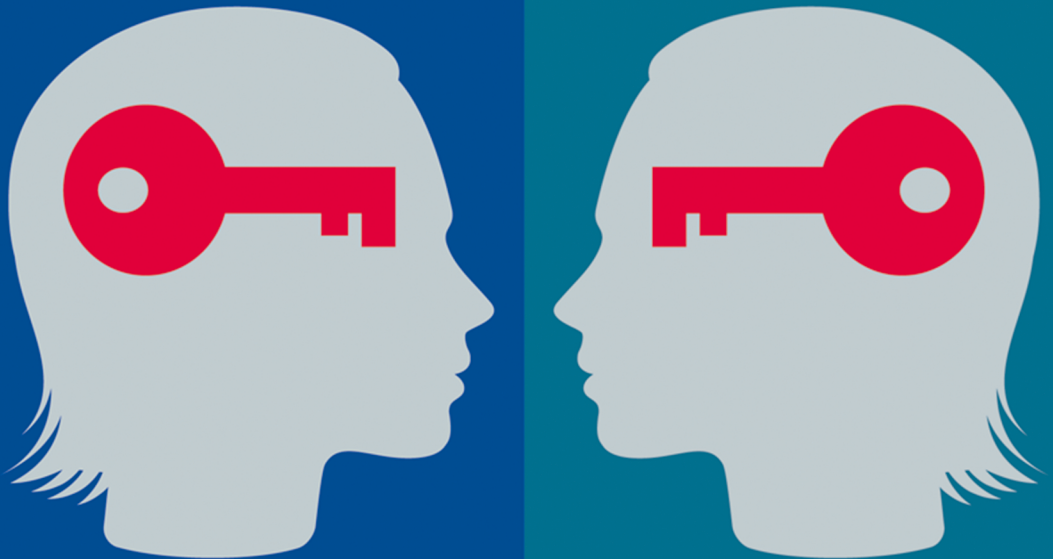


Ulrike Höhmann, Oliver Lauxen,
Laura Schwarz (Hrsg.)

Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken

Arbeitsprozessintegrierte
Kompetenzentwicklung in der Pflege



Mabuse-Verlag

Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken

Ulrike Höhmann, Univ.-Prof., Dr. rer. medic., M.A. Soziologie, Psychologie, Politikwissenschaften und Krankenschwester. Seit 2013 Lehrstuhl für multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen, Leitung des Studiengangs „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“ an der privaten Universität Witten/Herdecke. Sie ist Gründungsgeschäftsführerin des Hessischen Institutes für Pflegeforschung (HessIP), Frankfurt.

Oliver Lauxen, M.A. Pflegewissenschaft, Altenpfleger. Er ist seit 2010 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main, seit 2012 Bereichsleiter „Regionale Arbeitsmärkte“. Er war wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“.

Laura Schwarz, Dipl.-Päd., M.A. Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz. Sie ist seit 2018 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik und Kommunikation im Gesundheitswesen (IEKG) an der Universität Witten/Herdecke. Zuvor war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Forschungsprojekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“.

Ulrike Höhmann, Oliver Lauxen, Laura Schwarz (Hrsg.)

Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken

Arbeitsprozessintegrierte
Kompetenzentwicklung in der Pflege

Mabuse-Verlag
Frankfurt am Main



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter: <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren AutorInnen und zum Verlag finden Sie unter: www.mabuse-verlag.de.

Wenn Sie unseren Newsletter zu aktuellen Neuerscheinungen und anderen Neuigkeiten abonnieren möchten, schicken Sie einfach eine E-Mail mit dem Vermerk „Newsletter“ an: online@mabuse-verlag.de.

© 2018 Mabuse-Verlag GmbH
Kasseler Str. 1 a
60486 Frankfurt am Main
Tel.: 0 69 – 70 79 96 13
Fax: 0 69 – 70 41 52
verlag@mabuse-verlag.de
www.mabuse-verlag.de
www.facebook.com/mabuseverlag

Umschlaggestaltung: Marion Ullrich, Frankfurt am Main
Umschlagabbildung: © iStock.com/bubaone
Satz und Gestaltung: Walburga Fichtner, Köln
eISBN: 978-3-86321-463-0
ISBN: 978-3-86321-393-0
Alle Rechte vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	7
Abbildungsverzeichnis	8
1. Fachlicher Hintergrund und Ziele des AKiP-Projekts	9
<i>Christa Larsen, Yvonne Dintelmann, Inka Kinsberger, Thomas Rehbein & Ulrike Höhmann</i>	
2. Arbeitsprozessintegrierte Entwicklung von beruflicher Gestaltungskompetenz in der Pflege: Der theoretische Rahmen, ein Werkzeug für die Praxis und die Voraussetzungen des Gelingens	19
<i>Laura Schwarz & Ulrike Höhmann</i>	
Instrumente AKiP-RI	53
<i>– Reflexionsinstrument zur Selbststrukturierung während eines Innovationsprozesses – Leitfaden für Reflexionsgespräche</i>	
3. Methodische Umsetzung der Kompetenzentwicklung in den Praxiseinrichtungen	73
<i>Oliver Lauxen & Ulrike Höhmann</i>	

