Vorrat konsumiert werden, denn bezogen auf seine Aktualität nimmt es ständig ab. Es ist eine wichtige Ressource für die individuelle Gestaltung des Lebens, der beruflichen Laufbahnentwicklung und gesellschaftlichen Beziehungen (vgl. Matzick 2008, S. 7).

Das Dokument der Europäischen Union zur Schaffung eines europäischen Raumes des Lebenslangen Lernens beschreibt dies mit dem bis heute anerkannten Inhalt: „[...] Lernen umfasst „alles Lernen während des gesamten Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgergesellschaftlichen, sozialen, bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt“ (Lassnigg/ Vogtenhuber 2008, S. 24).

Am häufigsten passieren Lernprozesse, wie schon erwähnt, eher unbewusst und informell in der Freizeit, im Familienkreis, im Alltag oder am Arbeitsplatz. Lernen bezieht sich auf das Aufnehmen von Empfindungen, Erkenntnissen und Entfaltungen in diversen Entwicklungsjahren und an verschiedenen Lernplätzen (vgl. Siebert 1994, o. S. zit. n. Dohmen 2002, S. 8). Hauptziel ist das Erreichen von Kompetenz für persönliche Grundsätze als Individuen mit eigener Denk- Lern- und Urteilsbildung (vgl. Dohmen 2002, S. 9). Daher erlangen Bestätigungen und Entwicklungen von Lernenden über dessen Selbststeuerung großer Bedeutung (vgl. Dohmen 1997/ 1999, o. S., Siebert 2001, o. S. zit. n. Dohmen 2002, S. 8). Es gilt, die informell erworbenen Fähigkeiten erkennbar zu machen, durch formale Vorgaben der zu erreichenden Resultate. Auch eine Geltendmachung ist damit verbunden. Die „Lissabon-Strategie“ plant bis 2020 einen EU weiten Wirtschaftsraum, der sich zum „dynamischsten“ der Welt entwickeln soll, mit unter anderem einem Programm „zum Lebenslangen Lernen“ (vgl. Zürcher 2007, S. 94).

1.2 Wissen

Wissen ist Erfahrungssammlung und generiert sich, wie oben dargestellt, durch formelles und informelles Lernen aus einerseits bewusster Datenaufnahme wie Theorien bei Aus-, Fort- und Weiterbildungen, oder aus unbewussten Informationen. In jedem Fall ist die Erkenntnis mit Werten, Gefühlen und Ahnungen behaftet und äußert sich in den gesetzten Handlungen und der Sprache. Der Wert dieses ideellen Gutes erhöht sich durch Anwendung und Teilung, daher wird der Nutzen erst rückwirkend beurteilbar (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 7). Wissen weist aus sich heraus keinen Selbstzweck auf, erst die Träger bestimmen ihn. Daher sind Zweck und Situation immer mit zu berücksichtigen (vgl. Ballod 2011, S. 9).

Es lassen sich verschiedene Wissensarten ableiten. Für diese Arbeit erweisen sich implizites und explizites Wissen erwähnenswert. Beide beziehen sich auf das Gedächtnis.

1.2.1 Implizites Wissen

Alle Wahrnehmungen werden als Erfahrungen unbewusst und automatisch im Gehirn gespeichert, können in bewussten Situationen wieder hochgefahren werden und wirken sich, wie erlebt, positiv oder negativ zur Zielerreichung aus (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Implizites Wissen ist personenbezogen und weder evident noch sichtbar (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 8).

Erfahrung in Verbindung mit Wissen ist eine wertvolle Form der Erkenntnis. In Hinblick des direkten Erlebens ist somit die Ganzheitlichkeit gegeben, wobei bereits erworbene Ereignisse genutzt werden um Neue aufzunehmen. Bedeutsam für Unternehmen sind diese Ausprägungen durch gewandtere Übersicht in komplexen Situationen, als auch in der Fähigkeit schneller zu reagieren, ein - sogenanntes „Gespür“ zu entwickeln ohne lange nachzudenken. Auch Studien belegen diese Bedeutung (vgl. Schilcher 2009, S. 243ff. zit. n. Schuschnitz 2011, S. 28).

1.2.2 Explizites Wissen

Explizites Wissen entsteht durch das bewusste Aufnehmen von Bildung, z.B. beim selbstbestimmten Lernprozess, es ist jederzeit aufruf- und wiedergebar (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Die Erkenntnisgewinnung ist evident, leicht in Worte zu fassen und wenig kontextgebunden (vgl. Gerhards/Trauner 2010, S. 8). Das Wissen ist durch die Möglichkeit der Übermittlung nicht so personengebunden wie beim Implizitem (vgl. Schuschitz 2011, S. 26).

Das durch Bildungsprozesse angebotene und erworbene Wissen beträgt nur 20% des Handlungswissens der Lernenden. Entscheidungen resp. Handlungen werden zum Teil über Kognition als auch Emotion durchgeführt, aus einem Konstrukt der bewussten und unbewussten Wahrnehmung, Bewertung, Entscheidung und Handlung, in Verbindung mit Mut und sorgfältiger Reflexion, wobei der Einfluss von Gefühlen und Emotionen unentbehrlich ist. Erkenntnisse zeigten, dass bei Beeinträchtigungen in bestimmten Regionen des Gehirnes nicht mehr auf gespeicherte Erfahrungsdaten zugegriffen werden konnte und es zu Fehlentscheidungen kam, da die Menschen nichts mehr fühlten. Auch bei raschen Entscheidungen wird eher dem „Bauchgefühl“ oder der beruflichen Intuition gefolgt (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Da sich alles Wissen durch einen Bildungs- Lern- und Erfahrungsprozess rekrutiert und auch hierfür Kompetenz – nämlich Lernkompetenz benötigt wird, soll der Kompetenzbegriff in der Folge näher betrachtet werden. Die Unterkapitel beschäftigen sich mit der Entstehung des Wortes Kompetenz, der individuellen Entwicklung und ihre Zuteilung in bestimmte Bereiche zur Erlangung einer Objektivität.

1.3 Kompetenz

Beschrieben im Duden (2012) stammt das Wort Kompetenz aus dem lateinischen „competentia“ – „Zusammentreffen“ und bedeutet Sachverstand, Fähigkeiten, Zuständigkeit, Befähigung, Begabung, Fertigkeit, Können, Qualifikation. Administrative oder juristische Berechtigungen schließen sich daraus. Der Begriff für die Fähigkeiten wiederum, welche Individuen zur Bewältigung des eigenen Lebens benötigen, leitet sich ursprünglich vom englischen, fachsprachlichen Begriff „competency“ ab (vgl. Vogel et.al 2002, S. 15 zit. n. Tintor 2006, S. 2). Diese Befähigungen sind personenbezogen, da sie dem eigenen Nutzen dienen und im gesunden Zustand jederzeit verfügbar sind (vgl. Arnold/Clement 2002, S. 153f. zit. n. Tintor 2006, S. 2).

Der nationale Qualifikationsrahmen (Kapitel 3.1.1) beschreibt Kompetenz als die Fähigkeit, Kenntnisse (als Verarbeitung von Information – Theorie - und Faktenwissen) und Fertigkeiten (die Fähigkeit Kenntnisse anzuwenden) in Lern- und Arbeitssituationen für die persönliche und berufliche Bildung zu nutzen (vgl. Europäische Gemeinschaften 2008, S. 11).

Die Europäische Kommission schreibt Kompetenz nicht nur Fähigkeiten und Fertigkeiten zu, sondern berücksichtigt auch individuelle Einstellungen, Werte und Motivationen, die eine Anwendung erst ermöglichen (vgl. Wick 2009, o. S. zit. n. Mitschke/ Wick 2012, Thema 5, S. 4). Wick (2009, S. 3 zit. n. Mitschke/ Wick 2012, S. 5), weist demnach Kompetenz als individuellen „Organisations- und Funktionsapparat einer Person zur Nutzung und Entwicklung der eigenen Ressourcen bei der aktiven, ziel- und lösungsorientierten Auseinandersetzung mit definierten Lebenssituationen“ zu.

Anders ausgedrückt: Um in differenzierten Anforderungsbereichen effektiv handeln zu können sind Kompetenzen von Nöten, um dabei flexibel zu reagieren, sie kreativ auszuführen, Entscheidungen zu treffen, teamorientiert zu arbeiten, organisatorisch anzuleiten und eigenverantwortlich res-

pektive wirtschaftlich zu denken. (vgl. Löser 2003, S. 728-730 zit. n. Schank 2006, o. S.).

Rappold (2011, S.2) stellt bei einem Vortrag Tätigkeit und Kompetenz gegenüber und definiert letzteres als Vermögen durch professionelles Verständnis in bestimmten Situationen Probleme zu erkennen und zu lösen. Sie schreibt der Berufsgruppe Pflege mit unterschiedlichen ExpertInnen und individueller Berufserfahrung ein „Kompetenzprofil“ zu, Spezialisten und der generellen Ausbildung ordnet sie in ein „Qualifikationsprofil“ ein. Ferner bedient sich Rappold noch der Bezeichnungen:

- ✓ Skill-Mix: beziehend auf das Können der MitarbeiterInnen und
- ✓ Grade-Mix: auf verschiedene formelle Ausbildungen hin gerichtet (vgl. Rappold 2011, S. 3).

Das häufig verwendete Wort Kompetenz entbehrt jeder Logik, es sagt alles oder nichts aus, da es isoliert weder verstanden noch umschrieben werden kann und erst im Zusammenhang mit einer benannten Eigenschaft Ausdruck findet. Kompetenz drückt sich im Verhalten der Menschen aus und hat sich deshalb in unserer Sprache eingebürgert um Spezifika benennen zu können (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Durch ihre Abstraktheit ist Kompetenz nicht beurteilbar und kann jemandem nur durch Beobachtung zugeschrieben werden. Kompetentes Handeln wiederum ist sehr wohl beurteilbar (vgl. Schmidt 2007, S. 159-162 zit. n. Zürcher 2007, S. 63), weshalb Kompetenz einer hohen Handlungstätigkeit (Handlungskompetenz/ Performanz) zuzuschreiben ist (vgl. Bernien 1997, S. 17-83 zit. n. Kniephoff/ Stelzl/Vogel 2007, o. S.). Kompetenzen im Plural ausgedrückt, zählen eher zu den Fähigkeiten, Kompetenz auf die Person als Ganzes bezogen kann in diesem Kontext nicht unterteilt werden kann (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Es ist also nicht möglich Kompetenz kurz und prägnant zu definieren. Berufsspezifisch kann sie zwei Bedeutungen zugewiesen werden:

- ✓ Kompetenz im Sinne von „dürfen“, als organisatorische Zuerkennung von Handlungen und Entscheidungen
- ✓ Kompetenz im Sinne von „können“, als individuell erlernte Fähigkeit um dementsprechend zu handeln (vgl. Saure 2011, S. 25).

1.3.1 Begriffs- und personenbezogene Kompetenzentwicklung

Entwicklung des Kompetenzbegriffes:

Mitte der 70er Jahre im vorigen Jahrhundert konnten berufliche Handlungsanforderungen durch schwierige Arbeitsmarktsituationen, stetig steigender Arbeitslosigkeit, sich ständig ändernde Berufsbilder, neuen Technologien und des rasanten Wirtschaftswachstums nicht mehr klar prognostiziert, respektive definiert werden. Ein Kompetenzkonzept entstand, um im Arbeitsgeschehen zielgerichtet reagieren zu können (vgl. Arnold/ Clement 2002, S. 170 f. zit. n. Tintor 2006, S. 6). Es vernetzt ökonomische und pädagogische Normen, informelles/ formelles Lernen, Alltagswissen, empirisches Wissen, Kenntnisse und Fertigkeiten (vgl. Nuissl/ Schiersmann/ Siebert 2002, S. 5). Diesem Plan entsprang in den 80er Jahren auch das Modell der Schlüsselqualifikation (vgl. Mertens 1974/1975, o. S.zit. n. Erpenbeck 2002 S. 4), mit dem Ziel der Persönlichkeits- und Handlungsorientierung (vgl. Sloane et al. 1998, S. 159 zit. n. Tintor 2006, S.6). Die Formulierung dieser Bezeichnung wurde jedoch in der Pflegeausbildung durch den Begriff Kompetenz wieder abgelöst. Bei der Einführung ersterer Definition sollte eine übergeordnete Qualifikation auf breiter Basis installiert werden, das heißt, man beschränkte sich in der Ausbildung nicht auf einen bestimmten praktischen, zeitlich abhängigen Tätigkeitsbereich, welcher stetigen Alterungsprozessen unterliegt, sondern lehrte favorisierte Fähigkeiten und förderte so „Flexibilität, Arbeitsmotivation, Leistungs- und Kooperationsfähigkeit, und lebenslanges Lernen“, um als sogenannter Produktionsfaktor zum Einsatz zu kommen. Individuelle Werte und Sinnorientierung ließen sich durch die fehlende Motivationsberücksichtigung jedoch nicht verwirklichen, da Menschen ihre Leistung nicht durch vorgegebene Direktiven, sondern aus ihrer Persönlichkeit heraus er-

bringen (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Verständlich schreibt Lindemann/ Tippelt (1999, S. 3 zit. n. Zürcher 2007, S. 66) Schlüsselqualifikationen einer tätigkeitsbezogenen Situation zu, wobei Kompetenzen, durch lebenslange Entwicklung erworben, Personen zugewiesen werden.

Die Entwicklung des Kompetenzbegriffes erfährt Ende des 20. Jahrhunderts seine Bedeutung, um zukünftige Anforderungen durch individuelle, unternehmerische sowie berufliche Leistungsfähigkeiten zu meistern (vgl. Merk 1998, o. S., zit. n. Picado/ Unkelbach 2001, S. 31). Abgelöst wurden die bis hin sehr attraktiven Bezeichnungen der Schlüsselqualifikationen und der Bildung durch den „Begriff des Jahres 2001“, der „Kompetenzentwicklung“ (vgl. Nuissl/ Schiersmann/ Siebert 2002, S. 5).

Persönliche Kompetenzentwicklung:

Entwicklung steht für „die Grundauffassung, dass Menschen und Organisationen als lebende, soziale Systeme die Fähigkeit besitzen, ihre Situation zu reflektieren, zu akzeptieren, Lösungen zu erarbeiten und umzusetzen“ (Häfele 2007, S. 18 zit. n. Steurer 2011, S. 12). Institutionelle Kompetenzentwicklung kann als Disposition und Entfaltung aller Leistungsfähigkeiten der menschlich vorhandenen Grundvermögen verstanden werden. Das heißt, „[...] die Entwicklung von immer mehr Bewusstsein ist die Entwicklung von Kompetenz und dazu muss erst einmal das Bewusstsein vorhanden sein“ [...] „mit dem Grad der Selbsterkenntnis wächst der Grad des Bewusstseins“ (Olbrich 2009, o. S.). Ausgedrückt wird es durch Sprache mittels gedachten Aufbaus. Durch den nicht vermittelbaren, abstrakten Charakter kann Kompetenz nur das Individuum selbst entwickeln. Selbsterkenntnis ermöglicht es dann, sich selbst im Handeln zu erkennen (vgl. Olbrich 2009, o. S.)

1.3.2 Kompetenzbereiche

Kompetenzprofile fügen Kompetenzen je nach Sinn und Zweck der unterschiedlichen Ansprüche in Einheiten zusammen und dienen gleichzeitig als Forschungsfragen für zukünftige Bildungsreformen (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Eine Vielzahl von Wissenschaftlern, von der Biologie bis zur Philosophie, befassen sich heute mit der Erforschung der Kompetenz, um sie anschaulich, darstellbar, begreifbar, erforschbar und lehrbar zu machen. Deshalb fundiert jeder Wissenschaftszweig seine eigenen Konzepte. Noch vor zehn Jahren beschäftigte sich ausschließlich die Sozialwissenschaft mit diesem Thema.

Der Kompetenzbegriff findet Verwendung im Alltag, im beruflichen Sektor und in der Wissenschaft und definiert dort seine Zugehörigkeit. Befähigungen im Management z.B. werden „Führungskompetenzen“ oder „Organisationskompetenzen“ zugeschrieben und berechtigen durch bestätigte Qualifikationen in einem differenzierten Bereich autonom zu handeln oder zu entscheiden. (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Da Kompetenz niemals in seiner Vollständigkeit dargestellt werden kann, entwickelten sich im Laufe der Zeit diese Formen, die bestimmte Phänomene beinhalten und somit analytisch beurteilbar sind (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Erpenbeck (2002, S. 5) beschreibt den Kompetenzbegriff als Selbstorganisationsdisposition, dessen Entwicklung vom Ziel erzieherischer Handlungen ausgeht. Er unterteilt ihn in sogenannte „Basiskompetenzen“, respektive „berufliche Handlungskompetenzen“: der „Personal-kompetenz, Aktivitäts- und Umsetzungskompetenz, Fach- und Methodenkompetenz und Sozial-kommunikative Kompetenz“, erweitert um Europa- und Umweltkompetenz (vgl. Beck 1997, S. 28 zit. n. Bretthauer 2004, S. 14).

Diese Basiskompetenzen (Skills) lassen sich eingrenzen in:

- ✓ **Hard Skills**

Hard Skills sind meist formal erlernbar, leicht zu messen, trainierbar und veränderbar. Dazu gehören, Fach-, Methoden/ Lernkompetenz.

Fachkompetenz:

Bezieht sich auf das gesamte Fachwissen der MitarbeiterInnen und die Fähigkeit und Bereitschaft, in bestimmten Tätigkeitsbereichen kreativ Probleme in Eigenorganisation zu lösen und zu evaluieren (vgl. Mayr 2003, S. 64 zit. n. Kniephoff/ Stelzl/ Vogel 2007, o. S.).

Methodenkompetenz/ Lernkompetenz:

Personen sind befähigt, durch Eigenorganisation unter dem Einsatz kreativen Denkens Tätigkeiten und Arbeitsabläufe zu gestalten (ebd.), aber auch zu wissen, was sie tun, wie sie es tun und bereit sein es zu tun (vgl. Steig 2000, o. S. zit. n. Olbrich 2009, o. S.).

Aus pädagogischer Sicht sind diese beiden Eignungen für sich alleine stehend nicht ausreichend, da sie ein sehr einseitiges Pensum aufweisen und sich nur in Verbindung mit Folgendem als sinnvoll erweisen.

✓ **Soft Skills**

Soft Skills zählen zu den weichen, nicht messbaren Fähigkeiten.

Personalkompetenz:

Hat den Charakter einer Eigenorganisation im Umgang mit sich selbst (deshalb auch Selbstkompetenz), entwickelt effektive Einstellungen und Werthaltungen und weiß durch Selbstreflexion seine Stärken und Schwächen gut einzuschätzen (ebd.).

Sozialkompetenz:

Aus eigenem Antrieb mit anderen kreativ zu kommunizieren und kooperieren (ebd.). Habermas (1987, S. 146, zit. n. Olbrich 2009, o. S.) räumt der Kommunikation in Form von Verständigungs- und Sprachfähigkeiten unter Beibehaltung der eigenen Identität eine prioritäre Stellung ein. Glembotzky (2011, S. 6) unterstreicht noch die „Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität“.

Oben beschriebene Basiskompetenzen führen durch enges Zusammenwirken zur Handlungskompetenz (vgl. Münch 2003, S. 92 zit. n. Brettauer

2004, S. 17). Sie finden sich auch in Stellenausschreibungen, Auswahlgesprächen oder Funktionsbeschreibungen wieder und dienen der Erfassung des qualitativen Personalbedarfs und den Ansprüchen an Fort- und Weiterbildung. (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Der Erwerb von Kompetenz ist letztendlich nur durch Bildung im Sinne von „Lernen“ möglich. Über die Sozialisation mit Charakter einer familiären Erziehung, dem formalen und non formalen Lernen, informeller Bildung bis hin zum beiläufigen Lernen – Lernen „en passant“ – welches sozusagen „im Vorbeigehen“ also unbewusst stattfindet (vgl. Amtmann 2012, o. S.).

1.4 Qualifikation

Schwieriger gestaltet sich die Abgrenzung zwischen den Begriffen Kompetenz und Qualifikation. Letzterer bezieht sich auf Personen mit zertifizierbaren Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten in einerseits Ausübung einer definierten Arbeit (tätigkeitsbezogener Qualifikationsbegriff) und andererseits bezogen auf deren Handlungsmöglichkeiten, Einstellungen und Werthaltungen (personenbezogener Qualifikationsbegriff). Qualifikation kann sozusagen als Teil der Kompetenz gesehen werden und nicht mehr umgekehrt. Sie löste daher auch Ende der 60er Jahre den Bildungsbegriff ab und zählt seit dem nicht mehr als solcher (vgl. Heidenreich 1997, o. S. zit. n. Erpenbeck 2002 S. 3f.). Als qualifiziert bezeichnet die Europäische Kommission jemanden, dessen Lernpotenzial durch anerkannte Behörden bestätigt wird und somit den speziellen Forderungen am Arbeitsmarkt entspricht (vgl. EK 2005, S. 14 zit. n. Zürcher 2007, S. 65).

Tabellarisch zeigen Qualifikation und Kompetenz deutliche Abweichungen:

| Qualifikation | Kompetenz |
|---|--|
| Q. ist immer auf die Erfüllung vorgegebener Zwecke gerichtet, also fremdorganisiert | K: beinhaltet Selbstorganisationsfähigkeit |
| Q. ist – bei handlungszentriertem Beobachtungsfokus – weitgehend auf konvergent - anforderungsorientierte Handlungs- und Tätigkeitssituationen bezogen | K. füllt als einziger Attributionsbegriff das Feld handlungszentrierter Beobachtungsfokus/ divergent- selbstorganisative Handlungs und Tätigkeitssituationen |
| Q. beschränkt sich auf die Erfüllung konkreter Nachfragen bzw. Anforderungen, ist also objektbezogen | K. ist subjektbezogen |
| Q. ist auf unmittelbare tätigkeitsbezogene Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verengt | K bezieht sich auf die ganze Person, verfolgt also einen ganzheitlichen Anspruch |
| Q. ist auf die Elemente individueller Fähigkeiten bezogen, die rechtsförmig zertifiziert werden können | K. – Lernen öffnet das sachverhaltszentrierte Lernen gegenüber den Notwendigkeiten einer Wertevermittlung; K. umfasst die Vielfalt der prinzipiell unbegrenzten individuellen Handlungsdispositionen |
| Q. rückt mit seiner Orientierung auf verwertbare Fähigkeiten und Fertigkeiten vom klassischen Bildungsideal (Humboldts „proportionierlicher Ausbildung aller Kräfte“ ab | K. nähert sich dem klassischen Bildungsideal auf eine neue, zeitgemäße Weise |

Abb.1: Qualifikation versus Kompetenz

(Quelle: vgl. Arnold 2000, S. 269 zit. n. Erpenbeck 2002, S.5)

Arnold (2001, S. 278 zit. n. Bretthauer 2004, S. 14) fasst zusammen: „Der Qualifikationsbegriff verweist also auf die Situation, während dem in der Situation handelnden Subjekt der Kompetenzbegriff zuzuordnen ist“.

Basis für alle Qualifikationen und jeder Kompetenz sind die kognitiven, emotionalen Anlagen der Menschen. Daraus folgende Denkprozesse

müssen aber nicht unbedingt zu befriedigenden Handlungen lenken. Die Theorie besagt, dass motivationale Prozesse das Handeln determinieren, jedoch handlungsleitende Kenntnisse in Ausprägung einer Zielorientierung vordergründig wirken (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

1.5 Performanz

Performanz ist Synonym für Tätigkeitsvollzug oder Handlungsausführung und setzt bestimmte Fertigkeiten voraus. Kompetenz und Performanz gehören daher im engeren Sinn zusammen, resultierend lassen sich aus beiden Begriffen jedoch keine direkten Handlungen vorhersagen. Lediglich Erfahrungswerte, Wahrscheinlichkeitsannahmen und Aussagen schließen auf die Handlungsvoraussetzung Kompetenz. Diese wiederum sind abhängig von kausalen Fähigkeiten, Erfahrung und Übung bei zunehmender Ausführung von gleichen oder ähnlichen Arbeitsaufgaben- oder schritten(vgl. White 1995, o. S. zit. n. Erpenbeck 2002, S. 1ff.). Performanz betont somit lediglich einen Teil der Kompetenz, der das Sichtbare, das Können darstellt (vgl. Arnold/ Clement 2002, S. 132 f. zit. n. Tintor 2006, S. 5).

Dehnbostels (2007, S. 131 zit. nach Glembotzky 2011, S. 5f.) Definition besagt, dass Performanz als Handlungskompetenz eine Ausdifferenzierung der Kompetenz ist und sich heruntergebrochen teilt in „Fach- Personal- und Sozialkompetenz“(Kapitel 1.2.2).

Im Duden (2012, o. S.) wird Performanz einer Verrichtung, Ausführung oder Leistung zugeschrieben. Aussagekräftig interpretiert Olbrich (2009, o. S.) Performanz als „die in Erscheinung tretende Gestalt“ von Kompetenz, angezeigt über Phänomene, z.B. Wissen (Kompetenz) durch Mitteilung und Beratung anwenden (Handlung). Kompetenz zeigt sich also in der Performanz, welche durch Beobachtung auch messbar und beurteilbar ist. Bezieht man sich auf das Wort „handeln“, so kann dies unbewusst, be-

wusst oder mit Absicht passieren. Handeln drückt sich im Tun aus, gelenkt von unseren Grundbedürfnissen, wie z.B. Anerkennung, aber auch in Abhängigkeit unserer Wahrnehmung, Wertehaltung und Einstellung. Es kann sich aber auch über die Sprache auswirken, wenn wir etwas zum Ausdruck bringen wollen, auch Beobachtung, Beurteilung und Erkennung ist Handeln (vgl. Olbrich 2009, o. S.). So kann die systematische Erhebung des Pflegeassessments einem professionellen Handeln zugeschrieben werden, anders erwecken z.B. die Eindrücke im Eingangsbereich eines Krankenhauses, auf den Gängen, in PatientInnenzimmern, an den Stützpunkten oder die gelebte Kultur im Umgang mit Menschen bewusste und unbewusste Reaktionen in uns. Je ausgeprägter wir uns damit identifizieren, desto erfolgreicher wird unser Handeln, aber auch unsere Kommunikation nach innen und außen, dominieren (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Zusammenfassend kann Kompetenz dem Wissen und Können, aber auch Recht und Befugnis als formalen Rahmen zugewiesen werden, welche wiederum das Handeln bestimmt. Diese Grunddefinitionen beziehen sich aber immer nur auf individuelles Handeln und nicht nur auf professionelles, wie es in Sozialberufen vorherrscht, deren Wirken immer ein Kollektiv mit dem Patienten oder dem interdisziplinärem Team voraussetzt. Meist sind es unbewusste Konsensfindungen. Welche Kompetenz letztlich zur Handlung führt, ist nicht klar festzustellen (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Um professionelles Handeln zum Ausdruck zu bringen, erfasst der nächste Absatz die Charakteristika des Pflegeberufes.

1.6 Pflege und Profession

Pflege wird im Duden (2012, o. S.) erklärt als „Behandlung mit den erforderlichen Maßnahmen zur Erhaltung eines guten Zustands“. Professionelle Pflege differenziert sich durch Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung von Gesundheit und Krankheit zur Erhaltung der Lebensqualität, Vermeidung von Krankheit und Linderung von Leiden, Bereitstellung von Interventionen, Entwicklung von Strategien für die Bevölkerung in bestimmten Lebenssituationen, Unterstützung bei der Bewältigung von akuten/ chronischen gesundheitlichen Problemen in allen Lebensphasen (Empfängnis bis Tod) unter Achtung und Wahrung der Würde des Menschen (vgl. Gesundheit Österreich 2011, S. 7).

Pflege kann einer „persönlich-interaktiven“ Dienstleistungsart zugeschrieben werden, in dem sich die KundInnen selbst einbringen und sich in einer dauerhaften, intensiven und persönlichen Kontaktsituation mit dem Personal befinden. Der Wirkungsbereich umfasst den emotionalen, intellektuellen und physischen Faktor. Das Outcome einer pflegerischen Dienstleistung ist abhängig von den qualitativen Eigenschaften der Pflegenden, vom Prozess der Pflegehandlung und von der Fähigkeit und Bereitschaft der PatientInnen in eine Interaktion zu treten. Studien lassen erkennen, dass zwischen Dienstleistungsqualität und (freundlicher) Kommunikation ein Zusammenhang besteht (vgl. Saure 2011, S. 42-45). Sowohl das Verständnis von Pflege als auch das berufliche Selbstverständnis haben sich gewandelt. Der Pflegebedarf ist einer komplexen Pflegesituation anzupassen und nicht mehr als eine ärztliche Assistenz zu sehen oder nach ärztlichen Anordnungen auszurichten (vgl. Robert Bosch Stiftung 2001, S. 11).

Der gehobene Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege lässt heute alle Elemente einer Profession erkennen, das heißt, es ist ein Beruf mit besonderen Eigenschaften, der sich dadurch von anderen Bereichen unterscheidet. Dazu gehören berufliche Eigenständigkeit, Autorität, behördliche Auszeichnung, gesellschaftliches Ansehen, spezielles Wissen (akademische Ausbildung), Interessensvertretung und ein hohes Maß an Berufs-

ethik (Verhaltenskodex). Professionelle Pflege beinhaltet aber unter anderem auch Lehr-, Führungs-, Spezial- und wissenschaftliche Aufgaben, generiert durch den der Grundausbildung konsekutiven Aus- und Weiterbildungen (vgl. Saure 2011, S. 15/ Wagner 2006, S. 9).

Professionalität in der Pflege zeichnet sich demnach durch seine Doppelcharakteristik aus, einerseits den Kompetenzstrukturen, andererseits der hohen sozialen Verantwortung dieser Generalist- und SpezialistInnen.

1.6.1 GeneralistInnen

GeneralistInnen sind Personen, welche eine umfassende auf europäischer Stufe normierte Ausbildung abgeschlossen haben. Die befähigenden Kompetenzen und Pflichten sind in Aufgabenbeschreibungen definiert. Sie nehmen als Pflegeanbieter die Hauptrolle ein, da sie Pflege direkt bei und mit den jeweiligen Adressaten verrichten (vgl. Gesundheit Österreich 2011, S. 10).

1.6.2 SpezialistInnen

Fertigkeiten, die bei bestimmten Situationen einer speziellen Expertise bedürfen und durch anerkannte Bildungs- und Praxisstandards im Rahmen formaler Aus/ Weiterbildungen erworben werden, schreibt man SpezialistInnen zu. Vertiefungen auf Erfahrungs- und fachsystematischer Ebene sind ebenfalls Voraussetzung für die speziell ausgewiesene Handlungskompetenz (vgl. Gesundheit Österreich 2011, S. 11).

Das Bild der Professionen beinhaltet alle Synonyme von Kompetenz. Im nachfolgenden Kapitel werden der stufenweise informelle Kompetenzerwerb bis zum handelnden Professionalisten und die dazu erforderlichen curricularen Bedingungen sichtbar.

1.7 Pflegekompetenz

Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz definiert allgemeine Berufspflichten und das Berufsbild des gehobenen Dienstes. Auch Curricula der Krankenpflegesschulen sind dahingehend angepasst und ausgerichtet. Die postgraduelle Weiterentwicklung der Pflegekompetenz, hängt im Wesentlichen ab von der Ausprägung der Anforderungen resp. den Herausforderungen, aber auch von der persönlichen Erwartungshaltung (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Nachfolgende Stufenmodelle stützen sich auf Studien und Projektergebnisse.

1.7.1 Pflegekompetenzmodell nach Benner

Speziell der Pflege angepasst visualisierte Patricia Benner, aus Erkenntnissen in den 80er Jahren, erhoben in den USA, ein heute noch sehr beliebtes Kompetenzmodell, welches die Entwicklung von Beobachtungs- und Wahrnehmungsfähigkeiten beschreibt und sich den Theorien des Kompetenzerwerbes der Gebrüder Dreyfus und Dreyfus anlehnt. Sie definierten das Phänomen unter der Voraussetzung, dass „Erfahrungen während des Handelns entstehen und das Handeln leiten“ (Benner 2000, S. 42 zit. n. Thiel 2007, S. 15).

Den Kompetenzerwerb in der Pflege graduiert Benner in fünf Stufen, dargestellt vom unbeteiligten Beobachtenden hin zum engagierten Handelnden und Urteilenden:

1. Neuling: Bewältigung einfacher Situationen ohne Erfahrung
2. Fortgeschrittene AnfängerInnen: bereits gemachte Erfahrungen werden in bestimmten Situationen angewandt, die Relevanz ist aber nicht absehbar noch können Prioritäten gesetzt werden
3. Kompetente Pflegende: handeln nach eigener systematischer Ordnung, sind noch langsam bei den Ausführungen

4. Erfahrene Pflegende: erkennt man durch spontanes Handeln ohne intensives Nachdenken, die Situation wird als Ganzes gesehen, beruhend auf Erfahrungen
5. PflegeexpertInnen: angezeigt durch rasche Durchführung anspruchsvoller Arbeiten, jedoch ohne Problemlösungsansatz und nicht zukunftsorientiert.

Es zeigt sich, dass der Erwerb von Kompetenz nur durch herausfordernde Konfrontationen mit speziellen Situationen stattfinden kann (vgl. Thiel 2007, S. 15f.). Von Benner wird beschrieben, dass eine Pflegeperson erst nach fünf Jahren Erfahrung zur Expertin wird und selbst diese Empirie muss ständig überprüft werden. Nach der formalen Ausbildung kann lediglich von einem „regelgeleiteten Handeln“ ausgegangen werden. Folglich sind langjährige Entwicklungs- und Begleitmaßnahmen notwendig.

Christa Olbrich stützt sich auf dieses Modell und dokumentiert erste deutsche Forschungsergebnisse.

1.7.2 Pflegekompetenzmodell nach Olbrich

Pflegekompetenz beschreibt Olbrich (2009, o. S.) „als das Zusammenwirken verschiedener Komponenten von – Pflegepersonen, Patienten und Umwelt“ durch Denken, Fühlen und Handeln. Sie positioniert Pflegekompetenz angelehnt an Benner in drei „Abstraktionsniveaus“, der konkreten – formalen als Basis bezeichneten Kompetenz, der situativ-kontextuellen, also Theorie und Subjekt miteinbeziehenden Kompetenz als Expertin und der abstrakten, im Sinne einer Selbstorganisationsdispositionskompetenz, bewusst durch das Erkennen der eigenen Fähigkeiten. Letztere Disposition stellt erhöhte Ansprüche in der Kompetenzdiskussion, z.B. wie jemand lernt, was er kann und es anwendet. Den pflegerischen Handlungen leitet sie vier Dimensionen, hierarchisch dargestellt, ab:

1. „Regelgeleitetes Handeln“, geprägt durch Fachwissen und Routine
2. „Situativ-beurteilendes Handeln“, vordergründig auf Wahrnehmung und Sensibilität in Bezug zum Patienten und dessen Umwelt ausgerichtet
3. „Reflektierendes Handeln“, auf die eigene Person und Umwelt bezogen und
4. „Aktiv-ethisches Handeln“, angezeigt durch Reflexion. (vgl. Olbrich 2009, o. S.)

Es konnten dazu Fähigkeiten und Kompetenzen abgeleitet werden, die auf Wissen, Können und Erfahrung zurückzuführen sind, ausgeführt in einem formalen Rahmen mit Ausführungskompetenz. In der obersten Stufe lassen sich neben den Fähigkeiten auch noch Komponenten einer Person wie: Reflexion, Emotion, persönliche Gegenwart, Intuition und Mut feststellen, dadurch wird Pflege auch gestärkt in der Anwendung von Strategien, um ihre Ziele zu erreichen. Neben der Erfahrung fließt die eigene Persönlichkeit (Werte, Einstellungen, Selbstüberzeugung) mit ein und präsentiert sich im Benehmen, der kommunikativen Ausprägung und der Performanz am Patienten (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Eine empirische Studie belegt, dass eine hohe Pflegekompetenz eine aktive und sichtbare Besserung des Zustandsbildes von Patienten bewirken kann, z.B.: Schmerzen wurden gelindert, „Angst eingeschränkt“, Entlassung früher ermöglicht.... (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

1.7.3 Pflegekompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich

Bis vor 50 Jahren zählten Sauber-, Pünktlich- und Freundlichkeit noch zum Curriculum in der Pflegeausbildung, ausgerichtet auf den speziellen Bedarf und ökonomischen Nutzen. Heute muss Wissen und Können nachweisbar sein, dies und verschiedene Determinanten (Kapitel 2) bedingen Erneuerungen am Bildungssektor und fordern Kompetenzforschungen der Personen im Einzelnen und Organisationen als Ganzes.

Ein Argument zur Neuausrichtung der Pflege/ Pflegebildung ist der derzeit bestehende Mangel an Pflegepersonen von ca. 7000, europaweit bis zum Jahr 2020 werden es geschätzte 600.000 sein. Das erarbeitete und dem Ministerrat vorliegende Kompetenzmodell lehnt sich, zur Erbringung von Versorgungsleistungen an auf Grundlagen des ICN, ICNP (Kapitel 2.2.2), EQR/ NQR (Kapitel 3.1.1) und der WHO (Kapitel 2.2.1). Das Modell beschreibt fünf Pflegehierarchiestufen: von der

1. Unterstützungskraft (heutige Heimhilfe),
2. Pflegeassistenz (gegenwärtige Pflegehilfe),
3. GeneralistInnen (der derzeitige Gesundheits- und Krankenpflegefachdienst),
4. SpezialistInnen (mit Zusatzausbildung, Bachelorebene), bis hin zur
5. Advanced Nurse Practitioner (Masterebene),

mit den Zielen, Instrumente und Basen bereitzustellen, zur Entwicklung der Curricula, zur Personalentwicklung/ -planung, für politische Entscheidungen, zur Differenzierung von Kompetenzen in der Pflege und Fähigkeiten und Fertigkeiten der Berufsbilder (vgl. Gesundheit Österreich 2011, S. 3).

Wie im Kapitel 1.7 beschrieben, hängt die Kompetenzentwicklung wesentlich ab von den erforderlichen Bedürfnissen, in berufs- und bildungspolitischer, gesellschaftlicher und demographischer Hinsicht. Nachstehend werden diese Ambitionen konkretisiert und die gesetzlichen Regelungen erläutert.

2 Kompetenzanspruch

Kompetenz in Form von Bildung und dem daraus resultierenden Handlungsvermögen eines Menschen verbindet auch immer ein gesellschaftliches Verständnis über deren Entwicklung. Individuum und Gesellschaft stellen persönliche und berufliche Anforderungen an das Bildungswesen, somit darf der Kompetenzbegriff nicht mehr rein personenbezogen gedacht werden (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

2.1 Perspektiven der Gesundheits- und Krankenpflege

Mit den Qualifikationen nach Abschluss der Grundausbildung ist es heute nicht mehr möglich, bis zum Ende der Berufstätigkeit den Anforderungen zu entsprechen. Prospektiv beschreibt der nächste Abschnitt, welche Ansprüche die Profession zu bewältigen hat.

2.1.1 Demographischer und technischer Wandel

Eine der, im Jahr 2012 durch das Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten, zehn Gesundheitsziele „Health in all Policies“ lautet: „Qualitativ hochwertige und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen“. Der Inhalt plädiert für verstärkte Gesundheitsberatung und Prävention in Form von Empowerment und Partizipation einer multikulturellen Bevölkerung, effiziente, effektive, zukunftsorientierte, multidisziplinäre, qualitätsgesicherte Betreuung- und Versorgungssysteme in Hinblick auf Transparenz und Kosten und einer kontinuierlichen, bedarfsgerechten, praxisorientierten Fortbildung für alle Gesundheitsberufe (vgl. BMfG 2012, S. XI).

Die Lebenserwartung liegt gegenwärtig beim Mann bei 78-, bei der Frau 83 Jahre, die gesunde Lebenserwartung bewegt sich aber lediglich bei 59

resp. 61 Jahren. Stress, Bewegungsmangel, Ernährungsfehler und Lebensstile determinieren den Gesundheitsfaktor (vgl. BMfG 2012, S 1f.). Prognosen gehen von einem Anstieg der chronisch-degenerativen Erkrankungen aus und somit einer Verdoppelung der Pflegefälle bis 2050.

Der demographische Wandel bedingte auch Entwicklungen in der Versorgung. Viele Spezifika haben sich herauskristallisiert, insbesondere: Re-mobilisation, Akutgeriatrie, Übergangsversorgungen, Spezialisierungen im gerontologischen Bereichen, in der Langzeit- und Kurzzeitpflege (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Geburtenrückgänge und die vermehrte Etablierung von Singlehaushalten erschweren die Übernahme notwendiger Pflege durch Angehörige. Das Bedürfnis in den eigenen vier Wänden betreut zu werden steigt aber, dementsprechend muss der extramurale, ambulante Bereich Verstärkung erlangen.

Weitere sich auf das Berufsbild der Pflege auswirkenden Perspektiven sind technische Reformen in den Bereichen der Kommunikations- und Informationstechnologie, ebenso der Mikro-, Gen- und Biotechnik. Spezielle Fachkenntnisse müssen erworben werden, ebenso angezeigt ist die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen (vgl. Thiel, 2007, S. 7).

Durch die Globalisierung sprechen wir heute von mündigen PatientInnen. BürgerInnen beharren derzeit auf mehr und vor allem professionellere Information, Beratung, und Aufklärung, ebenso Mitspracherecht und Teilhabe rund um ihre Bedürfnisse, individuellen Möglichkeiten und Sorgen im akutstationären, als auch im Langzeitbereich (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Nicht zuletzt spielt der Kostenfaktor eine entscheidende Rolle im Gesundheitssystem durch die beschriebene Demographie, der Pflegehäufigkeit, und der Strukturen und Verfügbarkeit informeller resp. formeller Pflege. Hinzu kommt, dass Verweildauerkürzungen in Akuteinrichtungen und die Forcierung der minimalinvasiven Chirurgie zu Verdichtungen von Schwerstkranken im allgemeinen Stationsbereich führen (vgl. Herzig/Walch 2009, S. 40).

Eine starke ethische Gewichtung bei Entscheidungen im Gesundheitssystem liegt demzufolge im Verantwortungsbereich der Pflege, kompetente Kommunikation ist Voraussetzung, ebenso eine restriktive Gesundheitsberatung. Seit bereits 2006 wird in 700 europäischen Spitälern die Gesundheit gefördert mit dem psychosozialen Schwerpunkt, der physische Bedarf gilt dem Stütz- und Bewegungsapparat (vgl. Gratzner 2006, S. 23).

Den Aussichten zur Folge muss auch der Berufs- und Bildungssektor zukunftsorientierte Überlegungen anstellen, um standhalten zu können.

2.1.2 Berufs- und Bildungspolitik

Der Paradigmenwechsel in der Pflege, weg vom pathogenetischen Ansatz, hin zur Salutogenese, bedingte eine Änderung der Berufsbezeichnung und wurde durch das GuKG normiert. Auch die Unterrichtskultur reformierte sich dahingehend, des Weiteren hielten wissenschaftliche und soziodemographisch bedingte Themen ihren Einzug. Pädagogische Innovationen implementierten neue Lernmethoden und passten die Didaktik an. Ziel ist die Individualität der Einzelnen zu bilden resp. zu stärken durch Mitbestimmungs-, Selbstbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeiten. Deshalb stellt sich heute nicht mehr die Frage, was für die Schule an Wissen erforderlich ist, sondern welche Anforderungen die Berufswelt stellt (vgl. Thiel 2007, S. 12f.).

Die Pflegeausbildung durchlief ebenso die Reformen der Kompetenzentwicklung. Einmal überprüftes Wissen, durch Zertifizierung bestätigt, reichte nicht mehr aus, um die komplexen Anforderungen zu bestreiten. Mit der Formulierung von sogenannten „Schlüsselqualifikationen“, denen man favorisierte Befähigungen zuwies, wie z.B. Flexibilität, schien die Lösung gefunden. Da die formalen Qualifizierungen letztendlich zur Endpersonifizierung führten und somit keinen Spielraum für persönliche Wertvorstellungen zuließen, wurde dieses Konzept zugunsten des Kompetenzbegriffes abgelöst (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Die Attraktivität, den Pflegeberuf zu erlernen, hat abgenommen. Studien zur Folge planen bereits Auszubildende den Ausstieg des zu erlernenden Berufes, die Fluktuationen im Arbeitsleben steigen, hinzu kommen die bevorstehenden Pensionierungen und der damit verbundene Verlust von Erfahrungswissen. Der Kostendruck führt zu erheblichen Zuwanderungen teils qualifizierter, teils unqualifizierter Personen aus anderen Kulturkreisen (vgl. Herzig/ Walch 2009, S. 48).

Durch spezielle, oben dargestellte, moderne Versorgungssysteme entstehen auch neue Versorgungswege und dahingehende Kooperationen mit diesen Schnittstellen. Viele berufliche Aufgabenbereiche sind neu zu schaffen und differenzieren. Unklar ist die Abgrenzung zu anderen Berufsbildern wie der Physiotherapie oder der Diätologie, es fehlt die Festbeschreibung von Tätigkeiten die ausschließlich dem Pflegepersonal zugewiesen sind und eine exakte Angabe über verfügbare Kompetenz und Ausmaß der Verantwortung.

Der vermehrte Erkenntnisgewinn wissenschaftlicher Forschungen verlangt ein restriktives Umdenken in der Pflegepraxis. Am Beispiel der Maßnahmen zur Behandlung und Prophylaxe von Dekubita lassen sich in den letzten Jahren 10 – 15 unterschiedliche Interventionen ableiten (vgl. Schank 2006, o. S.). In seiner Delphi Studie zeigte Görres (2004, S 105 zit. n. O-rischnig 2012, S. 23) zum Thema „Innovative Potentiale und neue Handlungsfelder für zukünftige Dienstleistungen in der Pflege“, dass die vier Aufgabenfelder Beratung/ Information/ Edukation/ Partizipation, Gesundheitsförderung/ Prävention/ Rehabilitation, Management, Koordination/ Vernetzung/ Kooperation in Zukunft immer wichtiger werden“.

Besonderen Qualifizierungsbedarf stellten ForscherInnen fest in der Gerontopsychiatrie, Kommunikation und Gesprächsführung, Beratung und Anleitung, Pflege von Menschen aus anderen Kulturen und Umgang mit Arbeitsbelastungen (vgl. Herzig/ Walch 2009, S. 24). ExpertInnen erwarten sich den stärksten Markt am Beratungs- und Informationssektor. Bezugnehmend dessen muss der Kommunikation und Gesprächsführung im

Curriculum der Pflegeausbildungen aber noch vermehrt Rechnung getragen werden.

Positive Effekte durch Änderungen der Pflegeorganisation belegen bereits internationale Erkenntnisse mit integrierten Modellen wie „Primary Nursing“, oder „Magnetspitäler“ (vgl. Feuchtinger 2010, o. S.), wobei die ganzheitliche Betreuung, ein zeitgemäßer Personalschlüssel, Personalentwicklungsstrategien und Partizipation des Personals im Vordergrund stehen (vgl. Gratzner 2006, S. 23).

All die genannten Einflussfaktoren verlangen neue Anforderungen, wobei den pflegerischen Berufsgruppen eine tragende Bedeutung zukommt. Zwingende organisatorische, betriebswirtschaftliche und das Gesundheitssystem betreffende Themen müssen in Aus- Fort- und Weiterbildungen Inhalt (vgl. Mühlbacher/ Pflügel 2008, S. 49f.) und normative Vorhaltung finden.