4. Aktivierung und Entwicklung beruflicher Gestaltungskompetenz in den Einrichtungen <i>Oliver Lauxen</i>	91
5. Empfehlungen aus der Praxis: Lernformate zur arbeitsprozessintegrierten Förderung einer reflective practice <i>Kerstin Hagmann, Jennyfer Adami-Burke, Andreas Schmidt, Mechthild Plümpe & Elke Schug</i>	147
6. Reflexionen über die partizipative Forschungs- und Entwicklungsarbeit zur „Arbeitsprozessintegrierten Kompetenzentwicklung“ <i>Ulrike Höhmann & Laura Schwarz</i>	197
Autorenverzeichnis	233

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektschritte im AKiP-Projekt	74
Tabelle 2: Auszug aus einer Auswertungsmatrix (Führungskräfte) zur Veranschaulichung	84
Tabelle 3: Altersstruktur der Führungskräfte im Sample	96
Tabelle 4: Dauer der Beschäftigung der beteiligten Führungskräfte	96
Tabelle 5: Pflegerischer Berufsabschluss der beteiligten Führungskräfte	97
Tabelle 6: Modell der Auswertungsmatrix (Führungskräfte) zur Veranschaulichung	102
Tabelle 7: Anzeichen für Kompetenzentwicklung bei Führungskräften (N=15) in den Passungsdimensionen	105
Tabelle 8: Anzeichen für Kompetenzentwicklung bei Führungskräften (N=15) nach Kategorien (relativ)	108
Tabelle 9: Anzeichen für Kompetenzentwicklung bei Führungskräften (N=15) nach Kategorien und Passungsdimensionen	111
Tabelle 10: Altersstruktur der Mitarbeiter im Sample	121
Tabelle 11: Pflegerischer Berufsabschluss der beteiligten Mitarbeiter	122
Tabelle 12: Vergangene Jahre seit Ausbildungsabschluss	122
Tabelle 13: Dauer der Beschäftigung der beteiligten Mitarbeiter	123
Tabelle 14: Modell der Auswertungsmatrix (Mitarbeiter) zur Veranschaulichung	127
Tabelle 15: Vier Gruppen nach Ausmaß der Kompetenzentwicklung	128
Tabelle 16: Anzeichen für Kompetenzentwicklung bei Mitarbeiter (N=40) nach Kategorien	131
Tabelle 17: Anzeichen für Kompetenzentwicklung bei Mitarbeiter (N=40) nach Kategorien und Subkategorien	134
Tabelle 18: Ausmaß der Kompetenzentwicklung nach Nutzung von Lernformaten	136
Tabelle 19: Ausmaß der Kompetenzentwicklung nach Altersklassen und Qualifikationsniveau	136
Tabelle 20: Ausmaß der Kompetenzentwicklung nach Dauer der Betriebszugehörigkeit	137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Idealtypische Phasen eines Innovationsprozesses nach Rogers 2003 (eigene Darstellung)	32
Abbildung 2: Anforderungs-Ressourcen-Modell (eigene Darstellung)	36
Abbildung 3: Ausmaß der Kompetenzentwicklung bei Führungskräften (eigene Darstellung)	104
Abbildung 4: Anzeichen für Kompetenzentwicklung bei Führungskräften nach Kategorien (eigene Darstellung)	106
Abbildung 5: Überblick über die Merkmalsausprägungen möglicher Einflussfaktoren auf die Kompetenzentwicklung bei Führungskräften (eigene Darstellung)	116
Abbildung 6: Anteil der Mitarbeiter nach Ausmaß der Kompetenzentwicklung (N=40) (eigene Darstellung)	129
Abbildung 7: Grafische Darstellung der Verteilung der „+“-Zeichen über die Kategorien und Subkategorien (eigene Darstellung)	130
Abbildung 8: Anteil der Reflexionsthemen in den vier Passungsdimensionen zu den drei Erhebungszeitpunkten (eigene Darstellung)	140
Abbildung 9: Die „Fabelhaften Fünf“ nach Kreyenberg (eigene Darstellung)	159
Abbildung 10: Das „Vier-Zimmer-Modell“ (eigene Darstellung)	195

1. Fachlicher Hintergrund und Ziele des AKiP-Projektes

*Christa Larsen, Yvonne Dintelmann, Inka Kinsberger,
Thomas Rehbein & Ulrike Höhmann*