2.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen

Bildungsentwicklungen dienen der sozialen und ökonomischen Evolution der Gesellschaft/ des Gesundheitssystems (vgl. Schmitt 2008, S. 43). Die österreichweiten Kosten für Erwachsenenbildung und Weiterbildung beliefen sich laut der letzten aktuellen Statistik des Jahres 2006 auf 2,6 % der gesamten Bildungskosten und steigen stetig (vgl. Kirchttag/ Lassnigg/ Vogtenhuber 2008, S. 6f.). In Österreich sind Ausbildung, Berufsausübung und Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheitswesen gesetzlich geregelt. Einhergehend den Evolutionen und ausgelegten Modellen definieren sich dahingehend ständige Novellierungen in Gesetzestexten. Vice versa passieren Veränderungen in Folge dieser Normen. Direktive Vorgaben dienen aber auch dem Schutz der BürgerInnen bei Haftungsansprüchen und liegen in der Verantwortung der UnternehmerInnen und ausführenden Personen im Gesundheitssystem. Ansprüche auf formales- und informelles

Lernen als Ausdruck der Kompetenzerweiterung leiten sich daraus ab für die Bereiche „Wissen und Können“ als auch „Recht und Befugnis“.

Oberstes Organ im Gesundheitswesen ist die Weltgesundheitsorganisation, darauf folgen nationale und regionale Gesetze.

2.2.1 Welt Gesundheits Organisation

Eine im Jahr 2000 verfasste Kompetenzliste der WHO definiert Befähigungen, welche in der pflegerischen Basisausbildung erfüllt werden müssen: Befähigung

- ✓ „ zur systematischen, wissensbasierten auf den Einzelnen und seine Bedürfnisse hin orientierten Pflege Gesunder und Kranker
- ✓ zu einer nicht wertenden, fürsorglichen Einstellung
- ✓ zum analytischen und kritischen Denken
- ✓ zum planvollen, prioritätensetzenden, problemlösenden Denken und Handeln“
- ✓ zur Teamarbeit, partnerschaftlichen Zusammenarbeit, gemeinsamen Entscheidungsfindung
- ✓ zur Nutzung der Informationstechnologie
- ✓ zur Durchsetzung einheitlicher Pflege
- ✓ zur Wahrung von Führungsaufgaben
- ✓ zur Einschätzung der Situation in der ambulanten Pflege
- ✓ zum Umgang mit Notsituationen“ – Praktisches Wissen, das Leben retten kann (Nussbaumer/ von Reibnitz 2008, S. 36 zit. n. Olbrich 2009, o. S.).

Die dargelegten Fähigkeiten normieren sich im Gesetz der Gesundheits- und Krankenpflege und den Novellierungen zur Fort- und Weiterbildung.

2.2.2 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

Nach absolvierter Ausbildung und Berufseinstieg ist die Befähigung der Mitarbeiter noch nicht ausgereift. Der Weg der berufsbegleitenden Bildung

setzt hier an. Das aus dem Jahr 1997 stammende GuKG drückt erstmalig die Verpflichtung zur Fortbildung für diplomiertes Personal aus und bezieht sich auf „die allgemeinen Berufspflichten zur gewissenhaften Ausübung des Berufes“. Die Pflegepersonalregelung aus dem Jahre 1993 setzte den Grundstein zum Anspruch auf Fortbildung. Der Pflegegrundwert des Personalbedarfsberechnungsmodelles der KAGes sieht einen Minutenwert von drei Minuten pro PatientInnen und Tag vor.

Im GuKG § 63/ 64. werden Fort- und Weiterbildung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wie folgt definiert:

✓ Fortbildungen

„(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, zur

1. 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 40 Stunden zu besuchen

(2) Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung auszustellen“ (RIS 2009, o. S.).

In den Anmerkungen wird restriktiv darauf hingewiesen, dass auch dementsprechend zu handeln ist“. Aufgrund des stetig steigenden Kompetenzbedarfes verlieren Pflegende bei Versäumnis sich laufend fortzubilden ihre berufliche Handlungskompetenz (vgl. Saure 2011, S. 24).

✓ Weiterbildungen

„(1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, Weiterbildungen zur Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten zu absolvieren. Diese haben mindestens vier Wochen zu umfassen.

2. Weiterbildungen gemäß Abs. 1 können im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgen [...]“ (RIS 2009, o. S.).

Es besteht dahingehend aber keine Verpflichtung und auch Tätigkeitsbereiche werden dadurch nicht erweitert. Weiterbildungen müssen einen Zeitrahmen von mindestens vier Wochen umfassen um die Qualifikation zu gewährleisten und mittels Abnahme einer Prüfung durch ein Zertifikat beglaubigt sein. Diese Fort- und Weiterbildungsrichtlinien sind auch im Berufsbild der Pflegehilfe gesetzlich gefordert mit Ausnahme des wissenschaftlichen Bereiches (vgl. RIS 2009, o. S.). Mittlerweile werden 41 zertifizierte Weiterbildungen für den gehobenen Dienst angeboten und 11 für die Pflegehilfe (vgl. Lipusch 2011, S. 32 f.).

Der folgende Absatz ist im Gesetz verankert und verweist auf die ethischen Verpflichtungen im Pflegeberuf.

2.2.3 International Council of Nursing

Seit 1993 existiert ein Ethikkodex für die Pflege, herausgegeben durch den ICN, ein Bündnis von 128 nationalen Berufsverbänden, in Österreich vertreten durch den ÖGKV. Nach mehreren Reformen stammt die neueste Fassung aus dem Jahre 2005. In ihm sind die vier epochalen Aufgaben: Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherstellen und Leiden zu lindern, dargestellt, immer in Verbindung mit der Wahrung der Menschenrechte jedes Einzelnen und der Gesellschaft. Die ethischen Grundelemente beinhalten wiederum vier Elemente:

- ✓ Pflege und ihre Mitmenschen
- ✓ Pflege und die Berufsausübung
- ✓ Pflege und die Profession und
- ✓ Pflegenden und ihre Kolleginnen.

Der Kodex dient als Leitfaden für ein Handeln nach „sozialen Werten und Bedürfnissen“ und findet sich in den Leitbildern der Einrichtungen wieder. Es soll zu Studien, Diskussionen, Überlegungen und bestimmten Denkweisen anregen (vgl. DBfK/ ÖGKV/ SBK 2010, S. 1-4).

Die stetig notwendigen Novellierungen diverser Gesetzestexte dienen als Instrumentarium um nationale, soziale und politische Kompetenzansprüche in der Pflege anzupassen. Beschwerlicher ist es jedoch Kompetenz zu messen oder zu bewerten.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich daher mit dem Zuwachs von Zertifizierungs-, Beurteilungs- und Evaluationsmöglichkeiten informell erworbener Kompetenz.

3 Kompetenz Charakteristika

Zertifizierungen, als Bestätigung einer bestimmten Qualifikation, ausgestellt von neutralen Dritten, sind die Ausstellung von Zeugnissen. Sie dokumentieren die gegenwärtige Kompetenz, Fertigkeit und Fähigkeit, lassen aber auch prospektive Entwicklungen abschätzen und sind somit Richtungsweisend für die Befähigten selbst als auch für ArbeitgeberInnen (vgl. Ebisch/ Huber/ Paetz 2007, o. S.).

Da ein Beobachtungsmodus, durch Fremdbeobachtung von Kompetenz, keine eindeutige Aussagekraft besitzt, stellen sich hier vor allem die Fragen:

- ✓ Welches Verfahren (Instrument) wende ich an?
- ✓ Mit welcher Methodik gehe ich vor?
- ✓ Welche Kompetenzen messe ich?
- ✓ Wie werden diese bewertet?
- ✓ Wer beurteilt sie?

Natürlich muss jede Ermittlung auch den wissenschaftlichen Gütekriterien, der Validität, Reliabilität und Objektivität entsprechen (vgl. Zürcher 2007, S. 81ff.). Als problematisch erweist sich die Messung von Kompetenzen welche nicht ausreichend darzustellen sind oder sich nur schwierig erhe-

ben lassen, wie z.B. „Kommunikation“, Stabilität, oder ethische Probleme beim Erheben persönlicher Kompetenzen (vgl. Haahr et al. 2004, S 23-24 zit. n. Zürcher 2007, S. 84).

Ein erfassen der Kompetenz würde:

- ✓ Einblick in persönliche Fähigkeiten ermöglichen
- ✓ Fort- und Weiterbildungsangebote optimieren
- ✓ Personalentwicklungen strategisch planbarer machen
- ✓ Kosten reduzieren
- ✓ Fehlerquellen vermeiden
- ✓ Herausforderungen besser meistern
- ✓ Selbstverantwortung steigern

Zur Bewertung von Kompetenz und anschließender Zertifizierung zur beruflichen Handlungskompetenz, die außerhalb der üblichen Bildungseinrichtungen erworben werden, gibt es schon valide Verfahren in mehreren Bundesländern.

3.1 Validierung informeller Bildung

Validierung lässt sich bis in die 1940er Jahre in den USA zurückverfolgen und ist die Anerkennung aller Lernergebnisse, die während des beruflichen Werdegangs und in der Freizeit erlernt wurden (vgl. Käßlinger 2005, S. 4 zit. n. Zürcher 2007, S. 95). Es gibt verschiedene Modelle im Validierungsverfahren, die meisten beziehen sich aber auf formale Kompetenzbewertungen einzig das „Parallelitäts-Modell“ bewertet das Informelle, wobei die Schwierigkeit in der persönlichen, betrieblichen und staatlichen Anerkennung dieser Methode liegt.

Um aber richtig bewerten zu können, musste ein Qualifikationsrahmen geschaffen werden.

3.1.1 Europäischer/ nationaler Qualifikationsrahmen

In den 1990er Jahren beteiligte sich die EU, im Zuge des Projektes „lebenslanges Lernen“, bei der Erhebung von zukunftsrelevanten Kompetenzen und richtete zur internationalen Gleichstellung „Qualifikationsrahmen“ und „Credit-Systeme“ ein (vgl. Zürcher 2007, S. 80). Lernergebnisse leiten sich hier aus den verschiedenen Qualifikationen resp. Kompetenzen ab und drücken Wissen, Verstand und Performanz aus. Dieser Rahmen unterteilt acht Niveau-Stufen und bezieht sich auf Kenntnisse (Bilanz der Erzeugung von Information durch Lernen), Fertigkeiten (logische und kognitive Fähigkeiten um Kenntnisse umzusetzen) und daraus abzuleitenden, zunehmenden Kompetenzen im Sinne von Selbstständigkeit und Verantwortung (schließt Kenntnisse und Fertigkeiten mit ein), (vgl. EK 2006a, S.19-22 zit. n. Zürcher 2007, S.103). Der Qualifikationsrahmen konzentriert sich also nicht auf Inputs, sondern was ein Lernender nach Beendigung des Lernprozesses weiß, versteht und in der Lage ist zu tun (vgl. Europäische Gemeinschaften 2008, S. 3).

Die Niederschrift ist sehr offen gehalten, um Anpassungen den Strukturen der Länder zu ermöglichen, somit dient sie auch der Neuorientierung in Pflegeberufen, sowie den dortigen Aus- Fort- und Weiterbildungen und als Basis lebenslangen Lernens. Beispiel: nach Absolvierung von drei Jahren Grundausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege liegt die Bewertung auf Stufe drei, mit Bakkalaureat, Stufe fünf der acht Niveaustadien.

Durch Transparenz und Affinität soll auch informeller Wissenserwerb im tertiären Sektor anerkannt werden, vorausgesetzt einheitliche Zugehörigkeiten auf Regierungsebene (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Die Frage nach der Akzeptanz, Praxisrelevanz, Praktikabilität und Konsequenz dieses Instrumentes am Weiterbildungsmarkt steht aber nach wie vor im Raum (vgl. Diettrich 2008, o. S.).

In Österreich haben NQR Einstufungen keine rechtliche Verbindlichkeit sondern nur eine orientierende Wirkung, da die Berufssystematik gut verankert und auch akzeptiert wird (vgl. Lachmayr/ Löffler 2012, S. 10). Win-

terton et al. fassten diese acht Stufen konzeptuell und operational zusammen:

| | beruflich | persönlich |
|-------------|---|---|
| konzeptuell | Kognitive Kompetenz (Wissen + Verstehen) | Meta-Kompetenz (Lernfähigkeit) |
| operational | Funktionelle Kompetenz (psychomotorische + anwendungsbezogene Fertigkeiten) | Soziale Kompetenz (Verhalten + Einstellungen) |

Abb. 2: Kompetenztypologie

(Quelle: vgl. Winterton et al. 2006, S. 59 f zit. n. Zürcher 2007, S. 65)

Definiert ist Kompetenz als ein eigeninitiiertes Handeln im Rahmen der Handlungskonstanten: Arbeit und Lernen.

3.1.2 Das European Credit and Transfer System

Das ECTS ist ein Punktebewertungssystem am Hochschulsektor, um die benötigte Zeit der Arbeitsleistung- sowie deren Ergebnisse darzustellen. Kreditpunkte sind geprägt durch eine einheitliche Währung, das System des Wertanspruchs hängt aber vom jeweiligen Bildungssystem ab. Auch lebenslanges Lernen außerhalb des formalen Bildungssektors wird mittels Credit Points gebilligt.

Ein weiteres Punktesystem (European Credit System for Vocational Education and Training – ECVET) bewertet Lernergebnisse formaler und informeller Bildung der Mitgliedstaaten. Grundlage beider Systeme ist der Europäische Qualifikationsrahmen (vgl. EK 2006b, o. S. zit. n. Zürcher 2007, S. 106f).

Ein anderes Zertifizierungsinstrument von informellem Lernen am Arbeitsplatz ist der Bildungspass.

3.1.3 Bildungspass

Nach seiner Bedeutung bekennt ein Pass die erworbenen Kenntnisse und ermächtigt den Zugang zu höher qualifizierten Aufgabenbereichen, dies passiert aber nicht ohne weiteres, deshalb wäre die Wortwahl „Nachweis“ treffender (vgl. Zürcher 2007, S. 88).

In Deutschland konzipierte man einen Weiterbildungspass, welcher auch „die Zertifizierung informellen Lernens einschließt“ [...] „Der Weiterbildungspass dokumentiert bisherige Lernprozesse und Lernergebnisse, die in der Schule, in der Berufsausbildung, in Praktika, in der Arbeit, in ehrenamtlichen Tätigkeiten usw. erworben wurden“ [...] er „enthält die gesammelten Zeugnisse und sonstige Bescheinigungen sowie eine Beschreibung der geplanten Ziele und nächsten Schritte“ (Gnahs 2004, o. S. zit. n. Zürcher 2007, S.89).

3.1.4 ÖGKV Punktesystem

Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband beruft sich auf die zentrale Rolle der Pflegefachberufe im Gesundheitssystem, unterstreicht die rechtliche Verpflichtung durch den Ethikkodex und das GuKG und bekennt sich als Verband zum lebenslangen Lernen zur permanenten Entwicklung. Auf Grundlage der Qualitätssicherung gewährt der Bund Fortbildungspunkte um das erworbene Wissen auch dokumentarisch festzuhalten. Quantitativ ist ein Punkt mit 45 Minuten Bildung gleichzusetzen, Qualitätskriterien bezeichnen:

- ✓ Programme mit fachlich gesicherten Inhalten
- ✓ akkreditierte Trainer
- ✓ aktualisierte Kundendienste und Settings
- ✓ Qualitätssicherung durch geregelte Feedbacksysteme und
- ✓ transparente Agendenprozesse über die Fortbildungsinhalte.

Frohner (2011, S. 7) betont in einem Interview, dass die gesetzliche Grundlage zur analogen Anrechnung wie bei anderen Berufen derzeit noch nicht möglich ist, dass aber wesentliche qualitätssichernde Fortschritte für einheitliche Kriterien erzielt würden.

3.1.5 Ärztemodell

Lebenslange, immerwährende Fortbildung zählt zu den verpflichteten Aktivitäten der Berufsgruppe der ÄrztInnen (§ 1 Fortbildungsverpflichtung für Ärzte) und wird daher nach Erreichung von vorgegebenen Fortbildungspunkten in drei Jahren durch ein Diplom bestätigt, welches wiederum nur eine Gültigkeit desselben Ausmaßes besitzt. Qualitätsstandards des „Diplom-Fortbildung-Programmes“ (DFP) definieren Art, Umfang, Dauer, Ausmaß, Dokumentation, Berechnungsmodi der Bepunktung und anschließende Approbationsmöglichkeiten der Bildungsanerkennung. Ein Teil der fortbildenden Besuche kann frei gewählt werden, der Rest ist eine Vorgabe der Kammer. Beide Angebote können jedoch zu einem bestimmten Maß auch digital absolviert werden (vgl. Österreichische Akademie der Ärzte 2010, S. 1-17).

Die unterschiedlichen Anforderungen müssen einen beruflichen Erfolgswahlzusammenhang aufweisen, messbar durch geeignetes Instrumentarium. Mittel zur Dokumentation von Leistungen über den gesamten Bildungswahlverlauf kennt man als sogenannte „Portfolios“. Das „Kompetenz-Portfolio“ definiert sehr ausführlich bereits vorhandene Kompetenzen und wäre als allgemeines europäisches Dokument anzustreben (vgl. Zürcher 2007, S. 85-87).

Der folgende Artikel erörtert beispielhaft bewährte Hilfsmittel, die in der KAGes zur Personalentwicklung dienlich sind und zur Messung der Kompetenz Anwendung finden.

3.2 Instrumente zur Kompetenzmessung am Beispiel der Personalentwicklungsmaßnahmen in der KAGes

Die KAGes ist seit 1985 eine privatrechtlich organisierte Gesellschaft im Besitz des Landes und übernahm alle Landeskrankenhäuser der Steiermark. Sie umfasst 18 LKH's an 24 Standorten, wobei im LKH Leoben mit dem Standort Eisenerz pro Jahr ca. 30.000 stationäre und 60.000 ambulante PatientInnen durch 1.500 Bedienstete versorgt werden. Die zentrale Steuerung der KAGes passiert durch den Vorstand, unterstützt durch Beratungsgremien und Organisationseinheiten (OE) des KAGes Managements. Ergebnisverantwortliche Dienstleister mit Servicefunktion erfüllen die OE KAGes Services. Diese zentralen Stellen unterstützen ihrerseits die peripheren Häuser in ihrer gesamten Organisation und stellen alle, meist aus Projektarbeiten und Arbeitskreisen entsprungenen Informationen in Form von Richtlinien, Serviceunterlagen und Formblätter über ein digitales Dokumentenlenksystem zur Verfügung.

In der Peripherie übernehmen ein kollegiales Organ (Ärztlicher Direktor/in, PflegedirektorIn, BetriebsdirektorIn) und beratende Beauftragte die Verteilung, Installation, Beaufsichtigung und Evaluierung dieser Vorgaben nach jährlicher Zieldefinition der Aufbau- und Ablauforganisation (vgl. Das Gesundheitsunternehmen der Steiermark 2012, o. S.).

Die folgenden Instrumente erarbeitete die OE Personalentwicklung Services gemeinsam mit den einzelnen Standorten, abgeleitet den Aussagen der KAGes Leitbilder.

Leitbilder sind geprägt durch Normen, dem Bewusstheitsgrad der Führung und der zur Verfügung stehenden Kompetenz der MitarbeiterInnen. Jüngst etablierte Leitbilder im Pflegebereich berufen sich auf wissenschaftliche Befunde zur Sicherung der Qualität und Wirksamkeit unter Vorhaltung von Gesetzmäßigkeiten (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Es muss klar sein, wohin sich ein Unternehmen entwickelt.

Das Pflegeleitbild der KAGes leitet sich vom übergeordneten Unternehmensleitbild im Sinne von Mission, Vision und Orientierung ab und bezieht sich auf unsere Aufgaben, unsere Patienten und unsere Grundsätze, angelehnt den ICN Ethikkodex (Kapitel 2.2.3). Jeder Mitarbeiter bekommt dieses Leitbild bei seiner Einstellung ausgehändigt und ist auch Inhalt des Beurteilungsbogens. Ab diesem Zeitpunkt beginnt der Prozess einer Identifikation mit dem Betrieb und der Aufgabe, dessen Output im Leitbild zu erkennen ist (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

3.2.1 Funktionsbeschreibung

Unter dem Deckmantel „Unternehmensspezifische Kompetenzen“ ist dieser Absatz einzuordnen. Da der Kompetenzbegriff schwierig abzugrenzen ist, wäre es wesentlich einfacher ihn dort zu definieren, wo er gebraucht wird. Zum einen sind die Ansprüche gesetzlich geregelt, andererseits liegt das Handeln in der Selbstverantwortung jedes Mitarbeiters. Selbst- und fremdbeobachtbare Defizite müssen durch geeignete Interventionen beherrscht werden, denn weder anerkannte Qualifikationen noch errungene Kompetenz sind Garant für deren Umsetzung. Sehr wohl befähigt eine hohe soziale Kompetenz in Eigenverantwortung angemessen reagieren zu können und sogar neue Lern- resp. Leistungsstrategien zu entwickeln, evaluieren oder gegebenenfalls zu verwerfen (vgl. Knoll 2003, S. 124 zit. n. Zürcher 2007, S. 72).

Organisationen unterliegen speziellen Anforderungen insbesondere sind Institutionen des Gesundheitswesens an einem Versorgungsauftrag gebunden und bedingen daher formale Disziplinen, um unterschiedliche Funktionen, Kompetenz und Verantwortung zuzuweisen. (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Diese wiederum sind der Erfassung des Pflegepersonalbedarfs in qualitativer Hinsicht und einer Einschätzung der Pflegequalität dienlich. Den Inhalten sogenannter Aufgabenbeschreibungen können rechtliche Befugnisse aber auch Erfüllungspflichten entnommen werden, sie haben den Charakter einer Dienstanweisung. Stellenbeschreibungen

finden bei uns auch Einsatz zur Personalorganisation, -planung, -beschaffung, -einsatz, -entwicklung und bei Lösung des Dienstverhältnisses.

Durch die Formulierung von Kompetenzprofilen entsteht ein Verständnis zur Bildung und somit auch ein Anspruch und die Verpflichtung zur Weiterentwicklung. Auf unterschiedlichen Abteilungsebenen können so bestimmte Inhalte definiert werden in Form von z.B. ethischen Werthaltungen, Kommunikations- und Kooperationsregeln oder auch Vorgaben und Normen zur Konfliktbewältigung. Die Ausweisung von Kompetenzprofilen im Leitbild dient der Wertschätzung und dem hohen Stellenwert zum Thema Bildung eines Unternehmens gegenüber seiner Mitarbeiter (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

3.2.2 Auswahlgespräch

Da wir ausschließlich in Sprache denken und diese sich nur kollektiv entwickeln kann, muss sie als Medium für unsere kognitiven Handlungen, Denkprozesse und Verhalten gesehen werden. Diese Einflüsse sind auf Kompetenz zurückzuführen. Deshalb ist die Kommunikation ein wertvolles Messinstrument und dient der kollektiven Weiterentwicklung (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Die KAGes bedient sich zur Personalauswahl eines Fragebogens mit strukturiertem Interview zum Inhalt. Dieser nimmt Bezug auf Aus- Fort- und Weiterbildung - formell als auch informell, Berufspraxis, Interesse-, Erwartungen-, Motivatoren der Funktion, Kundenorientierung, Beitrag zum Teamerfolg, Kommunikation und persönliche Stabilität und Ausdauer. Den Antworten werden Situation, Verhalten und Ergebnis von praktischen Beispielen abverlangt. Zwei Interviewer bewerten im Schulnotensystem und ermöglichen konstruktive Feedbacks. Das Ergebnispapier dient der Entscheidung zur Übernahme in ein Dienstverhältnis, evaluiert sich durch nachfolgende Beurteilungen und wird dem Personalakt beigelegt.

3.2.3 **MitarbeiterEinführung**

Die Einführung neuer Mitarbeiter bezieht sich hier nicht auf die administrativen Tätigkeiten des Personalreferates, sondern zählt zu den Aufgaben des unmittelbaren Vorgesetzten und unterteilt sich in drei Phasen:

- ✓ Allgemeine MitarbeiterInneneinführung:
dieser Leitfaden wird den MitarbeiterInnen bei Dienstbeginn schriftlich, digital und mündlich zur Kenntnis gebracht, beschreibt generelle Aufgaben zur systematischen Einführung und liegt im Gestaltungsbereich der einzelnen Häuser. Minimal verbindliche Standards, Rechte, Pflichten und Angebote werden dabei sichergestellt, um bereits funktionierende Methoden und Instrumente nicht zu beeinträchtigen. Beigefügte Checklisten erweisen sich hilfreich für konsekutive Beurteilungen.
- ✓ Bereichsinterne MitarbeiterInneneinführung:
Einführungsmappen im Verantwortungsbereich des mittleren Managements übermitteln organisatorische und strukturelle Spezifika der einzelnen Bereiche, zugewiesene Mentoren begleiten die Neulinge während der Probezeit und dienen als Ansprechpartner.
- ✓ Zentrale MitarbeiterInneneinführung:
einmal pro Jahr veranstaltet die Pflegedienstleitung für alle neu Eingestellten eine „Informationsveranstaltung für neue Mitarbeiter“. Essentielle Berufsgruppen wie Personalbüro, Sicherheitsdienst, Betriebsarzt, Betriebsrat, Anstaltsleitung oder Hygiene präsentieren wichtige Erfahrungswerte und Verhalten.

Diesem Einführungsmanagement ist ein Feedbacksystem anhängig und dient zur Messung dieser Maßnahmen.

Der nächste Prozessschritt überprüft die eingeleiteten Bewegungen der Personalentwicklung und offeriert quantitative Kennzahlen.

3.2.4 Beurteilung

Um Vereinheitlichungen und Objektivität der Einschätzungen vor der Übernahme in ein unbefristetes Dienstverhältnis zu erhalten, betreibt unsere Institution einen der Stellenbeschreibung angepassten Beurteilungsbogen. Nach einem Gewichtungsfaktor werden fachliche, personelle und betriebsbezogene Aufgaben, sozialer Kompetenzbereich und Fortbildungen durch die nächsten Vorgesetzten zweimal innerhalb der Befristung mittels Schulnotensystem beurteilt.

3.2.5 Mitarbeitergespräch

Das periodische MAG ist ein regelmäßiges, mindestens einmal im Jahr bewusst geführtes strukturiertes Gespräch zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn und wichtiges Instrument der Personalführung. Gegenseitige Wünsche und Anliegen über Ziele und Leistungen, über Verhalten und Stärken, Verbesserungen, Entwicklungen und Förderungen des Mitarbeiters kommen hier zur Sprache.

3.2.6 Fortbildungsmaßnahmen

Ein vielseitiges Fort- und Weiterbildungsprogramm bietet der ASK Kalender, von zentraler Stelle gestaltet. Da die Angebote meist sehr kostenintensiv sind, erfolgt die Budgetierung mitunter aus dem Erkenntnisgewinn der periodischen MAG bereits im Vorjahr.

Innerbetriebliche Maßnahmen versuchen den Bogen zwischen Theorie und Praxis zu spannen und lukrieren sich aus den strategischen Zielen und Bedarfsanalysen des jeweiligen Hauses. Im persönlichen Fortbildungspass aber auch digital werden Art und Ausmaß der Bildungen dokumentiert. Alle zwei Jahre finden verpflichtende Reanimationsschulungen und Brandschutzübungen statt, eine allgemeine EDV und spezielle Pflegedokumentationseinschulung erfolgt in der Einarbeitungszeit.

Die KAGes stellt für Bildungsmaßnahmen ein definiertes Budget pro Pflegeperson zur Verfügung, die Aufteilung in den Häusern gestaltet sich individuell, Rückerstattungsgesuche für privat finanzierte Fortbildungen können auch über den Betriebsrat gestellt werden. Weiters haben alle MitarbeiterInnen die Möglichkeit eine Bildungskarenz zu beantragen als sogenannten Sabbatical.

3.2.7 Qualitätszirkel im Multiplikatorensystem

Qualitätszirkel übermitteln Routinen mit dem Ziel, Verbesserungsvorschläge zur Produkt- resp. Dienstleistungsqualität vorzuweisen. Eine formell besetzte, über Weiterbildung spezialisierte Person formiert sich zu einem Kreis mit Freiwilligen eines eigenen Verantwortungsbereichs. Der Zirkel strukturiert sich an Zeit und Ablauf, bringt Wissen diskutierend ein und dient als Multiplikator nach außen. Die Gleichgesinnung im Team wirkt als Motivator in Anerkennung und Wertschätzung und der Umsetzung von Innovationen (vgl. Schank 2006, o. S.). Handlungsfelder sind insbesondere Hygiene, Wundmanagement, Diabetes, DokumentationsmultiplikatorInnen, Kinästhetik, KontinenzberaterInnen.

3.2.8 Ideenmanagement

Auf Meinungen der MitarbeiterInnen zu verzichten wäre eine Vergeudung wertvoller Ressourcen. Ziel des Innerbetrieblichen Vorschlagswesens ist es, das Ideenpotential der Bediensteten zu Gunsten der PatientInnen, MitarbeiterInnen und des Unternehmens zu nutzen. Am Endpunkt jeder Maßnahme steht eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation oder die Beseitigung von Mängeln. Die Vorschläge müssen umsetzbar und konkret formuliert sein, außerdem sollten sie eines der Kriterien: besser, schneller, rationeller, sicherer, umweltschonender, wirtschaftlicher oder zufriedener aufweisen. Fachexperten überprüfen und entscheiden deren Machbarkeit und die Ausschüttung der Prämie.

Prämiert werden könnte auch der „beste Ideendiebstahl“ von nicht geschütztem internem und externem Wissen. Gerade bei Veränderungsprozessen kann den Barrieren „das haben wir noch nie gemacht, das geht nicht ...“ zu Leibe gerückt werden (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 78f.).

Weitere Richtlinien der Organisation regeln insbesondere die Personalrekrutierung im digitalen „Job Börse“ System, Bewerbermanagement, Dokumentenlenkung, Karrieremanagement, Ausstellung von Arbeitszeugnissen, angepasste Pflege-theorien/ Modelle, Installation von organisatorischen und pflegerischen Visiten, MentorInnen-Einsätze zur SchülerInnenbegleitung, Schnupperlehre, Coaching, Supervisionen, Mentoring...

Neß (2005, S. 5 zit. n. Zürcher 2007, S. 82) beschreibt weitere empfohlene Werkzeuge, wie z.B. einen [...] „Leitfaden zur Potentialentwicklung“, „Transfergespräche“, „Einkommensbonus bzw. -malus“ [...].

Jedes dieser Instrumente ist abhängig von seiner Wirksamkeit, deshalb bezieht sich der nächste Abschnitt auf Evaluationsmethoden von innerbetrieblichen Lernprozessen und deren Wirkungsanalyse zur Personalentwicklung, beschreibt zwei Beispiele der KAGes und die Methode des Vier-Ebenen-Ansatzes von Kirkpatrick.

3.3 Evaluierungsmethoden

Synonym der Evaluation ist die Bewertung und gleichzustellen mit einem Prozess, in dem der Wert einer Sache beurteilt wird, deren Ergebnis die Grundlage für strategische Entscheidungen darstellt. Man unterscheidet zwei Typen:

- ✓ Formative Evaluation: ist einer Qualitätssicherung gleichzustellen und steuert resp. optimiert die Prozesse.
- ✓ Summative Evaluation: oder Qualitätskontrolle, beurteilt ein durchgeführtes Programm im Anschluss.

Evaluation lässt sich mit Controlling vereinen, wobei sich neben der Erkenntnisfunktion auch die Steuerung gesellt und kontinuierlich angewandt wird. Messbare Größen beinhalten sowohl qualitative (Sinn und Effizienz der PE), als auch quantitative Eigenschaften (Kosten).

Die überblickende Graphik zeigt die Evaluationsbereiche der PE.

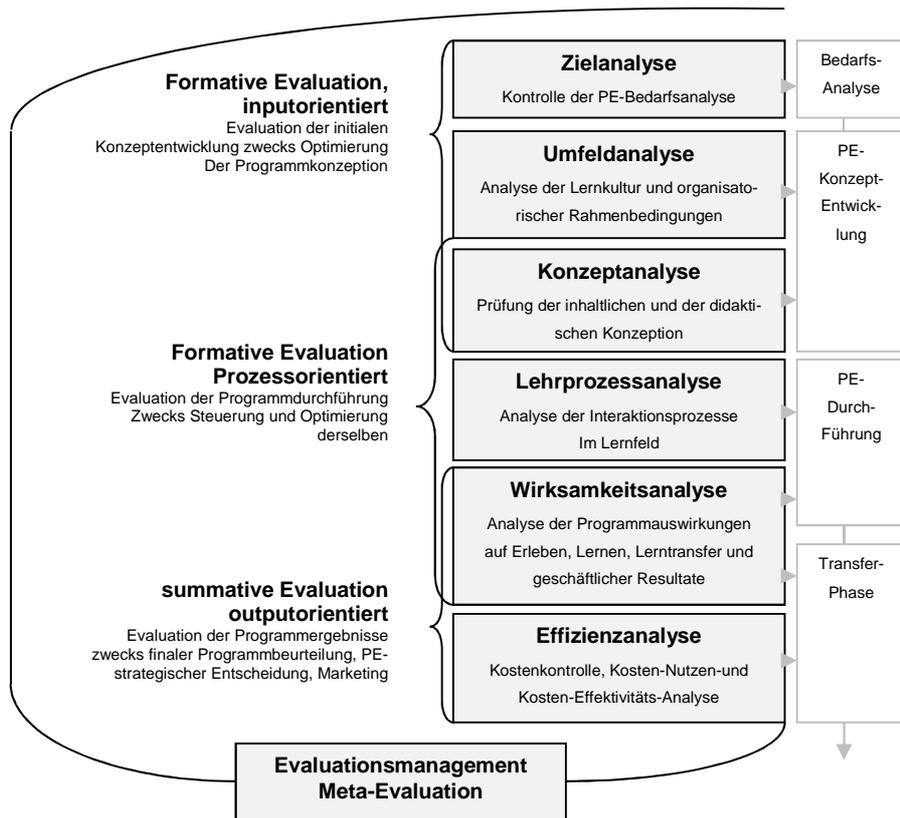


Abb. 3: Funktionen und Aufgaben der Evaluation von Personalentwicklung (Quelle: vgl. Ryschka et al., 2005, S. 297 zit. n. Heizenberger 2007, S. 15).

✓ Formative Evaluation:

Die Zielanalyse überprüft den exakten Bedarf und definiert messbare Programmziele. Umfeldanalysen kontrollieren die organisatorischen Rahmenbedingungen und die Lernkultur. Das inhaltliche und didaktische Manuskript eruiert sich aus der Konzeptanalyse. Mittels Feedbacksystem werden Trainer und Lehrinhalte erhoben, welche in die Wirksamkeitsanalyse mit einfließen, als Teil der

✓ Summativen Evaluation:

Die Wirksamkeitsanalyse kann kraft einer ergebnisbezogenen Vorgehensweise beurteilt werden, deren Erkenntnisgewinn den Führungskräften Unterstützung bei der Zuordnung bestimmter Merkmale, wie gesteigerte Motivation oder sozialer und ökonomischer Nutzen, ermöglicht. Sie gestaltet sich als Schnittpunkt und erforscht den Effekt und die Berechtigung des angebotenen Programms samt Verbesserungsmaßnahmen und bietet auch der ökonomischen Messung Platz zur Effizienzanalyse.

Die PE selbst besteht aus vier Kompetenzbereichen zur gezielten Einsetzung der Entwicklungsmaßnahmen. Die Meta-Evaluation hat zum Ziel ein Modell aus den Erfahrungswerten zu erarbeiten, über Kriterien, Untersuchungsabläufe, Stichproben, Protokolle bis hin zur eigenen Evaluation (vgl. Heizenberger 2007, S. 14-17).

Ein häufig eingesetztes, fundiertes Instrument zur formativen und summativen Evaluation ist der „Vier-Ebenen-Ansatz nach Kirkpatrick“, ein aufwendiges Werkzeug, welches nur auszugsweise dargestellt wird.

3.3.1 Vier Ebenen Ansatz nach Kirkpatrick

In den 60er Jahren entwickelte der Wissenschaftler Donald Kirkpatrick das Evaluationsmodell, dessen Produkt sich mit der Lehr-/ Lernhandlung befasst. Er behandelt vier Kriterien:

✓ Reaktion:

In dieser Stufe werden die Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der angebotenen Bildung, dem Equipment, dem Trainer, aber auch emotionale Wertungen mittels Fragebogen, erforscht.

✓ Lernen:

Der Lernerfolg soll hier Aussage treffen über Verbesserungen resp. Änderungen im Wissen, bei Fertigkeiten oder Meinungen

✓ Verhalten:

Das Kriterium in dieser Ebene liegt im Erfassen von Verhaltensänderungen im Arbeitsalltag und den Einsatz des Gelernten in der Praxis. Hierzu müssen aber die Bereitschaft etwas zu ändern, das Arbeitsumfeld, die Belohnung und das Verständnis der Führung dazu gegeben sein.

✓ Resultat:

Auswirkungen auf den Unternehmenserfolg, sind Merkmale der vierten Ebene. Das können Qualitätssteigerungen oder abfallende Kosten sein, deshalb muss die Zieldefinition sich messbar gestalten (vgl. Heisenberger 2007, S. 41-48).

Bei dieser Methode kommt es in erster Linie auf die Fragestellung an, außerdem auf die Möglichkeit das Gelernte auch umzusetzen. Das jeweilige Arbeitsklima, Karrieremöglichkeiten und ein modernes Führungsverhalten ermöglichen es erst, den Erkenntnissen der Evaluation Rechnung zu tragen. Konsequente Anwendung als kontinuierlicher Verbesserungsprozess unter Miteinbezug der Tätigen ist Voraussetzung für dessen Effizienz.

Nachfolgende Instrumente kommen in der KAGes zum Einsatz, die Auswertungsmaßstäbe, bezogen auf Zieldefinition und Maßnahmen, gestalten sich aber von Haus zu Haus verschieden.

3.3.2 Evaluation von Planung und Fortbildung

Die im Kapitel 4.4.2 erörterten institutionellen Bildungsmethoden im Sinne der Planung, Bereitstellung aber auch Ablauf, Inhalte und Nutzen von Fortbildungen erlangen durch forcierte Feedbacksysteme deren Effizienz und zählen zu den summativen Bewertungen. Um den Effekt (realistische Messung) einer Evaluation zu gewinnen, ist es notwendig, im Vorfeld die Kriterien und Indikatoren von Disposition und Umsetzung festzuhalten. Qualitative und quantitative Auswertungen ermöglichen einerseits, Unklarheiten, offene Fragen oder Schwierigkeiten besser zu erkennen und neue

Aspekte produktiv zu integrieren, andererseits bieten sie Motivationsfaktoren für Beteiligte und Benchmark Daten für das Unternehmen (vgl. Rheinland Pfalz 2005, o. S.).

Beispiel LKH Leoben:

Von 483 Köpfen des gehobenen Dienstes für Gesundheit- und Krankenpflege nahmen im Jahr 2011 (2012) 427 (457) MitarbeiterInnen an 2.165 (2.223) Aus- Fort- und Weiterbildungen an 5.331 Tagen/ 30.288 Stunden (6.324 Tagen/ 32.467 Stunden) teil. Der finanzielle Zuschuss durch das Haus erstreckte sich auf € 87.730 (€ 95.177) (Statistik Personalbüro Leoben 2013), wobei der größere Teil den verpflichteten Sonderausbildungen zufällt. Privat finanzierte oder in der Freizeit absolvierte Aktivitäten sind nicht erhoben.

3.3.3 Lernerfolg- und Transfersicherung

Bei diesem formativen Evaluierungsinstrument handelt es sich nicht um Vorgaben, die Entscheidungsbefugnis liegt bei den einzelnen Führungskräften. Schon beim digitalen Ansuchen der Fortbildung haben Vorgesetzte die Möglichkeit, über einen Button ein Leistungsziel einzufordern. MitarbeiterInnen werden ersucht, bei Teambesprechungen oder Arbeitstreffen die Informationen in multiplikatorischer Form weiterzugeben und ein Handout zu erarbeiten.

Die Beurteilung des persönlichen Lernerfolges in der Praxis obliegt den Stations-/ Funktionsleitungen durch Beobachtung und Feedback beim periodischen MAG, resp. in Eigenverantwortung der Person selbst.

Tests, Fallstudien sowie Befragungen in zeitlichen Abständen nach dem Erkenntnisgewinn sind weitere Methoden, um Erfolge zu überprüfen resp. zu messen. Aussagen zum praktischen Verständnis oder Verhaltensänderungen sind jedoch oft schwer möglich. Ein weiteres Problem bereitet auch der Transfer von noch nicht benötigtem Wissen in die Praxis (vgl. Lipusch 2011, S. 45).

Im Vordergrund steht immer die Erhöhung der Leistung durch den Produktivfaktor Mensch. Jede gesetzte Maßnahme ist vom Output und deren Messbarkeit geprägt durch qualitative und quantitative Zahlen, z.B. Rückgang von Beschwerden, Steigerung der KundInnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit, Kostenfaktor, niedrigere Fluktuationsrate, Senkung der Krankenstände.

Alle Erwartungen, Ansprüche, Instrumente und Kompetenzzuschreibungen realisieren sich aber erst in der Ausführung resp. Leistung, um ein Messen der Resultate zu ermöglichen. Exzellente Leistungen bedürfen engagierte, motivierte, sich mit der Institution identifizierende Mitarbeiter.

Der zweite Teil der Arbeit behandelt deshalb den Prozess des Tätigwerdens und nennt beispielhaft aufgezählte Modelle zur informellen Kompetenzentwicklung.

Zweiter Teil

4 Motive und Modelle zur Kompetenzerweiterung

Das Konzept der Pädagogik (Rothsches Kompetenzmodell) besagt, ein Mensch der „voll entwickelt als reif, produktiv, kritisch, selbstbestimmt und verantwortlich beurteilt werden kann, wird [...] als handlungsfähig zur Mündigkeit bezeichnet“ (Wollersheim 1993, o. S. zit. n. Olbrich 2009). Die Mündigkeit als Ausdruck zur Selbstbestimmung zeigt sich „letztlich als moralische Handlungsfähigkeit“ (ebd.).

Für handlungshypothetische Vorhaben, zur Unterstützung individuell erwünschter Geschehen, muss vorab die Verknüpfung zweier Systeme kurz erörtert werden.

In verschiedenen Hirnanteilen unseres psychischen Systems unterscheiden sich unbewusst und bewusst verknüpfte Prozesse, entstanden zu ungleichen Zeiten der Entwicklungsgeschichte und Gesetzmäßigkeiten. Das unwillkürliche, ältere System reagiert automatisch, rasch und triebhaft unterhalb des Bewusstseinszuganges im sogenannten Gedächtnissystem und kann auch als „emotionales Erfahrungsgedächtnis“ bezeichnet werden. Das Neuere – Bewusste - stützt sich auf Logik und Verstand, ist langsamer, gewünscht geplant und äußert sich durch eigenmächtig erlebte Handlungen. Jenes Unbewusste ist neben dem Erfahrungsspeicher auch noch mit einem Bewertungssystem ausgerüstet, verwendet zur Auswahl adäquater Aktionen. Was veranlasst uns, neben der Fremdsteuerung (Zwang), zur Selbststeuerung? Letzteres teilt sich in,

✓ Selbststeuerung:

Unbewusstes und Bewusstes kommen zur selben Entscheidung, die Handlungsvorschläge sind leicht synchronisierbar, und

✓ Selbstkontrolle:

dem Bewusstsein gelingt es, das Unbewusste zu kontrollieren und in eine gewünschte Handlung zu lenken. (vgl. Storch, S. 162-164)

und erklärt den Edukations- und Reifeprozess eines Menschen.

Aber nicht nur der Intellekt und Erfahrung ist maßgeblich für die Fähigkeit zu lernen resp. zu handeln, sondern auch die aus Erkenntnis entwickelten Umsetzungsmaßnahmen. Des Weiteren bestimmen Personenmerkmale, wie Geschlecht, Alter, Motivation, Interesse, Erziehung, Charakter oder physische Dispositionen das Handeln (vgl. Brücklmeier/ Jenkel/ Maier 2007, o. S.). Jedoch auch persönliche Hinderungsgründe, wie „Zeitknappheit, Geldmangel [...] mangelndes Wissen über Bildungsangebote, Unvereinbarkeit mit familiären Verpflichtungen“ (Zürcher 2007, S. 52), determinieren eine Handlungsaktion.

Die folgenden Unterkapitel beschäftigen sich mit der Theorie und Praxis der Handlungsauslösung, geprägt durch verschiedene Menschbilder, und dem eigentlichen Tun. Einsatzoptionen zur Kompetenzentwicklung veranschaulichen einige arbeitsplatzorientierte Lernmodelle.

Nach Straka (2004, S. 5-7 zit. n. Zürcher, 2007 S. 42) setzen sich die Aktivitäten des Menschen aus vier Größen in Folge zusammen: „Information, Aktion, Motivation und Emotion“.

Der Erkenntnis zur Folge gliedert sich der Ablauf nur teilkonform des eben Zitierten.

4.1 Information

Informationen „beinhalten Aussagen, die den Erkenntnis- bzw. Wissensstand eines Informationsbenutzers über einen bestimmten Informationsgegenstand [...] zu dem Zweck verbessern, eine bestimmte Aufgabe unter bestimmten Rahmenbedingungen [...] zu erfüllen.“ (Caspari/ Knaack/ Nebeling 2012, S. 223). Man könnte ihr eine vorbereitete Handlung zum Wissenszweck zuschreiben (ebd.). Weiters kann Information als „Wissen in Aktion“ oder auch als kommuniziertes resp. zweckorientiertes Wissen verstanden werden (Kapitel 1.1) und ist daher in der Bewertung fast gleichgestellt. Beides sind keine klassischen Güter, denn der Wert erlangt erst mit der Person an Bedeutung.

Es ist ein hohes Maß an Kompetenz von Nöten, Informationen einzuholen und zu nutzen, denn ein selbstständiges, eigenverantwortliches und lebenslanges Lernen kann ohne methodische Kenntnisse nicht funktionieren. Die Basis der täglichen Entscheidungen basiert auf Informationen. ArbeitnehmerInnen sollen die Fähigkeit besitzen, diese optimal zu recherchieren, zu analysieren und bewerten, aber auch als MultiplikatorInnen im Team zu präsentieren und kommunizieren. (vgl. Ballod 2011, S. 10f.).

Bei der Suche nach Informationen spielen der ökonomische Faktor, Zeit und nervliche Ausdauer eine nicht unwesentliche Rolle. Je strukturierter

der Überblick aller Ereignisse, der Zugang auf bedeutende Materialien, und die Verfügbarkeit notwendiger Utensilien ist, desto geringer ist der Ressourcenverbrauch (vgl. Ballod 2011, S. 33). Eloquenz, Phantasie und Erfahrung unterstützen die Informationsbewältigung z.B. bei Eingaben in diversen Suchmaschinen. Ein Projekt der Universität Leipzig mit dem Titel „Wortschatz“ unter www.wortschatz.uni-leipzig.de ermöglicht Usern die Einholung wertvoller sprachlicher Zusatzinformationen (vgl. Ballod 2011, S. 118ff.).

Aus der Sicht der Überbringer von Information wird Wissen zur Verfügung gestellt und ist somit Ausdruck des Tätigwerdens. Anwender beanspruchen den Wissenserwerb als Teil der motivationalen Ausprägung um tätig zu werden.