Der vorliegende Sammelband dokumentiert die Ergebnisse aus dem Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP). Im Rahmen des dreijährigen Projekts wurde ein Konzept entwickelt und erprobt, das Führungskräfte und Mitarbeiter¹ in der Pflege dabei unterstützt, für einen konstruktiven Umgang mit Innovationsanforderungen arbeitsprozessintegriert bereits vorhandene Kompetenzen zu aktivieren und neue Kompetenzen zu entwickeln. Das Projekt wurde zwischen November 2014 und Dezember 2017 von einem Projektverbund, bestehend aus fünf Partnern, durchgeführt und durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Programms „Arbeiten – Lernen – Kompetenzen entwickeln“ gefördert. Die Projektpartner waren:

- Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK), Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main
- Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Lehrstuhl für „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen“
- Hochtaunus-Kliniken gGmbH
- Gesellschaft für diakonische Einrichtungen in Hessen und Nassau (GfdE), Altenzentrum an der Rosenhöhe
- Häusliche Kranken- und Seniorenpflege Thomas Rehbein

Einleitend werden zunächst der Projekthintergrund (Unterkapitel 1.1) und die Projektziele sowie die Projektpartner (Unterkapitel 1.2) beschrieben. Es folgt eine kurze Erläuterung der Gliederung des Sammelbandes (Unterkapitel 1.3).

1 Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird in diesem sowie in den folgenden Kapiteln ausschließlich die männliche Geschlechterform verwendet. Sie steht stellvertretend für alle Geschlechter.

1.1 Fachlicher Hintergrund

Die Auswirkungen des prognostizierten demografischen Wandels betreffen die Beschäftigten in der Pflege bereits heute in mehrfacher Weise. So nimmt die Zahl der alten und hochaltrigen Menschen, die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, seit Jahren kontinuierlich zu. Deutschlandweit ist laut öffentlicher Pflegestatistik die Zahl der Pflegeheimbewohner alleine zwischen 2013 und 2015 um knapp 20.000 gestiegen.² Von ambulanten Pflegediensten wurden im Jahr 2015 sogar etwa 76.000 Pflegebedürftige mehr versorgt als zwei Jahre zuvor.³ Im Krankenhausbereich sind die Fallzahlen laut öffentlicher Krankenhausstatistik im gleichen Zeitraum um ca. 450.000 gestiegen.⁴ Es ist zu erwarten, dass sich diese Entwicklungen in den kommenden Jahren fortsetzen.

Gleichzeitig erhöht sich durch die demografische Entwicklung nicht nur die quantitative Nachfrage nach Pflegekräften, sondern es steigen auch die qualitativen Anforderungen an die pflegerische Versorgung, denn die zu Pflegenden sind immer häufiger hochaltrig, multimorbid und dementiell erkrankt. Mit diesem sich stetig ausweitenden Bedarf an professioneller Pflege kann die Entwicklung des Angebots schon jetzt nicht mehr Stand halten. Denn auf der Ebene der Erwerbstätigen wirkt sich der demografische Wandel ebenfalls aus, z. B. durch rückläufige Absolventenzahlen der allgemeinbildenden Schulen. Vor diesem Hintergrund wird es immer schwieriger, ausreichend Auszubildende für die Pflegeberufe zu gewinnen und damit den Nachwuchsbedarf zu decken.⁵ Hinzu kommt, dass eine nicht unbeträchtliche Zahl der derzeit in der Pflege Beschäftigten schon bis zum Jahr 2025 altersbedingt aus dem Erwerbsleben ausscheiden wird.⁶ Diese beiden gegenläufigen Entwicklungen führen zukünftig voraussichtlich zu einem deutlichen quantitativen Fachkräftemangel, der insbesondere in urbanen Regionen Westdeutschlands und in den Einrich-

2 vgl. Statistisches Bundesamt 2017

3 vgl. Statistisches Bundesamt 2017

4 vgl. Statistisches Bundesamt 2016

5 vgl. Castello et al. 2017a; Lauxen et al. 2018

6 vgl. Castello et al. 2017a

tungen der Altenhilfe stark ausgeprägt sein wird und der bereits heute deutlich spürbar ist.⁷

Angesichts dieser ungünstigen Ausgangssituation für die Rekrutierung von Pflegepersonal fokussieren immer mehr Einrichtungen auf noch zu erschließende Personalressourcen innerhalb der eigenen Organisation. Umfangreiche (potentielle) Ressourcen lassen sich hier z. B. über eine Ausweitung der Wochenarbeitszeiten (ca. 69 % Teilzeitbeschäftigte in ambulanten Pflegediensten, ca. 63 % in Pflegeheimen⁸), eine zeitliche Verschiebung des altersbedingten Erwerbsaustritts, der in den Pflegeberufen in der Regel deutlich unter dem gesetzlichen Renteneintrittsalter liegt⁹, und eine Reduzierung der Unterbrechungszeiten im Erwerbsverlauf¹⁰ erschließen. Diese potentiellen Personalressourcen zu nutzen, erweist sich allerdings als sehr voraussetzungs- voll. Denn ihre bisherige Nichterschließung ist das Resultat von schwierigen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, von hoher Arbeitsverdichtung, wenig flexibler Arbeitsorganisation und von zunehmender psychischer und physischer Belastung, von Fremdbestimmung und Motivationsverlust in der Pflege.¹¹