4.2 Motivation

Motivation leitet sich aus dem lateinischen „movere“ ab und bedeutet bewegen. Vergleichbar mit einer Triebkraft entspringt sie den inneren und äußeren Antrieben und outet sich im Verhalten der Menschen in eine bestimmte Richtung (vgl. Lipusch 2010, S. 10). White sieht in seinem psychologischen Kompetenzmodell den Menschen als „nach Kompetenzstrebendes Individuum“, kausal durch Motive ausgelöst (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Folgt einer Motivation eine Handlung, resultiert daraus ein Ereignis resp. Erfahrung die, wie erlebt, wiederum als Motivator zum Einsatz kommt und weitere Handlungen auslöst oder verstärkt (vgl. Lipusch 2010, S. 10). Es beschreibt demnach einen Prozess, in dem Personen deren Dynamik auf eine bestimmte Absicht (Ziel) hin leiten (vgl. Steurer 2011, S. 11). Voraussetzung ist immer die Interaktion zwischen Person und Situation, eine Ermöglichung des Tuns und dem Können und Wollen. Ein Motiv ist sozusagen ein Grund etwas zu tun.

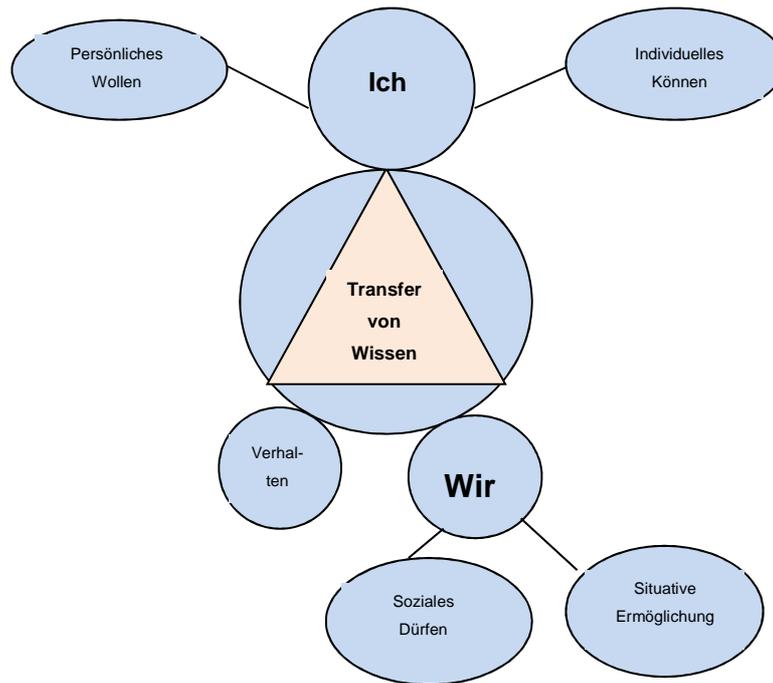


Abb. 4: Bestimmungsfaktoren des Verhaltens

(Quelle: vgl. Picado/ Unkelbach 2001, S. 50)

Die Abbildung skizziert, dass das „Persönliche Wollen“ und das „Individuelle Können“ nicht alleine ausschlaggebend sind für eine Umsetzung in die Praxis. Weitere Voraussetzungen wie das „Soziale Dürfen“ durch die Akzeptanz der Führungskräfte und KollegInnen und die „Situative Ermöglichung“ durch alle gegebenen Ressourcen müssen miteinfließen (vgl. Picado/ Unkelbach 2001, S. 49f.).

Das subjektive Wollen ist dem Motivations- und Volitionsprozess zuzuschreiben (Kapitel 4.3.1). Ersteres entsteht terminiert im Konnex der persönlichen Eigenschaften, der Sachlage, dem Ziel- und Anreizsystem und dem erwarteten Erfolg. Motivation ist aber auch Wegweiser unsers Verhaltens als Ausdruck der Dimension und Wirkungsstärke (vgl. Steurer 2011, S. 64), deren Input und Output beobachtbar und somit messbar wird und Ansatz für leistungssteigernde Beeinflussungsstrategien (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 190).

Zwei Exponenten kann die Veranlassung zum Handeln zugewiesen werden.

4.2.1 Intrinsische/ extrinsische Motivation

Intrinsische Motivation folgt dem inneren Willen, dem Resultat der eigenen Handlung und dessen Zufriedenheit. In der Ausführung wird der Tätigkeit die absolute Aufmerksamkeit geschenkt, die eigene Person wird dabei völlig vergessen. Im Arbeitsgeschehen spielen dabei die Bedeutung der Sinnhaftigkeit, das Gefühl der Verantwortung und Feedback des Geleisteten eine wesentliche Rolle für die Entstehung von intrinsischer Motivation. Die Stärke der Ausprägung ist abhängig von vorhandenen Fertigkeiten, Kenntnissen, Entwicklungsbedürfnissen und positiven Arbeitsbedingungen (vgl. Steurer 2011, S. 69). Intrinsische Motive sind Interesse, Freude, Bedürfnis und Neugier (vgl. Stangl 2012, S. 1).

Das Verhalten extrinsischer Motivation richtet sich nach der das Handlungsziel betreffenden Höhe der Belobigung oder um Prestige, monetärer als auch nicht finanzieller Natur. Die Motivation wird von außen gesteuert, das Augenmerk nicht der Tätigkeit selbst gewidmet. Die meist genannten extrinsischen Motivatoren beziehen sich auf Gehaltserhöhungen, soziale Verbindungen und Karriere resp. Weiterbildung.

Der Gedanke, dass die Anwesenheit beider Motivatoren die Motivation verstärkt, ist aber zu negieren, da äußere Autoritäten die inneren hemmen. Ebenso intrinsisch vermindern wirken Tadel, Kontrolle oder Vorgaben. Information, Erhalt der persönlichen Selbstkontrolle und Teamintegration intendieren die Intrinsik dagegen förderlich (vgl. Steurer 2011, S. 69-72).

Mehrfache empirische Erkenntnisse untermauern diesen „Verdrängungs- resp. Korrumpierungseffekt“. Eine ohnehin attraktive Tätigkeit erfährt durch Belohnung eine Abnahme der Leistung, diese wird allenfalls über höhere Anerkennung angespornt (vgl. Stangl 2012, S. 6).

Motivationstheoretische Ansätze im Sinne vom „sozial motivierten Gruppenwesen“ entstanden in den 30er Jahren als Gegenbewegung des mechanistischen Menschenbildes. Man unterscheidet Inhaltstheorien (was Verhalten erzeugt) und Prozesstheorien (Prozesse und Einflussfaktoren, die ein bestimmtes Verhalten veranlassen) (vgl. Gerstenberger et al. o. J. S. 6).

Eines der meist angeführten Motivations- resp. Bedürfnismodelle stammt von Abraham Maslow, durch welches er versucht, die menschlichen Bedürfnisse und Motivationen in eine hierarchische Struktur zu bringen.

4.2.2 Motivationstheorien und Menschenbilder

Der klinische Psychologe Maslow (1954) begründete seine Theorie zur Entwicklung der Persönlichkeit auf Erfahrung mit dem Ziel eine positive Behauptung der persönlichen Motivation darzustellen. Sein Ansatz besagt, dass die menschliche Existenz von Defizit- und Wachstumsbedürfnissen geprägt ist und eine Befriedigung dieser zur Gesundheit bzw. Selbstverwirklichung führt. Jedoch kann die Motivation zum Wachstum nur durch die Erfüllung von Defizitmotiven angeregt werden, wobei das stärkste Motiv das jeweils niedrigste noch nicht befriedigte ist (vgl. Lipusch 2010, S. 11).

Hierarchisch angeordnet folgt nach den vier Defizitmotiven:

- ✓ „Physiologische Bedürfnisse“: Grunderfordernisse der Menschen wie, Nahrung, Schlaf, Atmen...
- ✓ „Sicherheitsbedürfnisse“: Schutz, Ordnung, Freiheit...
- ✓ „Soziale Bedürfnisse“: Kontakt, Liebe, Zugehörigkeit..
- ✓ „Bedürfnis nach Anerkennung und Selbstachtung“: sogenannte „Ich-Bedürfnisse“, wie Achtung, Erfolg oder Stärke zur Erlangung von Selbstvertrauen,

das fünfte, das

- ✓ Wachstumsmotiv der „Selbstverwirklichung“, mit der Möglichkeit seine Fähigkeiten und Funktionen zu entfalten (vgl. Lipusch 2010, S. 11-13).

In der heutigen Wissensgesellschaft, geprägt durch globale Computertechnik, setzt sich eine Individualisierung der Menschen in Form von Freiheit und Selbstverwirklichung durch (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Am Beispiel der Arbeitenden bedeutet das, wenn ichbezogene Erfordernisse im Arbeitsleben keine Erfüllung finden, sinkt die Motivation resp. Zufriedenheit und das Anspruchsniveau. Im Positiven wiederum könnte Unzufriedenheit das Streben nach Verbesserung aktivieren. Der Bedürfnispyramide entsprechend leisten Unternehmen Befriedigung der physiologischen und sicherheitsbezogenen Begehren in Form von Gehälter oder Sozialleistungen. Was meist fehlt sind Führungskräfte mit konzeptionellen Ansätzen zur Aktivierung höherer Bestreben und das Verständnis der jeweiligen Menschenbilder mit den individuellen Zugängen zur Motivation. (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 197-203).

Alle Annahmen über den Menschen in einem Gefüge wird als „Menschenbild“ bezeichnet und beschreibt den Eindruck der Vorgesetzten von der Individualität der Geführten und entgegengesetzt (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 135). Einen dualistischen Ansatz der Managementtheorien und Führungsphilosophien bezogen auf die Ideale der Menschen definiert Douglas McGregor 1960. Er unterteilt die Menschheitsideale anhand seiner Hypothese in:

- ✓ „Theorie X“,
sind Menschen denen er eine angeborene Abscheu vor der Arbeit zuweist, keine Verantwortung übernehmen und geführt resp. kontrolliert werden müssen, und
- ✓ „Theorie Y“,
diesen Personen bedeutet Arbeit eine natürliche psychische und physische Anstrengung mit dem Streben nach Selbstverwirkli-

chung, jene müssen gefördert, motiviert und integriert werden (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 137f.).

Andere Theoretiker beschäftigten sich mit speziellen Ausprägungen, wie der Leistungsmotivation oder emotionstheoretischen Ansätzen und den Diskrepanzen zwischen Person und Situation.

Ein weiterer Vertreter der Motivationstheorie ist Frederick H. Herzberg mit seinem „Zwei-Phasen-Modell“. Herzbergs Theorie (1959) basiert auf dem Erkenntnisgewinn einer Studie (Pittsburgh-Studie) über besondere Zufriedenheit und Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. Dem Ergebnis zur Folge lassen sich die Ursachen beider meist nur selten von guten bzw. schlechten Arbeitskonstellationen ableiten. Konsekutiv formierte er zwei Anreizsysteme, die

- ✓ „Zufriedenmacher bzw. Motivatoren“,
geprägt durch Leistung, Anerkennung, Verantwortung, Aufstiegsmöglichkeiten, Inhalt der Arbeit oder geistige Entfaltung. Dabei entwickelt sich bei Reduktion dieser Aufzählungen die Zufriedenheitskomponente nach unten, ohne jedoch Unzufriedenheit zu steigern. Und die
- ✓ „Unzufriedenmacher“ resp. „Hygienefaktoren“,
sie hemmen einzig die Arbeitsunzufriedenheit und definieren sich insbesondere auf Führungsstile, Unternehmenspolitik, Bedingungen am Arbeitsplatz, soziale Bezugnahme, Gehalt, Sicherheit (vgl. Lipusch 2010, S. 14f.).

Herzberg öffnete somit neue Aspekte in der Motivation – weg von der Arbeit selbst, hin zu ihren Inhalten, trifft aber keine Aussage, wenn beide Faktoren gleichzeitig vorhanden sind (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 215f.). Bezugnehmend der geistigen Entfaltung müssen daher größerer Handlungsspielräume, arbeitsplatzverbundene Lernorte, Rotationen und restriktive Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen entwickelt resp. gefördert werden (vgl. Lipusch 2010, S.17).

Erweitert um die Varianten „Gerechtigkeit, Erwartungen und Instrumentalität“ offerieren sich neben den Motivationstheorien visualisierte Prozess-theorien, da Menschen nach zuverlässigen Gegenleistungen für ihren Arbeitseinsatz streben und es zum Ungleichgewicht bei Nichterreichung kommt (vgl. Steurer 2011, S. 68).

Theorien über Motivatoren und Menschenbilder liefern Aussagen zum Aufbau, Aufrechterhaltung und Abbau von Verhalten zur Handlungsabsicht. Um die Gestaltung des tatsächlichen Aktivwerdens, der Funke zum Tun, widmet sich das nächste Unterkapitel.

4.3 Aktion/ Emotion

AnwenderInnen von Bildungsangeboten eignen sich mit Eifer und Begeisterung neues Wissen an, ein effektives Handeln im praktischen Umfeld gelingt meist nur erschwert. Die folgende Ansicht visualisiert die Hintergründe.

Das Abwägen von Handlungen passiert nicht nur rational, es sind immer Gefühle und Emotionen damit verbunden. Auf der Suche entsprechender und rascher Handlungsoptionen wirken Emotionen wie Navigatoren. Sie nehmen daher eine entscheidende Rolle ein wie das Verhalten den Zielort beherrscht, um die Folgen der Handlung zu verwirklichen (vgl. Heckhausen/ Heckhausen 2010, S. 59). Im Kapitel 4 ist die Selbststeuerung des bewussten und unbewussten Systems beschrieben. Die Kontrolle des Bewusstseins ist aber sehr anfällig bei psychischen und physischen Störungen oder prägnanten Umweltreizen, die Folge sind Affekthandlungen. Schon beim Anblick eines Problems werden Gefühle produziert, handelt sich es um ein vertrautes Problem, das bisher erfolgreich gelöst wurde, wird mit Freude und Selbstvertrauen am Erfolg gearbeitet. Hemmende Bedingungen aus negativ erfahrenen Situationen wie Misserfolge sind aber stärker ausgeprägt und erschweren die Leistung. Emotionen werden im selben Hirnbezirk, dem „limbischen System“, geschaffen wie die Be-

wertung und Prüfung von Informationen zur adäquaten Reizbeantwortung. Sie ist somit emotional besetzt, wobei eine negative Okkupation (Angst z.B.) zu Fehlleistungen des Gedächtnisses führen kann, umgekehrt das Behalten aber fördert (vgl. Stangl 2012, S. 4).

Der Erwerb von Selbststeuerungskompetenz kann hier Abhilfe schaffen, durch den Einsatz „somatischer Marker“. Gefühle und Körperbefindungen spielen da eine wesentliche Rolle. Wenn Menschen eine Absicht in eine Handlung überführen wollen, muss die Erfahrung mit etwas Angenehmem behaftet sein. Positive somatische Marker werden als Freude oder Kribbeln im Magen gedeutet, Negative als Angst oder Kloss im Hals. Der Einsatz dieser Marker öffnet Individuen den Zugang in ihre gesamte Lebenserfahrung, der anhand eines wissenschaftlich fundierten Prozesses ermöglicht wird (vgl. Storch o. J; S. 166-168).

4.3.1 Der Rubikon Prozess

Das Wort „Rubikon“ entnahm man dem Entschluss des Kaisers Caesar im Bürgerkrieg gegen Pompeius, nach Abwägung der Tat, mit seinen Soldaten den Fluss Rubikon zu überqueren.

Der ursprünglich aus vier Situationen bestehende Prozess wurde um die Phase der Bedürfnisse erweitert, da der Motivation unbewusste Bedürfnisse vorgeschaltet sind und erst durch Bewusstwerdung Wünsche erzeugen. Das ergänzte Modell beinhaltet nun Bedürfnis, Motiv, Intension, präaktionale Vorbereitungsphase und Handlung (vgl. Storch o. J; S. 169).

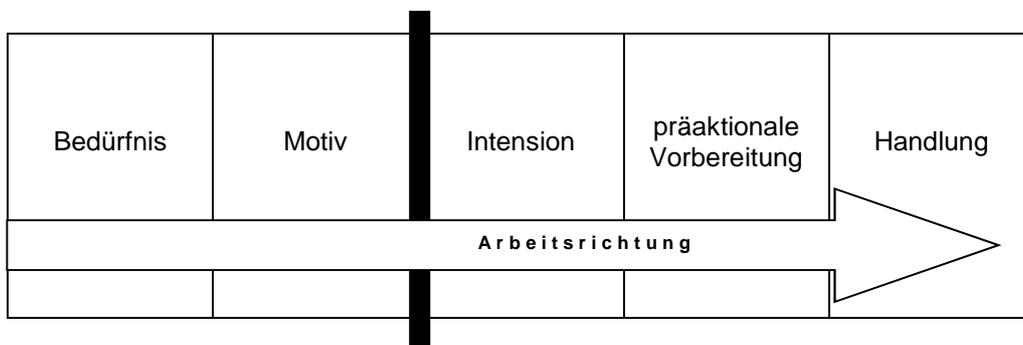


Abb. 5: Der Rubikon Prozess

(Quelle: vgl. Ryschka et al. 2005, S. 297 zit. n. Heizenberger 2007, S. 15)

Dieser Überblick ermöglicht es, den unterschiedlichen Reifestadien eines Handlungszieles zu folgen, vom Bedürfnis zum Ziel zur aktiven Handlung. Personen- und situationsbezogene Determinanten prägen die aktuell existente Motivation von Individuen, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (Motivationsprozess, Kapitel 4.2). Aus den Anreizen und der Bewertung dieser bildet sich eine Intention zum Handeln (Intentionsbildungsprozess/ Abwägungsprozess). Der Volitionsprozess regelt die Realisierung der Motivationsstendenzen zu bestimmten Gelegenheiten und die Methodik (Planungs- und Handlungsprozess). Nach erfolgter Tätigkeit folgt vice versa die Einschätzung und Ursachenargumentation und die darauffolgende Motivation (vgl. Heckhausen/ Heckhausen 2010, S. 7).

Die meisten Vorsätze gehen aber über die Beabsichtigung (Motivation) nicht hinaus (z.B. Neujahrsvorsätze), es fehlt die Willenskraft, den sogenannten Rubikon zu überqueren. Hier kommen die somatischen Marker ins Spiel und deren positive Aktivierung des Unbewussten, um das Bewusste zu synchronisieren und alte Automatismen auszuschalten. Das heißt von sich aus motiviert sein (intrinsische Motivation), die Intentionen auszuführen. Ein Geschehen, das sich in der präaktionalen Vorbereitungszeit abspielt und sich auf Ergebnissen der Zielpsychologie (Zielformulierung) stützt (vgl. Storch o. J., S. 169f.). Im Rubikon-Modell geht es aber nicht um spezifische resp. konkrete Ziele, sondern um allgemeine sogenannte „Identitätsziele“. Der Vorteil dieser besteht in einem sehr emotionsbehafteten Erlebnis, das möglicherweise seine Gültigkeit ein Leben lang nicht verliert. Beispiel zu „selbstständigem Umsetzen von Bildungserfahrungen“ wäre konkret formuliert: „am nächsten Schmerzpatienten wende ich die Maßnahme atemstimulierende Einreibung an“, allgemein formuliert würde es lauten: „Ich freue mich, meine schmerzreduzierenden Handlungen sicher und kompetent auszuführen“, immer mit einer Haltung oder einer Handlung (oder beidem) behaftet. Handlungswirksame Ziele müssen fortwährend den Endzustand thematisieren (sichere, kompetente Handlung), ein Kontrollerleben definieren (Schmerzreduktion), und einen positiven somatischen Marker erzeugen (Freude durch kompetente und sichere Anwendung Schmerzen zu vermindern) (vgl. Storch o. J., S. 171-175). Das Positive kann aber auch mit kinästhetischen Abbildungen in Form von

Postern oder Bilder auf den Gängen und in den Krankenzimmern hervorgerufen werden.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein menschliches Aktivwerden einem komplexen System entspringt und nur eingeschränkt beeinflussbar ist. Abhilfe könnten hier das Wort „ich will“ (Sprenger 2007, o. S.) und nachfolgende Lernmodelle bieten.

4.4 Lernmodelle

Um den Lernenden zur Selbstevaluation des eigenen Lernens und Handelns zu befähigen, müssen Didaktik und Methodik der Lehrenden neuen Erkenntnissen der Pädagogik angepasst werden (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Bei den von Angelo (1992, S. 105ff. zit. nach Olbrich 2009, o. S.) vier und Olbrich (2009, o. S.) fünf beschriebenen Ebenen des Lernens,

- ✓ „Deklaratives Lernen (Was man lernt)“ [...] vermitteltes Wissen durch Fremdbeurteilung
- ✓ „Prozedurales Lernen (Wie man lernt)“ [...] Theorie-Praxisbezug
- ✓ „Konditionales Lernen (Wo und wann das Gelernte Anwendung findet)“ [...] Urteilsbildung
- ✓ „Reflektiertes Lernen (das Warum des Lernens)“ [...] Fähigkeiten selbstständig ein Leben lang weiter zu lernen
- ✓ „Identitätsförderndes Lernen“ [...] die Auseinandersetzung mit der eigenen Person,

sind die beiden Letztgenannten noch nicht am europäischen Bildungssektor zu finden, jedoch für die Ausprägung zum selbstbestimmten Handeln erforderlich. Im Vordergrund steht das biographische Lernen, also die Beschäftigung mit der persönlichen Bildung in Abwägung die eigenen Befähigungen und Defiziten um das Kompetenzpotential zu erkennen (vgl. Zürcher 2007, S. 72f.).

Studienergebnissen zur Folge wünschen sich MitarbeiterInnen, dass die arbeitsplatznahen Formen der Qualifizierung verstärkt zum Einsatz kommen (vgl. Lipusch 2011, S. 80).

4.4.1 Lernen am Arbeitsplatz

Empirische Untersuchungen belegen, dass 60-80% der Fähigkeiten informell und unbewusst im Arbeitsprozess selbst erworben werden. Man kann von „Erfahrungslernen“ sprechen, geprägt durch Reflexion und Verstehen im Tun. Dieses Lernen ist situationsbezogen und wird nicht länger verfolgt. Sichtbar wird es, wenn ein Bildungszusammenhang zu erkennen ist, durch eine Vernetzung formaler und informeller Lernbezüge (vgl. Dehnpostel 2010, S. 21ff. zit. n. Glembotzky 2011, S. 8). Die häufig verwendete Bezeichnung, „Training on the Job“ definiert genau diese Verkettung und wird in der Weiterbildungsliteratur als „produktivitätssteigernder Spillover-Effekt“ bezeichnet, da die Aktivitäten der Trainierenden auch nicht formal gebildete Mitarbeiter fördert (vgl. Lassnigg/ Vogtenhuber 2008, S. 24).

Ein bereits beforschtes Instrument, welches ursprünglich einer Methode zur Softwareentwicklung entsprang, nennt sich „Pair Programming“ (PP). Darunter versteht man paarweises Arbeiten am Arbeitsplatz, welches sich in einer intensiven, hochgradig-kommunikativen Form durch ständigen Austausch, neuer Ideenfindung oder lauter Denkweise im Team, in der Generierung neuem Wissen attestiert. Außerdem konnte eine offene, fehlerreduzierende, wertschätzende Kultur beobachtet werden, bereits vorhandene personale und soziale Kompetenz ist jedoch Voraussetzung. Die Arbeitsabläufe bedürfen einer strengen Strukturierung, der Arbeitsprozess wiederum wird selbstorganisiert gestaltet (vgl. Brüggemann et al. 2010, S. 28ff. zit. n. Glembotzky 2011, S. 10f.).

Ein weiteres Konzept nennt sich „Training-near-the-job“, darunter versteht man selbstinitiiertes Lernen, räumlich getrennt aber mit Bezug zum Arbeitsplatz durch bestimmte Qualitätszirkel oder Erfahrungsaustauschgruppen unterschiedlichen Alters und Hierarchieebenen. Das Instrument erhöht die Selbstqualifikation und dient der Arbeitsoptimierung (vgl. Schmitt 2008, S. 52).

4.4.2 Mentoring

Mentoren sind Fürsprecher, Förderer, Berater (Wikipedia 2012, o. S.) in Unternehmen, meist ältere, kundigere Teamkollegen in oberen aber auch unteren Managementebenen, die befähigt sind, neue Teammitglieder informell zu unterstützen, zu beraten und anzuleiten. Resultierend lassen sich auch stärkere Beziehungs- resp. Schutzfunktionen ableiten (vgl. Zürcher 2007, S. 75f).

Mentoring ist bereits in der Antike beschrieben. Eingesetzt als Instrument im pflegerischen Setting, wie auch in der Pflegepädagogik, dient es zur Entwicklung und Stärkung der persönlichen, beruflichen Karriere, abgestimmt mit dem Protégé. Mentoren besitzen eine spezifische Profession, ein hohes Kommunikationspotential und erlangen in der Pflege zunehmende Bedeutung. Mittels Kooperation entwickeln sich Strategien, klare Weg- und Zieldefinitionen durch intensivere Begutachtung spezifischer Probleme und eine Erweiterung der sozialen Kompetenz und beidseitige Leistungsstärkung (vgl. Hinghofer-Szalkay 2006, S. 517ff.).

Resultierende Fragen aus Reflexionen zu pflegerischen Interventionen müssen im Team oder explizit ausgewiesenen Arbeitsgruppen hinterfragt, recherchiert und diskutiert werden. Daraus kann die Entscheidungssicherung gestärkt werden (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

4.4.3 E-learning

Die zweckdienliche Benützung digitaler Kommunikations- und Informationstechnologien bestimmen die Effektivität und Effizienz am Arbeitsplatz (vgl. Ballod 2011, S. 10). Internet und Intranet haben sich heute schon in allen Betrieben etabliert. Der gesamte Informationsfluss passiert über diese Medien. Rasch können Lösungsansätze über diverse Suchmaschinen gefunden, aktuelle Themen generiert werden. Auch für die Pflege sind bereits Chatrooms eingerichtet, um sich informell austauschen zu können.

„Online-Communities“ bilden sich in größeren Unternehmen meist aus Eigeninteresse und organisieren sich selbst, um berufliche und soziale Fragen zu diskutieren (vgl. Grey 2004, o. S. zit. n. Zürcher 2007, S. 77). Der Nutzen dieser Communities hat sich bislang gering entwickelt noch ist die Praxis ausreichend erforscht (vgl. Cook/ Smith 2004, o. S. zit. n. Zürcher 2007, S. 77). Voraussetzung sind umfangreiche Kenntnisse in der Handhabung dieser Materie (Medienkompetenz).

4.4.4 Jobrotation

Synonyme für Jobrotation sind „Arbeitsplatzwechsel“ oder „systematischer Stellenwechsel“ von gleichen oder verschiedenen Tätigkeiten in anderen Einheiten innerhalb desselben Unternehmens. Rotation ist eine Form der Arbeitsgestaltung in einem zeitlich strukturierten Rahmen mit definierten Zielvorgaben. MitarbeiterInnen sollen dadurch eine persönliche und fachliche Entwicklung erlangen im Sinne lebenslange Lernens mit den Zielen der Kreativitätsentfaltung und Flexibilitätssteigerung, Reduzierung persönlicher Abhängigkeiten, Organisationsoptimierung, Ausweitung des Verwendungsbereiches, Steigerung-, Erhaltung – und Förderung der Leistungen und Zusammenarbeit. (vgl. Günther 2011, s. 30ff.). Positive Effekte äußern sich in der Unternehmenskultur durch besseres interdisziplinäres Kommunikationsverhalten, in der Organisations- resp. Personalentwicklung in dem Wissen effektiver eingesetzt, verteilt bzw. entwickelt werden kann und der Arbeitszufriedenheit (vgl. Günther 2011, S. 67-72).

4.4.5 Institutionelle Bildungsmethoden

Zu den institutionellen Bildungsmethoden zählen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die im Krankenanstaltenrecht bereits als Pflicht des Spitalträgers normiert sind. Es liegt im Ermessen und in der Verantwortung des Arbeitgebers, die notwendigen Mittel zur Verfügung zu stellen, um die Bediensteten den Anforderungen entsprechend zu schulen oder zum innerbetrieblichen Aufstieg zu ermächtigen (vgl. Olfert 2006, S. 385 zit. n. Schmitt 2008, S. 44).

Vorab muss jedoch der Bedarf erhoben werden.

Denkbares Konzept zur Ermittlung des Fortbildungsbedarfs ist die Darstellung anhand der sechs Phasen im „Kybernetischen Regelkreis“ nach dem Pflegeprozessmodell von „Fiechter & Meier“. Effizienz und Effektivität muss dabei in Relation des Aufwandes stehen:

- ✓ „1. Phase – Informationssammlung“:
die zusammengetragenen Fakten stammen aus einer IST – SOLL Erhebung, aus Mitarbeitergesprächen, Beobachtungen und beantworteten Fragebögen der MitarbeiterInnen und bilden die Ausgangssituation für alle nachfolgenden Schritte, bewährt sich auch als Kontrollinstrument.
- ✓ „2. Phase – SOLL – IST Abgleich“:
Darstellung der Abweichungen und eigentliche Bedarfsbestimmung. Jede aktuelle Aktivität und Position wird mit Prozenten bewertet, Fähigkeits- und Fertigungsdefizite einer (Problem)Analyse unterzogen und Wünsche/ Interessen berücksichtigt
- ✓ „3. Phase – Zielsetzung“:
Beschreibung des Fortbildungsergebnisses auf mitarbeiterInnenbezogene und messbare Ziele, wie auch Lenkung und Visualisierung von Kriterien für die Effektivitätsbewertung
- ✓ „4. und 5. Phase“ – Planung und Durchführung:
Strategieentwicklungen zur Zielerreichung, Verfassen und Dokumentation der Fortbildungsplanung

- ✓ „6. Phase – Evaluation“:
wird als fortlaufende Aktivität durchgeführt unter Berücksichtigung aller Phasen und den tatsächlichen Ergebnissen inklusive Ursachenforschung bei Nichterreichung (vgl. Wagner 2006, S. 27-39).

Einer Übersichtsarbeit zum Thema „Kontinuierliche Fortbildungen bewirken Verbesserungen der Pflegequalität“ kann entnommen werden, dass Verhaltensänderungen durch Fortbildungen im Wesentlichen abhängig sind von

- ✓ der Handlungsweise des Vortragenden,
- ✓ der Motivation und Einstellung der Besucher,
- ✓ der Art der Verhaltensänderung (Schwierigkeitsgrad der Umsetzung)
- ✓ und dem Organisationsverhalten gegenüber Innovationen, den zeitlichen Ressourcen oder der Kultur der Kommunikation (vgl. Cervero 1985, S. 86 zit. n. Saure 2011, S. 65).

Eine Studie bekräftigt, dass Arbeitszufriedenheit ganz wesentlich mit Weiterentwicklungsmöglichkeiten im Zusammenhang steht und diese von Pflegekräften auch immanent gefordert werden (vgl. Müller/ Seidl 2000, S. 386 f. zit. n. Lipusch 2011, S. 25). Eine Fragebogenerhebung zu Fort- und Weiterbildungswünschen mit 14 auszuwählenden Bildungsthemen stellt die Prioritätenreihe mit: Erste Hilfe (60%), Pflegedokumentation (46%) und Hygiene (44%) dar (vgl. Lipusch 2011, S. 72).

Bezugnehmend zu den vier Größen des Tätigwerdens – Information, Motivation, Aktion, Emotion – liefert der dritte Teil der Arbeit Denkanstöße zu determinierenden Führungsverhalten und der Selbstverantwortung.

Dritter Teil

5 Organisatorische Führungsverantwortung

In einer „Expertenorganisation“ wie dem Krankenhaus muss sich neben den MitarbeiterInnen selbst auch die Organisation ständig weiter entwickeln als existierendes, gemeinnütziges System mit den Befähigungen, die Sachlage einzuschätzen und Resultate zu erarbeiten und umzusetzen (vgl. Steurer 2011, S. 12).

Einer institutionellen Kompetenzentwicklung schreibt Olbrich (2009, o. S.) drei Ebenen zu:

- ✓ „Die Institution selbst als Kompetenzbasis“, [...] dem Versorgungsauftrag entsprechend definierte Normen, Werte und Leitlinien, ein Organisations- und Personalentwicklungskonzept zum Inhalt.
- ✓ „Performanz als sichtbare Kompetenz“, [...] Beurteilung von Ergebnissen oder Aktivitäten Einzelner oder Teams
- ✓ „Verständnis von Kompetenz“, [...] im Sinne einer funktionalen Tätigkeit oder selbstorganisierte Mitarbeiter, die lernen und arbeiten als sinnvolle Tätigkeiten sehen und dem Unternehmen Produktivität und Kreativität zollen

Lernen im Kontext der Gesamtorganisation verbessert die Problemlösungs- und Handlungskompetenz. Um erfolgreich zu sein müssen nicht Stabilität, Ordnung und Prozesse gefördert werden, sondern Strategien zum Wandel, Beseitigung von „Chaos“ und Kompetenzentwicklung der Einzelnen (vgl. Steurer 2011, S. 12).

Ziele der Kompetenzentwicklung:

- ✓ „Fachliche Qualifikation der Mitarbeiter erhalten und verbessern
- ✓ Mitarbeiter auf die an sie gestellten Anforderungen besser einzustellen
- ✓ Veränderte technische, ökonomische und soziale Arbeitsbedingungen berücksichtigen
- ✓ Das Verhalten der Mitarbeiter am Arbeitsplatz und in der Arbeitsumgebung beeinflussen
- ✓ Fehlleistungen und Fehlverhalten der Mitarbeiter korrigieren und verhindern
- ✓ Arbeitsmethoden verbessern
- ✓ Kooperation mit anderen Berufsgruppen verbessern“ (Picado/ Unkelbach 2001, S. 32).

Nach Achatz/ Tippelt (2001, S. 126 zit. n. Tippelt 2002, S. 55f) ist kompetenzbasiertes Lernen ein strategischer Faktor der Unternehmenspolitik [..]. „der kompetente Mitarbeiter ist in der Lage, sich selbstständig und zielsicher neues Fachwissen und neue Arbeitsmethoden anzueignen; er ist fähig, tragfähige Kontakte und Arbeitsbeziehungen herzustellen. Er kann seine Stärken und Schwächen einschätzen und im Sinne eines Selbstmanagements beherrschen [..]“. Im Hinblick der im GuKG beschriebenen Tätigkeitsbereiche der Gesundheits- und Krankenpflegepersonen insbesondere des „Eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches“ muss diese Kompetenz eingefordert, entwickelt und evaluiert werden.

5.1 Kompetenz und (Selbst)Verantwortung

Führungskräfte versuchen immer wieder Antworten auf die Fragen,

- ✓ „Was kann ich tun, damit Mitarbeiter Verantwortung übernehmen?
- ✓ Wie setze ich das Potential meiner Mitarbeiter frei?
- ✓ Wie schaffe ich ein Unternehmen, in das die Mitarbeiter morgens gerne kommen?“ (Sprenger, 2007, o. S.)

zu bekommen, um den Arbeitsplatz nicht als Last sondern als Lust zu empfinden.

Leistung entsteht, wie im Kapitel 4.2 beschrieben, aus dem Zusammenspiel von Können, Wollen und Dürfen. Unterforderung entsteht, wenn MitarbeiterInnen wollen und können aber nicht dürfen, Überforderung bei Wollen und Dürfen aber nicht können. Unmotivierte Bedienstete haben oft das Know-how und breite Handlungsspielräume aber es fehlt am Wollen. Die Vermeidung der Demotivationsfaktoren ist Aufgabe der Führungskraft, ebenso die Erweiterung der Handlungsspielräume und Angebote zur Entwicklung. Priorisierend liegt aber das Wollen (Tun) und Können im Verantwortungsbereich der ArbeitnehmerInnen (vgl. Amtmann 2012, o. S.). Verantwortung kann nur übernommen werden, wenn die Selbstständigkeit und Entscheidungsverantwortung gegeben ist durch einerseits Erweiterung der horizontalen Aufgabenbereiche beim Beschaffen von Ressourcen oder im Zeit- und Ausführungsmanagement, andererseits benötigen Mitarbeiter auch Bildung, Kapazitäten und Teamfähigkeiten. Die Verantwortung für deren Bereitstellung liegt bei der Institution und ihrer Kreativität an Lehrmaßnahmen. Das eigenständige Handeln, die Selbstreflexion und das Erkennen von Defiziten obliegt den Tätigen. (Olbrich 2009, o. S.). Für ArbeitnehmerInnen bedeutet diese Verantwortung, die zunehmende Akzeptanz sowohl Zeit als auch Geld einzusetzen, um das persönliche Leistungsvermögen zu erhalten resp. zu verbessern und Bildungsmaßnahmen/ -angebote als Bereicherung zu sehen (vgl. Picado/ Unkelbach 2001, S. 29).

Mit der Zuschreibung von Kompetenz wird eine Erwartungshaltung abgeleitet, die mit dem Unternehmen und dessen Ziele übereinstimmen. Festgeschrieben in Stellen- oder Funktionsbeschreibungen (Kapitel 3.2.2), verpflichtet diese zur korrekten Erledigung der Aufgaben. Dem Wort „Pflicht“ wird naturgemäß auch Verantwortung zugeschrieben und zählt zu den Organisationsgrundsätzen. Bei Nichterfüllung können Sanktionierungen zum Tragen kommen, liegen aber im Verantwortungsbereich der jeweiligen Träger und gestalten sich unterschiedlich (vgl. Frohner 2011, S. a7).

Um den Anforderungen entsprechend beruflich zu handeln bedarf es ein berufliches Selbstverständnis, dessen Eigenschaft die Voraussetzung zum Handeln ist, es aber auch konkret beeinflussen kann. Die Person setzt sich mit den ihr gestellten Anforderungen kritisch auseinander und bewertet ihr persönliches Tun. Dem Wort Selbstverständnis wird das Synonym der Selbstinterpretation beigemessen, durch die erworbene Kompetenz der Selbsteinschätzung und Selbsterkenntnis einerseits, andererseits aber auch bedingt durch den beruflichen Sozialisierungsprozess. Motive, Denk- und Orientierungsmuster ändern sich in Folge der Selbstsicht, jedoch auch stark beeinflusst von Fremdzuschreibung. Eigenschaften wie: selbstlos, brav, untergeordnet im Sinne vom „Dienst am Nächsten“, oder als gegenwärtig anerkannter Dienstleistungsberuf gereift in der Eigenständigkeit, determinieren zum Teil noch das heutige Verständnis (vgl. Stöhr/ Trumpeter 2006, S. 1). Das berufliche Selbstverständnis einer pflegerischen Kompetenz von Seiten der inneren Ansicht divergiert demnach noch stark mit der äußeren Charakterzuschreibung. Seidl et al. unterstreichen die Notwendigkeit der Pflegenden, sich mit der Geschichte der Krankenpflege auseinanderzusetzen, um das Verständnis persönlich und medial besser zu vertreten (vgl. Stöhr/ Trumpeter 2006, S. 12).

Das Wollen und Können der MitarbeiterInnen und das Dürfen durch die Organisation spielen beim Tätigwerden und somit Übernahme von Verantwortung eine wesentliche Rolle. Der kommende Teil befasst sich mit

den Hindernissen, die dem entgegenstehen sowohl auf der ArbeitgeberInnen als auch ArbeitnehmerInnen Seite.

5.2 Determinanten der Kompetenzentwicklung

In einem Unternehmen ist eine Vielzahl an explizitem und implizitem Wissen vorhanden und somit die wertvollste Ressource, aber auch Besitztum der MitarbeiterInnen, deren Träger der einzelne Tätige ist.

Lernfreudige Menschen organisieren sich eher selbstbestimmt als fremdbestimmt, wobei die engagierte Leistung der Institution retourfließt. Bestimmte Einflussfaktoren der Kompetenzentwicklung, wie z.B. Erfahrung, Praxis, Training, Überzeugung oder Veränderungen der sozial/ ökonomischen Umwelt, privat wie auch betrieblich, determinieren die selbstorganisierte Handlung jedes Einzelnen. Zugleich sind diese Faktoren durch die Handelnden selbst nur wenig veränderbar und somit ein Hauptangriffspunkt für die Führung (vgl. Erpenbeck 2002, S. 10).

Wie eine Führungsebene die Leistungsfähigkeiten der Mitarbeiter weiterentwickelt und auszeichnet zeigt sich durch die Individualität im Einsatzbereich. Liegt die Strategie im „Funktionieren“, werden Fähigkeiten und Fertigkeiten gefördert im Sinne der zu verneinenden Schlüsselqualifikationen, die individuelle Entwicklung zur Kreativität und Selbstorganisation umfassender Arbeitseinflüsse bleibt den Tätigen verwehrt (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Vorgesetzte beeinflussen durch ihre Vorbildfunktion das „Modelllernen“ ihrer Bediensteten, da lernen nicht nur aus den Konsequenzen des eigenen Handelns, sondern auch aus den Konsequenzen des Handelns Dritter konditioniert wird (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 384). Studienergebnisse der „Iowa Studie“ und der „Michigan Studie“ erkennen bei mitarbeiterInnenorientierten, demokratischen Führungsstilen neben der höheren Zufriedenheit auch ein wesentlich höheres Leistungsprofil (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S 343). Autoritäre Praktiken scheitern am Widerstand

der Betroffenen bis hin zu inneren (Resignation) und äußeren Kündigungen (Arbeitsplatzwechsel) (vgl. Steurer, 2011, S. 79).

Als hinderlich erweisen sich oft auch bürokratische Unklarheiten der Kompetenzzuschreibungen im pflegerischen und ärztlichen Bereich auf Grund geringer Personalressourcen. So befinden sich Pflegepersonen im dienstrechtlichen Dilemma, wenn sie Dienstanweisungen nicht nachkommen um ihre Kompetenz nicht in Frage stellen zu müssen, oder im Sinne des Patienten (Laien) handeln. Als problematisch zeigen sich auch bestimmte Machtverhältnisse in horizontaler und vertikaler Ausrichtung im interdisziplinären Team. Aber auch stark eingebürgerte Rituale, „das war schon immer so“, können sich entwicklungshemmend auswirken, sowie Unter- und Überforderungen. Wobei Anforderungen und Veränderungen auch Kompetenzerweiterungen nach sich ziehen (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Wie im Kapitel 1.1.4 beschrieben, ist Lernen die Ausprägung von impliziter und expliziter Wahrnehmung von bestimmten Reizen und Eindrücken. In den meisten Krankenanstalten sind medizinische Aufgabenbereiche groß ausgewiesen, die Pflege an sich nimmt dort meist keinen oder nur wenig Platz ein, sie vermittelt keine Eindrücke, weder für Besucher noch für die dort arbeiteten Menschen (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Meist wird Wissen nicht weitergegeben oder ist nicht allen Institutionsmitgliedern zugänglich. Ergebnisse einer empirischen Studie zum Thema Fortbildungen und MitarbeiterInnenzufriedenheit belegen, dass die Angebote und der Zugang dahin sich als schwierig gestalten. Teure externe Angebote dürfen maximal von einer Person pro Abteilung besucht werden, wobei auch die Motivation „alleine“ zu reisen nicht gegeben ist (vgl. Temmel 2012, S. 60). Für Wiedereinsteiger ins Berufsleben gibt es zurzeit keinen normierten Auffrischkurs. Viele ArbeitnehmerInnen bilden sich in der Freizeit selbstfinanziert weiter, übernehmen als ExpertInnen ihre Aufgaben im Stationsalltag bei nicht vorhandenen zeitlichen Ressourcen und ohne entsprechende Abgeltung. Es stellt sich die Frage, ob hier Zugeständnisse zur Handlungsautonomie und Einflussnahme entgegenstehen

oder das Privileg der Älteren/ Erfahreneren durch sogenannte „gewachsenen Strukturen“ (vgl. Matolycz 2011, S. 7).

Erfahrungsgemäß fluktuieren gut ausgebildete, erfahrene MitarbeiterInnen in andere Einrichtungen auch aus monetären Anlässen, organisatorisch und ökonomisch gesehen ergeben sich dadurch Verluste an Wissen, erneute Kostensteigerungen durch Rekrutierungsmaßnahmen, neuerliche Einarbeitungszeiten und nicht zuletzt Übernahmen anfallender Zusatzausbildungen.

Ein prospektiv ausgerichtetes Management ist sich dessen bewusst und zollt Anerkennung durch pekuniäre Anreizsysteme wie z.B. Prämien/ Vorsorgeleistungen für Beiträge zur Wissensweitergabe resp. Wissensvermehrung, oder finanzielle Abgeltung bei spezieller Qualifizierung. Aber nicht jeder Arbeitnehmer hat dieselben Motivationsanreize, Sicherheit des Arbeitsplatzes, Karriereöglichkeiten, Statussymbole reichen da oft schon aus (Kapitel 4.2.1). Ein Anreizsystem, um möglichst viele Charaktere zu erreichen, könnte die Einrichtung eines „Cafeteriasystems“ erlangen, wobei man sich mittels angehäuften Bonuspunkten (Vorträge, Beiträge im Intranet z.B.) die Art der Abgeltung zum Teil selbst wählen kann (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 63-65).

Im letzten Kapitel werden deshalb weitere Planungsmöglichkeiten aufgezeigt, um Motivatoren für möglichst alle Menschenbilder anzubieten.

5.3 Strategische Maßnahmen

Welcher Wert der Kompetenzerweiterung beigemessen wird, hängt von der vorherrschenden Kultur, dem Führungsgeschick und den Aktivitäten der jeweiligen Institutionen ab. Um die Selbstreflexion und –organisation der MitarbeiterInnen zu fördern, bedarf es auch einer ständigen Reflexion der Führungskraft selbst um den erforderlichen Führungsstil anzuwenden.

Um empathisch, vertrauensvoll, offen und mit Akzeptanz den MitarbeiterInnen zu begegnen, muss eine transparente Informationskultur dominieren. Führungskräfte die der eigenen Entwicklung hohe Bedeutung beimessen, erkennen auch das Potential ihrer Angestellten, ermöglichen ein effizientes Lernniveau und erkennen Konflikte und Fehler als Herausforderung und Chance, um den persönlichen Mut zu stärken (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Damit Verantwortung übernommen werden kann, muss die Selbstständigkeit durch formale Zuweisung ebenso wie das Wissen und Können gefördert werden.

In der weltweit größten Outcome Studie der Pflege erwiesen sich Arbeitsumgebungsqualitäten, ein angepasstes Personalbesetzungs- und Bildungsniveau als die wesentlichsten Faktoren von positiven MitarbeiterInnen- PatientInnenergebnissen in Form von niedrigeren Mortalitäts- und Komplikationsraten am Kunden, weniger Burnout und höhere Arbeitszufriedenheit bei den ArbeitnehmerInnen (vgl. Ausserhofer 2012, S. 6f.).

Den Führungskräften stehen diverse Managementkonzepte und -methoden zur Errichtung veränderungsfähiger Organisationen zur Verfügung. Neben den im Kapitel 3.2 beschriebenen Werkzeugen finden neue Formen der Arbeitsplatzgestaltung zunehmend an Bedeutung.

Haase (2006, S. 4 f zit. n. Zürcher 2007, S. 64) berichtet über zwei Kompetenzkulturen, die in Organisationen zur Diskussion stehen, einerseits „unternehmensspezifische Kompetenzen“ aus der Sicht des Managements und „transferierbare Kompetenzen“ im Sinne der Personalentwicklung.

5.3.1 Personalentwicklung und Partizipation

In den Gesundheitsbetrieben zählt die PE zu den strategischen Zielen der oberen Führungsebene. Es ist ein planbares Werkzeug zur Erweiterung aller erworbenen Kompetenzen mit der Absicht, den beruflichen Reifegrad

des Personals den Handlungsanforderungen anzupassen, um den Unternehmenserfolg zu sichern (vgl. Loffing/ Geise 2005, S. 19 zit. n. Saure 2011, S. 23). Es ist Aufgabe der PE, die dazu benötigten Inhalte in einer bestimmten Zeit zu übermitteln, um den Fortschritt der Qualifikationen zu gewährleisten (vgl. Schmitt 2008, S. 40). Spezielle Aufgaben könnten so ohne erhöhte Personalvorhaltung von geschulten MitarbeiterInnen übernommen werden. Vorhandene Entwicklungspotentiale und die Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen zu lernen sind Items damit diese Ziele erreicht werden.