Kaum zu beeinflussen erscheint eine weitere Begleiterscheinung des demografischen Wandels, nämlich die sich immer deutlicher zeigenden Finanzierungslücken im Pflege- und Gesundheitssystem. Die verfügbaren Mittel im Gesundheitssystem und in der Altenhilfe sollen von den Versorgungseinrichtungen möglichst effektiv und effizient eingesetzt werden, sind aber in den vergangenen Jahren nicht proportional zu den zunehmenden Bedarfen und Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufgestockt worden.¹² Dennoch soll unter diesen schlechteren Rahmenbedingungen weiterhin eine hochwertige pflegerische Versorgung gewährleistet werden.¹³ Über Expertenstandards, überbordende Qualitätsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, aber auch über formale Vorgaben von Trägern und Verbänden sowie über

7 vgl. Castello et al. 2017b; Lauxen & Castello 2016

8 vgl. Statistisches Bundesamt 2017

9 vgl. Castello et al. 2017a; IEGUS-WifOR-IAW 2017; Lauxen 2013; Lauxen 2018

10 vgl. Joost 2013

11 vgl. Höhmann 2013; Metzenrath et al. 2010

12 vgl. Güntert & Thiele 2008

13 vgl. Brandenburg & Calero 2009

die mediale Berichterstattung wird versucht, auf die qualitative Performance in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern einzuwirken. So entsteht eine Gemengelage aus Fachkräftemangel, Rekrutierungsproblemen, Ökonomisierungstendenzen, Qualitätsrichtlinien und -vorgaben, die für die Führungskräfte und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern Außenanforderungen darstellen, die sie bewältigen müssen und die sie unter hohen Innovationsdruck setzen. Sie stehen vor der Aufgabe, diese Anforderungen mit den eigenen, einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen in Beziehung zu setzen. Dabei gilt es, Passungen zwischen den äußeren Anforderungen und den internen Zielen und Möglichkeiten der Einrichtungen sowie dem fachlichen Berufsethos der Pflegenden herzustellen, um belastende Diskrepanzerfahrungen der Beschäftigten bei der Einführung von Innovationen zu minimieren. Um diese Prozesse erfolgreich zu gestalten, benötigen vor allem Führungskräfte, aber auch Mitarbeiter spezifische berufliche Kompetenzen.

Das vorherrschende Bild in der Praxis ist aber nach wie vor, dass Führungskräfte – die für ihre Mitarbeiter in der Regel den Handlungsrahmen vorgeben, den diese dann wiederum aktiv gestalten müssen – solche spezifischen Kompetenzen entweder nicht haben oder nicht nutzen. Oftmals gelingt es ihnen nicht, *externe Anforderungen*, die in der Regel auf einer ökonomischen Logik basieren, auf die einrichtungsspezifischen Rahmenbedingungen auszurichten und zu den professionseigenen, in der Regel stark wertbezogenen Qualitätszielen, in Beziehung zu setzen. Stattdessen folgen sie oftmals Routinen und geben Rationalisierungsanforderungen uninterpretiert und unhinterfragt top-down an die Beschäftigten weiter. Auf deren Handlungsebene führt der Zielkonflikt zwischen Wirtschaftlichkeitsanforderungen und dem eigenen Anspruch an Pflegequalität zu wiederkehrenden Diskrepanzerfahrungen und damit auf Dauer zu hohen Belastungen.¹⁴ In der Folge zeigen sich nicht selten mangelnde Motivation und abnehmende Identifikation mit der Einrichtung oder gar dem Pflegeberuf. Psychische Erkrankungen wie Burnout, aber auch körperliche Erkrankungen und Fluktuation können Konsequenzen sein¹⁵ und bisher brachliegende Beschäftigungsressourcen lassen sich immer weniger erschließen.