PE bezieht sich nicht nur auf den Einzelnen, sondern inkludiert auch Teamentwicklung resp. Organisationsentwicklung. Die Makroebene hat zum Ziel, eine Bedarfsanalyse des Entwicklungsbedarfes zu erarbeiten mit Fokus auf die Qualifikation der MitarbeiterInnen, der prospektiven Veränderung und den Anforderungen am Arbeitsplatz (vgl. Amtmann 2012, S. 48-51). PE wird nicht mehr nur als Instrument der Personalrekrutierung verstanden, sondern veräußert sich in der Aktivität des Arbeitgebers auf den Perspektivenwechsel, weg vom Defizit- hin zum Kompetenzmodell, zu reagieren. Organisationsstrukturen und Steuerungsinstrumente müssen dahingehend angepasst werden im Sinne einer lernenden, systemischen Personalentwicklung (vgl. Evans/ Scharfenorth 2008, S. 45).

Personalentwicklung beinhaltet vier Disziplinen:

- ✓ „Generelle PE“: ist die bedarfsorientierte, zielgruppendifinierte Planung von Aus- Fort- und Weiterbildungen
- ✓ „Individuelle PE“: hat die Ermittlung von Potentialdaten der MitarbeiterInnen zum Ziel, und dient der Karrierebegleitung
- ✓ „Situative PE“: ist nachfrageorientiert, mit dem Ziel die Zusammenarbeit und Arbeitszufriedenheit im Teams zu verbessern
- ✓ „Kulturbildende PE“: die Träger einer Institution definieren gemeinsam die Gesamtziele des Unternehmens, die Umsetzung wird dahingehend angestrebt (vgl. Schmitt, 2008, S. 44f.).

Erstrebenswert ist die Beteiligung des Personals als Prinzip der Partizipation. Die organisatorischen Strukturen sollen dem Selbstverwirklichungsdrang der MitarbeiterInnen nicht entgegenwirken, sondern ihre Akzeptanz bekunden. Neben der gemeinsamen Definition der Gesamtziele und deren Umsetzung muss auch Raum zum selbstständigen Handeln durch Übertragung von Verantwortung und Entscheidungsmöglichkeiten gegeben sein, um eine Identifikation zu den Aufgabengebieten herzustellen (vgl. Steurer 2011, S. 74ff.). Das Management bedient sich der Ressourcen seiner Bediensteten, beschrieben als eines der drei Managementmodelle durch Miles 1975, dem „Human Resources Modell“ (HRT). Miles nimmt an, dass Menschen zu sinnvollen Zielen beisteuern wollen und mehr verantwortungsvollere Arbeiten als bisher im Stande sind zu übernehmen (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 399).

Als förderlich und motivierend in der generellen PE erweisen sich aktive Mitbestimmungen des Personals bei Fort- und Weiterbildungsinhalten und –zielen. In Arbeitskreisen können auch SchülerInnen oder PraktikantInnen zur Impulssteuerung integriert werden in Bezug auf Verbesserung in der Pflegeleistung, der Qualitätssteigerung oder als Basis für weitere Fortbildungsmaßnahmen (vgl. Robert Bosch Stiftung 2001, S. 16).

PE ist als ein Prozess zu verstehen dem die Unternehmensziele als Ausgangsbasis dienen. Er beginnt bei der Bedarfserhebung und endet mit der Evaluation der Personalentwicklung in fortwährenden zyklischen Abständen (vgl. Heizenberger 2007, S. 10). Die nachfolgenden Unterkapitel sind demnach nicht als isoliert anzusehen, sondern als Teilprojekte dieser Ausführung.

5.3.2 Informationsmanagement

Über „Information zu Wissen und Bildung“ sind Aussagen im Kapitel 1.1, diese Angaben lassen sich heute aber nur begrenzt managen. Unsere gegenwärtigen Kommunikationsmittel sind die Medien und dessen Eigen-

leben, um unser Handeln zu konditionieren. Daher ist es Aufgabe der Führung über Informationskompetenz, im Sinne eines ökonomischen Einsatzes und Informationsdidaktik, geprägt durch Beschaffung, Gestaltung, Weitergabe und Bewältigung von Information zu verfügen, um die Flut der Mitteilungen zu bewältigen. Essentielles kann oft nicht mehr von Unwesentlichen wahrgenommen werden. Schulungen zur Medienanwendung, und organisatorische Überlegungen von Seiten der Führung bieten sich daher zur Abhilfe an.

Nachrichten, ob verbal oder schriftlich, bedürfen einer bestimmten „Informationsqualität“, sie zeichnen sich aus in ihrer

- ✓ „Einfachheit“ - durch kurze präzise Satzformen, geringer Fremdwortgebrauch und Visualisierungen
- ✓ „Gliederung“ – Resümees als Einleitung, schlüssigem Aufbau, Hervorhebungen von Wichtigem zur raschen Registrierung der Kernaussagen
- ✓ „Kürze und Prägnanz“ – auf das Wesentliche beschränkte Inhalte
- ✓ „Zusätze“ – mit illustren Beispielen, Anekdoten oder Bildern anregend versehen (vgl. Ballod 2011, S. 61).

Es ist als ein „Ressourcen-Management“ zu sehen, durch adäquate Mittel, entsprechende Wege und Medien ein effektives Informieren resp. Kommunizieren zu ermöglichen, mit Aussicht zur „Selbst- und Teamorganisation“ (vgl. Ballod 2011, S. 10-13). Rechtzeitige, gezielte, ehrliche, verständliche Transparenz steht an oberster Stelle, sie fordert die LeserInnen zur Einholung und Nachvollzug der Informationen auf im Sinne einer Hol- und Bringschuld (vgl. Ballod 2011, S. 61).

5.3.3 Wissensmanagement

Erläuterungen zu Wissen können dem Kapitel 1.2 entnommen werden. Managen lässt sich mit organisieren, leiten und betreuen beschreiben und

bezieht sich meist auf die Führung. Zusammengefügt kann von einer operationalen Tätigkeit ausgegangen werden, wobei durch methodische Einflussnahme die Ressource Wissen, auf Unternehmens-, Abteilungs- und persönlicher Ebene, gefördert wird zur positiven Durchführung des Arbeitsauftrages resp. Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 9f.).

Durch die Weitergabe von Wissen entsteht ein „kollektives Gedächtnis“ mit dem Nutzen, die Unternehmensprozesse effizienter zu arrangieren (vgl. Ballod 2011, S. 108). „Wissensniveau, -nutzung, -dauer“ über Portfolio-Analysen aller drei Ebenen dargestellt, dienen der Zielplanung im Hinblick auf neue Märkte und vorhandener Kompetenz (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 11ff.).

Voraussetzungen für erfolgreiches Wissensmanagement sind abgeleitete Verknüpfungen mit dem Geschäftsziel, Überzeugung über die qualitative Zweckmäßigkeit und Anreizsysteme, bestehende offene Fehler-/ Lernkultur, sowie Konflikt- und Kommunikationsfähigkeiten. In Beziehung stehen drei Dimensionen: Technik – Organisation – Mensch „TOM“ deren Einschätzung den jeweiligen Reifegrad erkennen lassen, um dementsprechend zu reagieren. (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 21-25). Managen von Wissen kann als Kreislauf gesehen in sieben Bausteinen unterteilt werden:

- ✓ „Wissensziele setzen“: aus Finanzplanungen normative, strategische und operative Ziele bis auf Mitarbeiterebene ableiten
- ✓ „Wissen identifizieren“: Kompetenz und Wissenslücken mittels Wissenslandkarten erheben. Dabei gilt es Basiswissen, Spezialwissen, Zukunftswissen und kritisches Wissen zu visualisieren und das individuelle Wissen der Personen mittels Fragebogen zu erheben resp. bewerten
- ✓ „Wissen erzeugen“: operative Maßnahmen aus den Erkenntnissen der beiden ersten Bausteine einleiten

- ✓ „Wissen teilen und speichern“: Nutzbarmachung und Bewahrung für Dritte in Form von Wissensdarstellung und –verteilung als Hol- und Bringschuld
- ✓ „Wissen anwenden“: dieser Baustein spricht für die Ver- und Anwendung des kybernetischen Kreises und leitet Verbesserungsmaßnahmen ab
- ✓ „Wissen verlernen“: ständige Evaluation der Angebote, schnelle Reaktion bei Veränderungen und Anpassung an den aktuellen Wissensstand
- ✓ „Wissen bewerten“: errechnen des Humankapitals und Darstellung der intellektuellen Werte durch passende Instrumente (vgl. Gerhards/ Trauner 2010, S. 29-57).

Basis eines aussichtsreichen Wissensmanagement sind monetäre aber auch immaterielle Anreizsysteme.

Die Eigenschaft, sich Wissen eigenständig anzueignen, wird am zukünftigen Arbeitsmarkt als Pflicht angesehen werden. Wissensmanagement wird nicht mehr nur Gegenstand der Unternehmen sein, was zählt ist der Lernoutput (vgl. Olbrich 2009, o. S.). (Wirksamkeitsanalyse, Kapitel 3.3)

5.3.4 Change Management und zeitgemäße Führungstechniken

Aus allen beschriebenen Kapiteln kristallisiert sich die Fähigkeit sich zu entwickeln als eine der fundamentalsten Eigenschaften von Gesundheitseinrichtungen heraus. Tragende Funktion übernimmt hier das Engagement und die Motivation der MitarbeiterInnen. Flexibilität, Lern- und Innovationsbereitschaft jedes Einzelnen ermöglichen es erst, den laufenden Veränderungen Stand zu halten, um den Erfolg zu garantieren. Die Organisation muss sich nach dem Sollzustand ausrichten, das heißt Elementares überdenken und reorganisieren mit dem Ziel anders zu handeln. Das neue Wort dieser Ausrichtung nennt sich „Business Reengineering“, mit der Bestimmung einer Neuorientierung aller Geschäftsprozesse. Die Rolle der ArbeitnehmerInnen gestaltet sich zu Gunsten einer erhabeneren und

zufriedeneren Beschäftigung, bedingt durch eine höhere Entscheidungsbefugnis. In diesem Selbststeuerungselement müssen sie aber auch Herausforderungen trotzen und eigenverantwortlich handeln und entscheiden, deren Grenzen wiederum Normen festhalten. Die Führung ist stolz auf ihre Beschäftigten und überzeugt sie, für den Kunden und nicht für die Direktion zu arbeiten (vgl. Steurer 2011, S. 38ff.).

Moderne Techniken in der Führung entspringen der Human Relation Entwicklung und neuen Formen der Arbeitsplatzgestaltung. Führungskräfte werden im Umgang mit MitarbeiterInnen geschult, nehmen Bezug auf familiäre Probleme und erweisen den Leistungen Anerkennung.

Zu erwähnen wären hier die horizontalen und vertikalen Aufgabenerweiterungen durch:

✓ Job Enlargement:

ist eine Arbeitsumfangerweiterung ohne strukturelle Änderungen auf horizontaler Basis. Wesentliche Qualifikationserhöhungen der MitarbeiterInnen sind nicht notwendig, Planung und Controlling bleibt in Führungshand.

✓ Job Enrichment:

hier wird der Handlungsspielraum vertikal erweitert mit integrierter Kontrollfunktion, die Selbstkontrolle ersetzt sozusagen die Fremdkontrolle. Die Beteiligten, planen, steuern, prüfen, produzieren und setzen Instandhaltungsmaßnahmen, geschult wird die Organisationsfähigkeit und Methodenkompetenz (vgl. Brücklmeier/ Jenkel/ Maier 2007, o. S.).

Beide Formen erzielen ein hohes Maß an Motivation und Flexibilität, bei letzterer kommt die starke Eigenverantwortung hinzu.

✓ Job Rotation: (Kapitel 4.5.7)

✓ Halb autonome Arbeitsgruppen:

ist eine bedeutende Ausprägung und mit großen strukturellen Veränderungen verbunden. Die Gruppe wählt den Führer selbst, hat Einfluss auf die Arbeitsziele, -methoden, Aufgabenverteilung und unmittelbare Mitbestimmung am Arbeitsplatz. Die Arbeitszufriedenheit ist hier am Größten (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 52-84).

Dennoch bedarf eine demokratische Organisation einer Führungskraft, aber nicht um mitzureden, sondern im Tragen der Mitverantwortung und Unterstützung durch Sachverstand bei der Entwicklung neuer Verhaltensmuster (vgl. Steurer 2011, S. 41).

All diese Konzepte können nur Früchte tragen, wenn sich die Einstellung der Menschen ändert. Mit den besten Organisationsstrukturen bewirke ich 20% Umsetzung, der Rest ist von der Grundhaltung der MitarbeiterInnen abhängig. Die Bewegung von „das geht nicht“ hin zu „das geht noch nicht“ ist eines der schwierigsten Veränderungsprozesse (vgl. Sprenger 2007, o. S.).

Resümee und Diskussion

Bezogen auf die eingangs definierte Forschungsfrage werden in Folge die gewonnenen Erkenntnisse erörtert.

Kompetenzentwicklung und deren Ansprüche in der professionellen Pflege

Lernen ist eine lebenslange Sammlung von Daten und Informationen und kann bewusst und unbewusst erfolgen. Informelles Lernen resp. non formales Lernen ist nicht standardisiert und passiert außerhalb von zertifizierten Bildungsinstitutionen, es kann aber aus der Sicht der Lernenden sehr wohl zielgerichtet und strukturiert sein. Der Zugang ist meist motivational gesteuert, somit selbstbestimmt ohne Verpflichtung und wird oft nicht als Aktivität empfunden. Der Lernprozess steht immer im Zusammenhang mit der sozialen Umwelt, der jeweiligen Situation und ist mit individuellen Werten und Gefühlen behaftet. Hauptziel ist das Erreichen von Kompetenz zur eigenen Denk- und Urteilsbildung durch die Befähigung, das erworbene Wissen anzuwenden resp. zu nutzen. Nur der Einzelne selbst kann sich Kompetenz aneignen, Voraussetzung ist das Existieren von Bewusstsein.

Die Bedeutung und der Zugang zu lebenslangem Lernen am informellen Bildungssektor werden immer offensichtlicher, zumal Lernen zu Wissen und zur Kompetenz führt, die unter anderem wiederum in der Anwendung sichtbar wird. Gerade die der Pflegeprofession zugewiesenen Merkmale verlangen professionelles Handeln in einem interdisziplinären Team und psychische und physische Stabilität. Das erst nach Jahren erworbene ExpertInnenwissen erfordert breite Entwicklungs- und Begleitmaßnahmen aber auch das Selbstverständnis jedes Einzelnen sich weiter zu entfalten. Die Forderungen der Politik und des Gesundheitssystems für eine adäquate pflegerische und gesundheitsfördernde Betreuung sind durch Ziele dargestellt und in betreffenden Gesetzen normiert. Dem zu Grunde liegen

die demographischen Entwicklungen, wie Geburtenrückgänge, Überalterungen oder Chronifizierung der Krankheitsbilder, spezielle und alternative Betreuungsformen, technische/ medizinische/ pflegerische Reformen und dadurch bedingte neue Berufsbilder, ethische Forderungen, mündigere BürgerInnen und geringe finanzielle Ressourcen. Der wissenschaftliche Einzug in der Pflege und neue pädagogische Erfahrungen führten zu didaktischen Anpassungen in der Ausbildung als auch der Arbeitsfelder und -organisation in der Praxis. Große Gewichtung kommt der Kommunikation und Gesprächsführung zu, da am Informations- und Beratungssektor erhöhter Bedarf besteht. Die Pflegepersonen müssen diesen Anforderungen als tragende Berufsgruppe standhalten und Strategien schaffen.

Beurteilung informeller Kompetenzentwicklung

Die Beurteilung und Bewertung von informell erworbener Kompetenz ist für Führungskräfte ein wichtiges aber noch nicht ausgereiftes Instrument. Obwohl Kompetenz nicht messbar ist und sich im berechenbaren Tun ausdrückt, bürgerten sich Kompetenzzuschreibungen ein, wie Fach-, Methoden-, Lern-, Sozial- und Personalkompetenz. Diese Zuordnung ermöglicht es die Erkenntnisse zu validieren und formalen Resultaten zuzuordnen, um Zertifikatausstellungen und Abgeltungen möglich zu machen. EU-weit sind Entwicklungen dahingehend ausgerichtet, durch einen einheitlichen Qualifikationsrahmen, informell erworbene Kompetenzen zu bewerten und zu messen. Das Fehlen von Forschungsergebnissen über die Auswirkung zwischen formalem und informellem Bildungsbezug, Macht- ausübung und Ungleichheit erschweren aber die Akzeptanz und Praktikabilität dieser Methoden. Etabliert hat sich bereits ein EU-weit anerkanntes Credit-System am Hochschulsektor, Bildungspässe und Punkte nach Fortbildungsbesuchen. Die KAGes bedient sich der Instrumente von Personalentwicklungsstrategien abgeleitet den Instituts- und Pflegeleitbildern um Kompetenz zu beurteilen. Durch Evaluierungsmaßnahmen dieser Werkzeuge lassen sich messbare Daten zur erforderlichen Weiterentwicklung ableiten als kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Outputs wie Be-

schwererückgänge, Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und PatientInnen, Senkung von Krankenstandstagen, Kosten und Fluktuationen belegen den Erfolg.

Motivatoren und Modelle informeller Kompetenzentwicklung

Ein mündiger, erfahrener, reifer Mensch hat die Fähigkeit, Umsetzungsmaßnahmen zu entwickeln, eigenverantwortlich zu handeln und sein Unterbewusstsein zu kontrollieren, jedoch ständig beeinflusst durch die jeweilige Ausprägung des Menschenbildes, Personenmerkmale, Grad der Bedürfnisbefriedigung, Unvereinbarkeiten von Lebensstilen und Beruf und den dominierenden Anreizsystemen. Auch berufliche Sozialisierungsprozesse und externe Einflüsse ändern Motivation, Denk- und Orientierungsmuster. Ein Tätigwerden wird weiters bestimmt durch die vorherrschende Situation, den Aufgabenbereich und den Handlungsbefugnissen.

Zusammengefasst beruht der Akt der Ausführung auf den Größen, Information, Motivation, Aktion und Emotion, wobei die Motivation durch innere und äußere Antriebe ausgelöst wird. Bei gleicher Gewichtung beider Auslöser überwiegt jedoch der intrinsische Trieb, gestärkt durch Information, Selbstkontrolle und Teamintegration, geschwächt durch Kritik, Kontrolle oder Vorgaben. Das Unterbewusstsein und somit die innere Willenskraft zur Selbststeuerung kann durch den Einsatz von somatischen Markern zusätzlich intensiviert werden mittels stark emotionsbehafteten, positiv formulierten Identitätszielen, bezogen auf Haltung und Handlung, die Freude, Interesse, Neugier und Bedürfnis fördern und ihre Wirksamkeit oft ein Leben lang nicht verlieren.

60-80% der Kenntnisse werden informell am Arbeitsplatz erworben, daher ist die Vernetzung mit formalem Erkenntnisgewinn anzustreben. Diverse arbeitsplatznahe zum Teil beforschte Lernmodelle erweisen sich dahingehend als sinnvolle Unterstützung des nur bedingt beeinflussbaren Systems der Handlung, und auch Studienergebnisse dokumentieren den ein-

deutigen Wunsch der MitarbeiterInnen zum Einsatz dieser Methoden. Denkbar geeignete Instrumente wären Training on/ near the Job, Pair-Programming, Mentoring, Jobrotation oder E-learning, mit dem Output der Produktivitätssteigerung, Erhöhung der Selbstqualifikation/ Kompetenz und Arbeitsoptimierung durch Erfahrungsaustausch, mit offener und wertschätzender Kommunikationskultur, neuer Ideenfindung, Entwicklung von Strategien in der Ziel- und Entscheidungsfindung, Kreativitäts- und Flexibilitätsteigerung und Arbeitszufriedenheit.

Weitere Lernmethoden sind institutionelle Fortbildungsangebote, deren Bedarf zuvor erhoben wird. Formative und summative Evaluierungsergebnisse dienen wiederum der Planung und Vorhaltung.

Hindernisse zur informellen Kompetenzentwicklung

Abgeleitet den Determinanten wird hier bereits der SOLL-Zustand beschrieben.

Die Bereitstellung oben angeführter Motivatoren, deren Bedarfseinschätzung, Realisierung und Umsetzung ist Aufgabe der Führung, dazu muss sich eine Institution jedoch selbst ständig weiterentwickeln. Definierte Normen, Konzepte zur Bildung und deren Auswertung und das Verständnis von Kompetenz zählen neben den Strategien zum Wandel zu den wichtigsten Maßnahmen im Betrieb. Um erfolgreich zu sein müssen nicht Stabilität, Ordnung und Prozesse gefördert werden, sondern Beseitigung von „Chaos“ und Kompetenzentwicklung der Einzelnen. In Folge muss sich das Unternehmen ständig dem Sollzustand ausrichten und wiederkehrend reorganisieren zu Gunsten einer zufriedeneren Beschäftigung der Bediensteten mit höherer Handlungs- und Entscheidungsbefugnis. Dazu bedarf es aber horizontaler und vertikaler Aufgabenerweiterungen und einer Führungskraft im Tragen der Mitverantwortung, Unterstützung und Entwicklung neuer Verhaltensmuster. Die vorherrschende Kultur und Aktivitäten bezeugen den Stellenwert der Kompetenzentwicklung einer Organisation. Allen voran dient die ständige Reflexion und Vorbildfunktion der

Vorgesetzten dem sogenannten Modelllernen (Nachahmungsverhalten), demokratische Führungsstile steigern die Zufriedenheit und geben Ansporn zu höherer Leistung. Ergebnissen zur Folge zeigen Arbeitsumgebungsqualität, adäquate Personalbesetzung und Bildungsniveaus niedrigere PatientInnenkomplikationen und Burnout bei Mitarbeiterinnen und höhere Arbeitszufriedenheit.

Die Personalentwicklung zählt zu den strategischen Zielen der oberen Führungsebene und bezieht sich auf den Einzelnen, aber auch auf Team- und Organisationsentwicklungen. Voraussetzungen sind vorhandenes Leistungsvermögen erhoben durch Bedarfsanalysen, angepasste Organisationsstrukturen und Steuerungsinstrumente und Lernbereitschaft. PE soll eine Partizipation der Bediensteten erwirken durch Mitbestimmung und Übernahme von mehr Verantwortung und bedient sich seiner Ressourcen. Teil der PE ist die Informationskompetenz der Führungskräfte für die Beschaffung, Gestaltung, Weitergabe und Bewältigung von Informationen als Hol- und Bringschuld. Eine transparente Informationspolitik führt zu mehr Akzeptanz. Eine weitere Ressource ist das Wissen und dessen Weitergabe zum kollektiven Gedächtnis. Wissen ist das Besitztum der Bediensteten und wichtigster Bestand im Einsatzgebiet, deswegen ist es Aufgabe der Führung, selbstorganisierte Handlungen zu forcieren und determinierende Faktoren auszuschalten, damit Leistung der Organisation zurückfließt um den Erfolg zu sichern. Voraussetzung ist die Analyse des Wissensniveaus, der Wissensnutzung und Wissensdauer zur Zieldefinition, Schaffen von Anreizsystemen, eine offene Fehler-, Konflikt- und Kommunikationskultur und die Einschätzung des Reifegrades der Bereiche Technik, Organisation und Mensch.

Als problematisch erweisen sich bürokratische Unklarheiten der Kompetenzzuschreibung, horizontal und vertikal ausgerichtete Machtverhältnisse im interdisziplinären Team, eingebürgerte Rituale, erschwerte Zugänge zu Fort- und Weiterbildungen, unzureichende Wissensweitergaben, nicht angepasste monetäre Abgeltungen und durch Abwanderung verursachte finanzielle Einbußen.