14 vgl. Lauxen, 2009

15 vgl. Höhmann 2008

Vor dem Hintergrund persistierender Rahmenbedingungen wird bisher zwar oftmals versucht, an der Kompetenzentwicklung der Beschäftigten anzusetzen. Allerdings stellt sich die Frage, warum die in Fort- und Weiterbildungen erworbenen Kompetenzen bisher zu keiner beobachtbaren Verbesserung der Lage in den Einrichtungen sowie zu einer Minimierung der Diskrepanzerfahrungen bei den Beschäftigten geführt haben. Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden zwar wichtige Kompetenzbereiche angesteuert, der Transfer des Gelernten in die Praxis gelingt unter den vorherrschenden Bedingungen jedoch nur sehr schwer.¹⁶ Die Ursache dafür ist, dass es fast immer den Beschäftigten selbst überlassen bleibt, die in den Fort- und Weiterbildungen erworbenen Kompetenzen in ihren Arbeitsalltag zu transferieren. Denn dies setzt wiederum weitere spezifische Kompetenzen voraus, die in den entsprechenden Fort- und Weiterbildungen kaum beachtet werden. Darüber hinaus verhindern nicht selten die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, die Arbeitsorganisation, Arbeitsprozesse und die in den Einrichtungen lebendigen Kulturen, dass theoretisch Gelerntes in der Praxis auch tatsächlich umgesetzt werden kann.¹⁷ Denn damit dies gelingen kann, muss eine kontinuierliche Aktivierung, Stabilisierung und Weiterentwicklung von Kompetenzen zur Gestaltung von Innovationsprozessen systematisch unterstützt werden.¹⁸

1.2 Ziele des Projekts und Projektpartner

An dieser Stelle setzte das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP) an: Drei miteinander verwobene Einflussgrößen wurden in den Blick genommen: erstens die Ebene der Führungskräfte, zweitens die Ebene der Mitarbeiter und drittens die der organisationalen Rahmenbedingungen bzw. der Arbeitsorganisation. Im Projekt wurde ein Konzept entwickelt, erprobt und sektorenspezifisch ausgerichtet, das eine in betriebliche Arbeitsprozesse integrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflegebranche im oben beschriebenen Sinne ermöglicht. Die für einen konstruktiven Umgang

16 vgl. Höhmann et al. 2010; Joost 2015

17 vgl. Joost 2015

18 vgl. Höhmann 2000

mit Innovationsanforderungen notwendigen beruflichen Kompetenzen sollten aktiviert und weiterentwickelt werden. Eine nachhaltige Sicherung dieser Prozesse wurde durch eine kontinuierliche Anpassung betrieblicher Rahmenbedingungen unterstützt.

Übergeordnete Zielsetzung des AKiP-Projektes war es, einen Beitrag zur Fachkräftesicherung sowie für eine Fachkräfteentwicklung und -bindung zu leisten, mit der den zukünftigen Herausforderungen des demografischen Wandels innerorganisatorisch besser begegnet werden kann. Durch die Aktivierung und Weiterentwicklung spezifischer beruflicher Kompetenzen von Führungskräften und Mitarbeitern in der Pflege sollte ein konstruktiverer und kreativerer Umgang mit hochkomplexen Herausforderungen im Pflegealltag erreicht werden, über den Diskrepanzerfahrungen und aus ihnen resultierende Belastungen bei den Beschäftigten reduziert und Arbeitszufriedenheit gesteigert werden kann. Im Idealfall wirkt sich dies auch nachhaltig positiv auf die Bindung der Pflegekräfte an ihr Berufsfeld und ihren Arbeitgeber aus. Die Kompetenzen, deren Aktivierung und Entwicklung das AKiP-Projekt im Rahmen seiner dreijährigen Laufzeit anstrebte, dienen einem neuen und innovativen Umgang mit Außenanforderungen und deren Transformation in einrichtungsinterne Prozesse und Strukturen. Solche Kompetenzen waren bei den am Projekt beteiligten Beschäftigten der Praxiseinrichtungen zum Teil bereits vorhanden, wurden jedoch häufig durch Arbeitsabläufe, Arbeitsorganisation und Betriebskulturen in ihrer Entfaltung behindert. Diese dysfunktionalen innerbetrieblichen Rahmenbedingungen wurden im AKiP-Projekt zunächst identifiziert. Gleichzeitig wurden mögliche Stellschrauben definiert, mit deren Hilfe diese Rahmenbedingungen aufgebrochen werden könnten, um eine Lernkultur entstehen zu lassen, die eine Kompetenzaktivierung und -entwicklung bei den Beschäftigten zulässt und fördert. Dieser Wechselwirkung zwischen organisationalen Ermöglichungsstrukturen und individueller Kompetenzaktivierung und -entwicklung wurde im Projekt große Aufmerksamkeit gewidmet.

Zur Annäherung an diese zum Teil sehr ehrgeizigen Zielsetzungen des AKiP-Projektes wurde ein konsequent partizipativer Ansatz bei der Projektumsetzung gewählt. Der AKiP-Projektverbund bestand aus zwei universitären Forschungspartnern und drei Praxispartnern, die exemplarisch für die drei wichtigsten pflegerischen Sektoren „Krankenhaus“, „stationäre Langzeitpflege“ und „ambulante Pflege“ stehen. So zeigen die Ergebnisse Unterschiede und Ge-

meinsamkeiten auf, die vor dem Hintergrund der jeweiligen Schwerpunktaufträge der Einrichtungen das jeweils darauf bezogene Arbeitsverständnis und die jeweiligen Rahmenbedingungen der Arbeit widerspiegeln.

Das *Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK)*, Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main, fungierte als Verbundkoordinator und brachte Vorarbeiten aus den Bereichen der angewandten Arbeitsmarkt- und Qualifizierungsforschung in das AKiP-Projekt ein.

Die *Private Universität Witten/Herdecke gGmbH* (Lehrstuhl für „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen“) war für die konzeptionellen Arbeiten im AKiP-Projekt verantwortlich und konnte dabei auf einschlägige Erfahrungen in der Innovations- und Versorgungsforschung in der Pflege zurückgreifen.

Die *Hochtaunus-Kliniken gGmbH* befinden sich in kommunaler Trägerschaft und vereinigen die Krankenhäuser in Bad Homburg, Usingen und das St. Josef-Krankenhaus in Königstein. In ihren Fachabteilungen mit insgesamt 619 Betten werden jährlich mehr als 60.000 Patienten ambulant und stationär behandelt.

Das *Altenzentrum an der Rosenhöhe* ist eine von elf stationären Pflegeeinrichtungen in Trägerschaft der Gesellschaft für diakonische Einrichtungen in Hessen und Nassau mbH (GfdE). Die Einrichtung verfügt über Ein- und Zweizimmerapartments für ältere Menschen, die ihr Leben noch selbständig gestalten können, sowie 48 Plätze für vollstationäre Dauerpflege.

Die *Häusliche Kranken- und Seniorenpflege Thomas Rehbein* ist ein ambulanter Pflegedienst in privater Trägerschaft. Neben einem Hauptstandort in Wiesbaden-Bierstadt verfügt der Pflegedienst über Filialen in Rüsselsheim und Schlangenbad. Derzeit werden in den drei Standorten fast 500 pflegebedürftige Menschen versorgt.

1.3 Gliederung des Sammelbandes

Die vorliegende Abschlusspublikation zum Forschungs- und Entwicklungsprojekt AKiP gliedert sich in sechs Teile. Im Anschluss an diese Einleitung wird im zweiten Kapitel der theoretische Bezugsrahmen des Projektes beschrieben, auf dem die projektspezifische Konzept-, Interventions- und Instrumentenentwicklung zur Förderung arbeitsprozessintegrierter Kompetenzaktivierung

und -entwicklung in der Pflege basiert. Das dritte Kapitel beschreibt die methodische Umsetzung des theoretischen Rahmenkonzepts in den beteiligten Praxiseinrichtungen anhand der im Projektverbund partizipativ entwickelten Interventionen und Instrumente sowie die Planung und Umsetzung der prozessbegleitenden Evaluation. Die Ergebnisse der Instrumentenerprobung bei Führungskräften und Pflegemitarbeitern werden im vierten Kapitel vorgestellt. Das fünfte Kapitel bietet einen detaillierten Überblick über die in den Praxiseinrichtungen zur Kompetenzaktivierung und -entwicklung eingesetzten Lernformate sowie Empfehlungen zu deren Umsetzung und zu ihrer Wirkung in den Organisationen. Ein ausführliches Fazit und eine kritische Reflexion über Projektvorgehen und Projektdurchführung beschließen die Abschlusspublikation zum AKiP-Projekt im sechsten Kapitel.

Literatur

- Brandenburg, Hermann; Calero, Claudia (2009): Pflegequalität in Altenheimen. In: Stemmer, Renate (Hrsg.): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Mainzer Schriften, Hannover, S. 57–78.
- Castello, Melanie; Dalichau, Dirk; Lauxen, Oliver; Schäfer, Lisa (2017a): Gutachten zum Fachkräftebedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. In: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz: Berichte aus der Pflege Nr. 31, Mainz.
- Castello, Melanie; Lauxen, Oliver; Schäfer, Lisa (2017b): Branchenmonitoring Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“. In: Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz: Berichte aus der Pflege Nr. 30, Mainz.
- Güntert, Bernhard J.; Thiele, Günter (2008): Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege? In: Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden.
- Höhmann, Ulrike (2013): Mobbing als entgrenzte Karrierestrategie in Umstrukturierungsprozessen: Einige Überlegungen zu Mobbing fördernden Rahmenbedingungen in pflegebezogenen Arbeitsfeldern. In: Pflege & Gesellschaft (18) 1, S. 77–81.