Die Vermeidung von Demotivationsfaktoren durch Ermöglichung breiter Handlungsspielräume nimmt die MitarbeiterInnen aber auch in die Ver-

antwortung des Wollens und Könnens. Hinzu kommt die Zuweisung von Kompetenz durch definierte Aufgabenbeschreibungen und deren verpflichtende Erfüllung, betont durch gesetzliche Verankerungen und institutionelle Sanktionen. Das berufliche Selbstverständnis entwickelt sich erst aus der Kompetenz zu Selbstsicht, aber auch über die Medien verbreitete Äußerungen. Durch die Formulierung von Kompetenzprofilen entsteht ein Verständnis zur Bildung und somit auch ein Anspruch und die Verpflichtung zur Weiterentwicklung. Die Eigenschaft, sich Wissen eigenständig anzueignen, wird am zukünftigen Arbeitsmarkt als Pflicht angesehen werden und zählt zu den fundamentalen Inhalten im Gesundheitssystem.

In der Literatur beschriebene und aus den Inhalten der Arbeit abgeleitete zum Teil noch wenig erforschte Themen oder Anregungen dienen der Weiterverfolgung und sollen Stoff zum Meinungsaustausch bieten. Der nächste Absatz nimmt dazu exemplarischen Bezug.

Diskussion

Die Anerkennung informeller Bildung würde Zertifikatausstellungen und Abgeltungen möglich machen und Akzeptanz bewirken. Neue Tendenzen am informellen Bildungssektor versuchen bereits durch geplante Zielsetzung das Outcome und die Prozessabläufe zu messen, um die Qualität zu sichern. Es fehlen aber noch wie oben erwähnt Analysen der Forschung zur Erhebung der Kompetenz durch informelle Bildung, Auswirkungen zwischen formaler und informeller Entwicklung in Bezug auf Kompetenz, fachlich als auch sozial, die Folgen der „Machtausübung“ und „Ungleichheit“ und informeller Wissenserweiterung durch neue Medien. Forschungsthemen wären aber auch Erkenntnisse zu lernrelevanten, determinierenden Arbeitsbedingungen im Unternehmen, wie der Unternehmenskultur, Strukturen oder Entwicklungen. (vgl. Colley et al. 2003, S. 66 f./ Franke 2002, S. 38f./ Livingstone 2001, o. S. zit. n. Zürcher 2007, S. 45).

Benner stellt fest, dass Pflegekräfte auf Grund ihrer Erfahrungen höheren Kompetenzstufen zuzuordnen sind und somit komplexe, pflegerische Handlungssituationen intuitiv erfassen, resp. schneller und effektiver handeln. Durch die vorherrschende Qualität bei Interaktionen vermutet Schulze (vgl. 2000, S. 264f. zit. n. Saure 2011, s. 33), einen entscheidenden Zusammenhang von sozialer und persönlicher Kompetenz (psychosoziale Kompetenzförderung). Eine Analyse von sechs Expertenstandards (DNQP) erkannte die Wichtigkeit von Kompetenz in Bezug zur Pflegequalität (vgl. Schiemann/ Moers 2002, S. 205 zit. n. Saure 2011, S. 33). Mittels wissenschaftlicher Methoden müssten vermehrt Kompetenzprofile erstellt werden, um besser zu differenzieren und ein Erforschen zu ermöglichen für künftige Bildungsreformen. Durch die Formulierung von Kompetenzprofilen entsteht ein Verständnis zur Bildung und somit auch ein Anspruch und die Verpflichtung zur Weiterentwicklung. Auf unterschiedlichen Abteilungsebenen könnten so bestimmte Inhalte definiert werden in Form von z.B. ethischen Werthaltungen, Kommunikations- und Kooperationsregeln oder auch Vorgaben und Normen zur Konfliktbewältigung. Die Ausweisung von Kompetenzprofilen im Leitbild dient der Wertschätzung und dem hohen Stellenwert zum Thema Bildung eines Unternehmens gegenüber seinen MitarbeiterInnen (vgl. Olbrich 2009, o. S.).

Das berufliche Selbstverständnis einer pflegerischen Kompetenz von Seiten der inneren Ansicht divergiert noch stark mit der äußeren Charakterzuschreibung. Seidl et al. unterstreichen die Notwendigkeit der Pflegenden, sich mit der Geschichte der Krankenpflege auseinanderzusetzen, um das Verständnis persönlich und medial besser zu vertreten (vgl. Stöhr/ Trumpeter 2006, S. 12). Sowohl das Verständnis von Pflege als auch das berufliche Selbstverständnis haben sich gewandelt. Der Pflegebedarf ist einer komplexen Pflegesituation anzupassen und nicht mehr als eine ärztliche Assistenz zu sehen, oder nach ärztlichen Anordnungen auszurichten (vgl. Robert Bosch Stiftung 2001, S. 11).

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse müssen transparent und vorstellbar sein. Die Qualität der SpezialistInnen muss vorherrschen, die Umsetzung

des Gelernten in der Praxis einfordert und Verantwortung durch speziell ausgebildete Personen übernommen werden.

Die Stärken und Schwächen älterer MitarbeiterInnen müssen erkannt und unterstützt werden. Kritisch wird es, wenn Erfahrungswissen verloren geht. Thematisiert werden muss deshalb der Umgang mit ausscheidenden MitarbeiterInnen, denn Erfahrungswissen zu transferieren bedeutet Vorhaltung von zeitlichen Ressourcen (vgl. Schilcher 2009, S. 347 zit. n. Schuschitz 2011, S. 28).

Potentiale von Mitarbeitern könnten für Fortbildungen genutzt werden zur Vermeidung von Zukäufen. Jedoch müssen essentielle Investitionen mit hohem Wirkungsgrad in Kauf genommen werden, bei z.B. vermehrten Beschwerden bezüglich unfreundlichen Umgangs. Das Kommunikationsverhalten muss unter Beobachtung stehen.

Mit dem Instrument der Personalentwicklung wird das Bewusstsein zur Bildung übermittelt, aber auch der Anspruch auf Entwicklung eingefordert und ist somit Aufgabe des Unternehmens. Für ArbeitnehmerInnen bedeutet diese Verantwortung, die zunehmende Akzeptanz sowohl Zeit als auch Geld einzusetzen, um das persönliche Leistungsvermögen zu erhalten resp. zu verbessern und Bildungsmaßnahmen/ -angebote als Bereicherung zu sehen (vgl. Picado/ Unkelbach 2001, S. 29).

Lernen ist die Ausprägung von impliziter und expliziter Wahrnehmung von bestimmten Reizen und Eindrücken. In den meisten Krankenanstalten sind medizinische Aufgabenbereiche groß ausgewiesen, die Pflege an sich nimmt dort meist keinen oder nur wenig Platz ein, sie vermittelt keine Eindrücke, weder für Besucher noch für die dort arbeiteten Menschen (vgl. Olbrich 2009, o. S.). Statt lapidarer Bilder könnten Pflgetheorien, Leitbilder oder wissenschaftliche Aussagen die Wände der Gänge, Aufenthaltsräume und Zimmer behübschen. Besucher erfahren dadurch Einblicke in pflegerischem Tun, für alle Berufsbilder in einer Pflegeeinrichtung wäre dies ein Anstoß zur Motivation oder Vernetzung. Das Positive kann aber

auch mit kinästhetischen Abbildungen in Form von Postern oder Bilder auf den Gängen und in den Krankenzimmern hervorgerufen werden (positive somatische Marker).

Der Bedürfnispyramide entsprechend leisten Unternehmen Befriedigung der physiologischen und sicherheitsbezogenen Begehren in Form von Gehälter oder Sozialleistungen. Was meist fehlt sind Führungskräfte mit konzeptionellen Ansätzen zur Aktivierung höherer Bestreben und das Verständnis der jeweiligen Menschenbilder mit den individuellen Zugängen zur Motivation. (vgl. Hoffberger 2010/ 2011, S. 197-203). Bei der Aufgabenstellung sollten deshalb individuelle Bonussysteme miteinfließen.

Die offenen Fragen lassen erkennen, dass die Anerkennung informeller Kompetenzentwicklung noch in den Kinderschuhen steckt, obwohl der Großteil der Erkenntnis daraus gewonnen wird. Gerade die pflegerische Profession benötigt jahrelange Erfahrung, um als ExpertInnen zu urgieren. Dazu muss es vorab aber zu einer Reformierung der primären Bildungsmethoden kommen und auch die Selbst- und Fremdsicht der Pflegenden gestärkt werden. Die Verantwortung zur Entwicklungsgestaltung, das Erkennen der Potentiale und den Mut zur Veränderung obliegen den Führungskräften und deren Strategien. Die Verantwortung der eigenen Entwicklung ist den Pflegenden vorbehalten.

Mich persönlich prägten die einfachen und doch so aussagekräftigen Worte „**ich will**“ durch Sprenger (2007, o. S.).

Literaturverzeichnis

Akademie der Ärzte (2012): DFP - Verordnung über ärztliche Fortbildung. In: <http://www.arztakademie.at/diplom-fortbildungs-programm/verordnung-ueber-aerztliche-fortbildung/#c2129> [20.10.2012].

Amtmann, G. (2012): Vorlesungsskriptum „Personalentwicklung, Personalmanagement“. Uni for life, Graz.

Ausserhofer, D. (2012): „RN4CAST – Schweizer Ergebnisse der weltweit größten Outcome-Studie in der Pflege“. In: Pflegenetz Das Magazin für die Pflege, H. 02/12, S. 4-7.

Ballod, M. (2011): Informationen und Wissen im Griff Effektiv informieren und effizient kommunizieren. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co. KG.

Brücklmeier, N./ Jenkel, D./ Meier, J. (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: Universität Regensburg (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: <http://www-campus.uni-r.de/edu2/images/stories/broschuere.pdf>. [19.08.2012].

Bretthauer, M. (2004): Erwachsenenbildung und Schlüsselqualifikationen am Beispiel der Krankenpflege. Studienarbeit, Dokument Nr. V29162: GRIN Verlag für akademische Texte.

Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele Relevanz. Handlungsoptionen. Anschlüsse. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

Caspari, F./ Knaack, N./ Neblich, T. (2012). Die Bedeutung von Information und Kommunikation für Patienten. In: Hauke, E./ Holzer, E./ Offermans, G. (Hrsg.) (2012): Patientenperspektive Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. 1. Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Das Gesundheitsunternehmen der Steiermark (2012). In:
<http://www.kages.at/cms/ziel/2283216/DE/> [17.11.2012].

Dietrich, A. (2008). Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR) und dessen Umsetzung auf nationaler Ebene. In:
http://tudresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/erzw/erzwibp/eb/tagungen/tpt5_redebeitraege/4Dietrich_EQR.pdf [12.11.2012].

Dohmen, G. (2002): Lebenslang lernen – und wo bleibt die „Bildung“? In: Nuissl, E./ Siebert, H/ Schiersmann, C. (Hrsg.) (2002): Kompetenzentwicklung statt Bildungsziele? REPORT 49/2002, DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. In:
http://deposit.ddb.de/ep/netpub/66/36/18/969183666/_data_deli/_deli_standard_2002_12_15/nuissl02_02.pdf#page=28 S. 8-14. [02.09.2012].

Duden (2012): Deutsche Rechtschreibung. In:
<http://www.duden.de/suchen/dudenonline/competentia> [01.12.2012].

Duden (2012): Deutsche Rechtschreibung. In:
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Performanz> [01.12.2012].

Duden (2012): Deutsche Rechtschreibung. In:
<http://www.duden.de/rechtschreibung/Pflege> [03.11.2012].

Ebisch, A./ Huber, G./ Paetz, N. (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: Universität Regensburg (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: <http://www-campus.uni-r.de/edu2/images/stories/broschuere.pdf>. [19.08.2012].

Erpenbeck, J. (2002): Kompetenz und Performanz im Bild moderner Selbstorganisationstheorie. In:
http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/erpenbeck_03_4_2002.pdf [13.08.2012].

Europäische Gemeinschaften (2008): Der Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR). Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften.

Evans, M./ Scharfenorth, K. (2008). „Abschied von der Insel“: Herausforderungen und Gestaltungsfelder des Personalmanagements in der Gesundheitswirtschaft. In: Matzick, S. (Hrsg.) (2008). Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Feuchtinger, J. (2010): Das „Magnetkrankenhaus“ eine Perspektive für die Pflege? In: http://www.uni-duesseldorf.de/Intensivpflege/seiten/abstract_2010/feuchtinger.pdf [02.11.2012].

Frohner, U. (2011): „Diese Berufsgruppe kann sehr viel!“. In: *procare*, B. 16, H. 4, S. a6-a10.

Gerhards, S./ Trauner, B. (2010): Wissensmanagement: 7 Bausteine für die Umsetzung in der Praxis. 4. Aufl.; München: Carl Hanser Verlag.

Gerstenberger, R./ Plogmann, S./ Stanat, T./ Willand, S./ Zülz, C. (o. J.): Motivation und Motivationstheorien. In:
<http://www.plogmann.net/f/50/file.pdf> [09.12.2012].

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2011): Kompetenzmodell für Pflegeberufe in Österreich. Wien: Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband Steiermark.

Glembotzky, U. (2011): Kompetenzentwicklung im betrieblichen Kontext – durch die Implementierung von Pair Programming als Form lern- und kompetenzförderlicher Arbeit. Dokument Nr. V171305, Universität Hagen: Grin Verlag für akademische Texte.

Gratzer, A. (2006): Ist die Pflegeausbildung noch zeitgemäß? Graz: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark

Günther, F. (2011). „Job Rotation“. Mögliche Vor- und Nachteile für Pflegepersonen im Krankenhaus. Graz: Karl Franzens Universität.

Heckhausen, H./ Heckhausen, J. (Hrsg.) (2010): Motivation und Handeln. 4. Aufl., Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag GmbH.

Heisenberger, T. (2007). Evaluation innerbetrieblicher Lernprozesse in Theorie und Praxis. In: <http://it.fh-burgenland.at/fileadmin/Download/bibliothek/diplomarbeiten/AC06004963.pdf> [26.11.2012].

Herzig-Walch, G. (2009): Kommunikation in der Pflege. Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonen. Kassel: university press GmbH.

Hinghofer-Szalkay, I. M.; Wiltsche W. (2006): Traditionelle und alternative Mentoring-Modelle für die professionelle Pflege (MMP). In: PrInterNet, Jg. 10/06, S. 17.

Hoffberger, M. (2010/2011): Vorlesungsskriptum „Ansätze und Theorien des Führens“, Uni for life, Graz.

Hauke, E./ Holzer, E./ Offermans, G. (Hrsg.) (2012): Patientenperspektive Ein neuer Ansatz für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. 1. Aufl., Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Kirchtag, R./ Lassnigg, L./ Vogtenhuber, S. (2008): Lebenslanges Lernen in Österreich Ausgaben und Entwicklung der Beteiligungsstruktur. In: <http://wien.arbeiterkammer.at/bilder/d93/StudieLebenslangesLernen.pdf> [15.10.2012].

Kniephoff, P./ Stelzl, M./ Vogel, U. (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: Universität Regensburg (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: <http://www-campus.uni-r.de/edu2/images/stories/broschuere.pdf>. [19.08.2012].

Lachmayr, N./ Löffler, R. (2012): Endbericht zur Impact-Analyse für Österreich. In: http://www.adam-europe.eu/prj/6584/prd/1/2/Impact_analysis_AT_final.pdf [17.11.2012].

Leu, H.R./ Lingenauber, S./ Mack, W./ Schilling M./ Schneider, K./ Züchner, I. (2004): Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalter. In: Bundesministerium für Bildung und Forschung, Bildungsform Band 6 (Hrsg.) (2004): Konzeptionelle Grundlagen für einen Nationalen Bildungsbericht – Non-formale und informelle Bildung im Kindes- und Jugendalter: In: http://www.akjstat.tu-dortmund.de/fileadmin/Weiterfuehrende_Links/nonformale_und_informelle_bildung_kindes_u_jugendalter.pdf [10.02.2013].

Lipusch, A. M. (2010): Fort- und Weiterbildung in der Pflege: gesetzliche Pflichterfüllung oder wesentlicher Indikator der Arbeitszufriedenheit?. In: https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=18534&pOrgNr=1 [14.03.2012].

Magazin erwachsenenbildung.at Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs (Hrsg.) (2012): Globales Lernen. In: <http://erwachsenenbildung.at/magazin/12-16/meb12-16.pdf> [13.08.2012].

Matzick, S. (Hrsg.) (2008). Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Matolycz, E. (2011): Unklare Verhältnisse. Zur Frage nach der Macht im professionellen Umfeld der Pflege. In: Pflegenetz Das Magazin für die Pflege. O. Jg., H. 3, S. 4ff.

Mitschke, R./ Wick, A. (2012): Globales Lernen als Kriterium für Erwachsenenbildung und Personalentwicklung in Unternehmen. In: Magazin erwachsenenbildung.at Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs (Hrsg.) (2012): Globales Lernen. In: <http://erwachsenenbildung.at/magazin/12-16/meb12-16.pdf> [13.08.2012].

Mühlbacher, A./ Pflügel R. Qualifizierung in der Gesundheitswirtschaft: Management in der Berufspraxis. In: Matzick, Siegrid (Hrsg.) (2008). Qualifizierung in den Gesundheitsberufen. Herausforderungen und Perspektiven für die wissenschaftliche Weiterbildung. Weinheim und München: Juventa Verlag

Nuissl, E./ Siebert, H/ Schiersmann, C. (Hrsg.) (2002): Kompetenzentwicklung statt Bildungsziele? REPORT 49/2002, DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. In: http://deposit.ddb.de/ep/netpub/66/36/18/969183666/_data_deli/_deli_standard_2002_12_15/nuissl02_02.pdf#page=28 [02.09.2012].

Olbrich, C. (2009): Pflegekompetenz. 2. Aufl., Bern: Hans Huber Verlag. [e-book].

Orschnig, N. (2012): „Akademisierung der Pflege in Österreich“. In: Österreichische Pflegezeitschrift Zeitschrift des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes, 65 Jg., Nr. 5, S. 20-23.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband; Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2010): ICN Ethikkodex für Pflegende. In: <http://www.dbfk.de/download/download/10091DBfK-ICN-Ethik-E04kl-web.pdf> [17.03.2012].

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (2012): Kriterien für die Vergabe von Fortbildungspunkten. In: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/ARGE-FB-Bepunktung/Brosch%FCre_09092009.pdf., http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Fortbildungskriterien/Fortbildungskriterien_OEGKV.pdf. [06.08.2012]

Picado, M./ Unkelbach, O. (2001): Innerbetriebliche Fortbildung in der Pflege. 1. Aufl., Bern·Göttingen·Toronto·Seattle:Verlag Hans Huber.

Prior, N./ Roppelt, L./ Schweiger, M./ Stöferle, F. (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: Universität Regensburg (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In: <http://www-campus.uni-r.de/edu2/images/stories/broschuere.pdf>. [19.08.2012]

Rappold, E. (2011): Kompetenz – anstatt Tätigkeitsorientierung Wie sieht ein zukünftiger Skill– und Grade – Mix im Pflegebereich aus?. In: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/wende_rappold_vortrag.pdf. [06.08.2012].

Rechtsinformationssystem (2009): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG).

In:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [17.03.2012]

Rheinland-Pfalz Pädagogische Serviceeinrichtungen (Hrsg.), (2005):

„Kurz- und mittelfristige Fortbildungsplanung“. In: <http://lmz.bildung-rp.de/uploads/media/Fortbildungsplanung.pdf> [05.07.2012].

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (2001): Pflege neu denken Zur Zukunft der Pflegeausbildung. In: [http://www.bosch-stiftung](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf)

[de/content/language1/downloads/Sonderdruck Pflege neu denken.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Sonderdruck_Pflege_neu_denken.pdf). [06.08.2012].

Saure, W. (2011): Fortbildung Professionalisierung Qualitätssicherung. Die «Freiwillige Registrierung» als Marketinginstrument für Pflegeeinrichtungen. Hamburg: Diplomica Verlag GmbH.

Schank, B. (2006): Lernen am Arbeitsplatz in der Gesundheits- und Krankenpflege: Möglichkeiten und Umsetzung – im Besonderen am Beispiel Lernwerkstatt. Studienarbeit, Dokument Nr. V55367, Esslingen: GRIN Verlag für akademische Texte.

Schmitt, I. (2008): Personalbereitstellung unter besonderer Berücksichtigung der demographischen Entwicklung. 1. Aufl., Leipzig: IGEL Verlag GmbH.

Schuschnitz, S. (2011): Wissen erfolgreich managen. Unter besonderer Berücksichtigung der Wissensbausteine „Wissensidentifikation“ und „–(ver)teilung“. In: Uneth-

[tps://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=27295&pOrgNr=1](https://online.medunigraz.at/mug_online/wbAbs.showThesis?pThesisNr=27295&pOrgNr=1). [18.03.2012].

Sprenger, R. (2007). Das Prinzip der Selbstverantwortung. Frankfurt/ New York: Campus Verlag GmbH. [e-book].

Stangl, W. (2012): Lernmotive und Lernmotivation. In:
<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MOTIVATION/Lernmotivation.shtml>.
[06.08.2012].

Steurer, D. (2011). Die Mitbeteiligung und die Motivation der Mitarbeiter/innen als kritische Erfolgsfaktoren im Change Management in der Expertenorganisation Krankenhaus. Krems: Department für Klinische Medizin und Biotechnologie Fachbereich Pflegewissenschaft.

Stöhr, M./ Trumpetter, N. (2006): Berufliches Selbstverständnis entwickeln und lernen, berufliche Anforderungen zu bewältigen. 1. Aufl., München: Urban & Fischer Verlag.

Storch, M. o.J: Hausaufgaben! Oder lieber nicht? In:
<http://www.majastorch.de/download/Hausaufgaben.pdf>. [06.08.2012].

Temmel, A. (2012). Health at work. Eine qualitative Untersuchung zur Zufriedenheit des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals mit Maßnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung im Spitalsverbund Judenburg/ Knittelfeld. Feldkirchen: Fachhochschule Feldkirchen.

Thiel, C. (2007): Der situative Ansatz in der Pflegeausbildung. 1. Aufl., Norderstedt: GRIN Verlag.

Tintor, M. (2006): Wissenschaftliche Fachsprache am Beispiel der Begriffe "Kompetenz» und «Qualifikation». 1. Aufl., Norstedt GRIN Verlag für akademische Texte.

Tippelt, R. (2002): Qualifizierungsoffensive oder Bildungsziele? In: Nuisl, E./ Siebert, H/ Schiersmann, C. (Hrsg.) (2002): Kompetenzentwicklung statt Bildungsziele? REPORT 49/2002, DIE Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. In:
http://deposit.ddb.de/ep/netpub/66/36/18/969183666/_data_deli/_deli_standard_2002_12_15/nuissl02_02.pdf#page=28 S. 8-14 [03.09.2012].

Universität Regensburg (2007): Informelles Lernen am Arbeitsplatz. In:
<http://www-campus.uni-r.de/edu2/images/stories/broschuere.pdf>.
[19.08.2012].

Wagner, M. (2006): Bestimmung des Fortbildungsbedarfes in der Pflege. 1. Aufl., Norderstedt: GRIN Verlag für akademische Texte.

Wikipedia Die freie Enzyklopädie (2012). In:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Mentoring> [26.12.2012].

Zürcher, R. (2007): Materialien zur Erwachsenenbildung Informelles Lernen und der Erwerb von Kompetenzen Theoretische, didaktische und politische Aspekte. In:
http://erwachsenenbildung.at/downloads/service/nr2_2007_informelles_lernen.pdf [04.08.2012].

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Qualifikation versus Kompetenz..... | 16 |
| Abbildung 2: Kompetenztypologie..... | 36 |
| Abbildung 3: Funktionen und Aufgaben der Evaluation von Personalent- wicklung..... | 46 |
| Abbildung 4: Bestimmungsfaktoren des Verhaltens..... | 54 |
| Abbildung 5: Der Rubikon Prozess..... | 60 |

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die angewandten Quellen als solche kenntlich gemacht habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____