- Höhmann, Ulrike; Schilder, Michael; Metzenrath, Anke; Roloff, Michael (2010): Problemlösung oder Problemverschiebung? Nichtintendierte Effekte eines Gesundheitsförderungsprojektes für Pflegende in der Klinik. Ergebnisausschnitte einer Evaluation. In: *Pflege & Gesellschaft* (15) 2, S. 108–125.
- Höhmann, Ulrike (2008): Expertenstandards in der Praxis: Überlegungen zu zentralen Umsetzungsbedingungen – am Beispiel des Expertenstandards „Förderung der Harnkontinenz“. In: *Pflege & Gesellschaft* (13) 2, S. 131–141.
- Höhmann, Ulrike (2000): Kooperative Qualitätsentwicklung als Herausforderung für die Berufsgruppen im Gesundheitssystem. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin* 33: Kostendruck im Krankenhaus, Hamburg, S. 72–93.
- IEGUS-WifOR-IAW (2017): Entwicklung der Angebotsstruktur, der Beschäftigung sowie des Fachkräftebedarfs im nichtärztlichen Bereich der Gesundheitswirtschaft. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi). Endbericht. Online verfügbar unter: http://www.iegus.eu/downloads/IEGUS%20WifOR%20IAW_Gesundheitsfachberufe_Endbericht_170622.pdf.
- Joost, Angela (2015): Partizipatives Führen lernen, Mitarbeiterbindung stärken – Qualifizierungen für Führungskräfte in der Altenpflege. IWAK-Forschungsberichte Nr. 13, Frankfurt am Main.
- Joost, Angela (2013): Altenpflegekräfte länger im Beruf halten. Chancen, Potenziale und strategische Ansätze. In: *Bundesgesundheitsblatt*, 56 (8), S. 1112–1118.
- Lauxen, Oliver (2018): Gutachten zum Ausbildungsbedarf in den Gesundheitsfachberufen in Rheinland-Pfalz. Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“. In: *Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz: Berichte aus der Pflege Nr. 34, Mainz.*
- Lauxen, Oliver; Werle, Jasmin; Schäfer, Lisa (2018): Bestandsaufnahme Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe. Ergebnisse aus dem Landesprojekt „Branchenmonitoring und Ausbildungsbedarf Gesundheitsfachberufe Rheinland-Pfalz 2015“. In: *Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz: Berichte aus der Pflege Nr. 33, Mainz.*
- Lauxen, Oliver; Castello, Melanie (2016): Die Arbeitsmarktlage für Altenpflegefachkräfte im zeitlichen Vergleich – Ergebnisse aus dem Hessischen Pflegemonitor. In: *Pflegen*, Nr. 1+2, S. 6–10.
- Lauxen, Oliver (2013): Gutachten Ausbildungsstätten Gesundheitsfachberufe. Teilprojekt des Landesleitprojektes „Fachkräftesicherung in den Gesundheitsfachberufen“. In: *Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz: Berichte aus der Pflege Nr. 23, Mainz.*

- Lauxen, Oliver (2009): Moralische Probleme in der ambulanten Pflege – Eine deskriptive pflegeethische Untersuchung. In: *Pflege* (22) 6, S. 421–430.
- Metzenrath, Anke; Höhmann, Ulrike; Schilder, Michael; Roloff, Michael (2010): Projekte zur Gesundheitsförderung für Pflegekräfte in Kliniken: Darstellung nicht-intendierter Interventionseffekte. In: Marzinzik, Kordula; Nauwerth, Annette; Walkenhorst, Ursula (Hrsg.): *KomPASS. Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich*, Reihe: *KomPASS. Kompetenzentwicklung im Gesundheits- und Sozialbereich* Bd. 1, Berlin/Münster, S. 141–153.
- Statistisches Bundesamt (2017): *Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.03.2018
- Statistisches Bundesamt (2016): *Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2015*, Wiesbaden. Online verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus2120621157004.pdf;jsessionid=88E7E2ADEC36EE64A913535892D47FFE.cae3?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 05.03.2018

2. Arbeitsprozessintegrierte Entwicklung von beruflicher Gestaltungskompetenz in der Pflege: Der theoretische Rahmen, ein Werkzeug für die Praxis und die Voraussetzungen des Gelingens

Laura Schwarz & Ulrike Höhmann

Einschlägige Zukunftsszenarien prognostizieren für die nächsten Jahre einen demografischen Wandel mit einer gesamtgesellschaftlich abnehmenden Zahl Erwerbstätiger und einem Mangel an Auszubildenden in den Pflegeberufen. Vor diesem Hintergrund ist eine für die pflegerische Versorgungssituation relevante Diskrepanz zwischen Angebot und Bedarf an Fachkräften in allen Sektoren der Pflege – der Pflege im Krankenhaus, der stationären Langzeitpflege und der ambulanten Pflege – zu erwarten.¹⁹ Schon heute weist Deutschland im europäischen Vergleich eine unterversorgte Relation zwischen Patienten und Pflegekräften auf.²⁰ Gleichzeitig werden Beschäftigte aus allen drei pflegerischen Sektoren zukünftig mit steigenden Patientenzahlen und, damit einhergehend, einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in einer immer komplexer werdenden Arbeitswelt sowie einer fortschreitenden Verknappung von zeitlichen und finanziellen Ressourcen konfrontiert sein.²¹ Darüber hinaus reagieren Organisationen auf zunehmenden Kostendruck häufig mit dem Ersatz von Voll- durch Teilzeitstellen, von unbefristeten durch befristete Arbeitsverhältnisse oder von institutionell gebundenen durch Leiharbeitsstellen. Auch der Anteil geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse nimmt zu.²²

Neben diesen wachsenden *quantitativen* Arbeitsanforderungen in der Pflege hat der steigende Anteil multimorbider, chronisch und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen im Versorgungssystem bereits heute schon spürbare *qualitative* Auswirkungen auf die pflegerische Arbeit. Darüber hinaus

19 vgl. z. B. SVR-G 2012, S. 38, Simon 2011, S. 340 ff.

20 vgl. Aiken et al. 2012

21 vgl. Schulz 2012, S. 6 f.

22 vgl. Bergmann 2005, S. 97; Hacker et al. 2014, S. 27

wächst das Spannungsfeld zwischen ethischer und ökonomischer Orientierung in der Pflegearbeit, sichtbar z. B. an der zunehmenden Standardisierung von Arbeitsprozessen oder einer als übermächtig empfundenen Dominanz von Dokumentationsroutinen, die zu einer immer stärkeren Fremdbestimmung in der Pflegearbeit führen.

In solchen prekären Beschäftigungsverhältnissen werden Mitarbeitern oft Routineaufgaben mit geringen Entscheidungs- und Gestaltungsspielräumen zugeteilt, die nur wenige Lernmöglichkeiten bieten.²³ Aber die Beschäftigten in der Pflege sind auf solche Lernmöglichkeiten angewiesen, denn vor dem Hintergrund der beschriebenen neuen Arbeitsbeanspruchungen benötigen sie neue Kompetenzen, um die Beschleunigung von Veränderungsprozessen in der Pflege, die stetig zunehmende Komplexität der Versorgungsanforderungen und den Anforderungsdruck zur Entwicklung innovativer Dienstleistungen bewältigen zu können. Denn dieser Wandel der Beschäftigungsverhältnisse stellt andere Anforderungen an das Denken und Handeln. Insbesondere beim vorausschauenden, analytischen und planenden Denken werden die kognitiven Anforderungen an Pflegekräfte zunehmen, um zukünftige Innovationsanforderungen so bewältigen zu können, dass sie zu den einrichtungsinternen Arbeitsstrukturen und -prozessen passen.²⁴

Wenn sich entsprechend hoch qualifizierte Arbeitskräfte am Arbeitsmarkt nicht akquirieren lassen oder dies nicht erwünscht ist, müssen Organisationen auf der Suche nach Abhilfe deshalb auch die innerbetriebliche Kompetenzförderung und -entwicklung der Beschäftigten in den Blick nehmen, die letztlich für den Erfolg der Umsetzung von Innovationen unerlässlich sind.²⁵ Eine solche Strategie verfolgte das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP).

23 vgl. Hacker & Sachse 2014, S. 30

24 vgl. Hacker & Sachse 2014, S. 29

25 vgl. Schwarz 2015, S. 62

2.1 Ausgangspunkt: Belastungen und Diskrepanzerfahrungen in Innovationsprozessen

Sowohl für das subjektive Belastungserleben als auch für das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden haben die sich wandelnden Arbeitsanforderungen mittel- und langfristig bedeutsame Auswirkungen. Übermächtiger Zeit- und Leistungsdruck, eine Vielzahl formaler Qualitätssicherungsvorschriften und personelle Engpässe bei der Erfüllung von Arbeitsaufträgen führen häufig zu Konflikten zwischen den professionseigenen, qualitätsbezogenen Zielen und den fehlenden Umsetzungsmöglichkeiten bei der Pflegearbeit und zu Widersprüchen zwischen der selbstbestimmten Ausführung der Arbeitsaufträge und den fremdbestimmten quantitativen und qualitativen Auftragsanforderungen. Hacker bezeichnet die unter diesen Rahmenbedingungen vorherrschende Art der Problemlösung als „*Freiheit für die Art der Realisierung der erzwungenen Selbstaussbeutung*“.²⁶ Nicht selten hat diese Entwicklung Demotivation, inneren Rückzug, Verharren in vertrauten Routinen, Stellenreduktion oder frühzeitigen Berufsausstieg zur Folge.

Nationale und internationale empirische Studien beschreiben die Belastungsfaktoren für Beschäftigte in der Pflege auf drei Ebenen, auf der Makroebene, der Mesoebene und der Mikroebene.²⁷ Auf der *Makroebene* lassen sich allgemeine, sozio-kulturelle, politisch-rechtliche und ökonomisch-gesellschaftliche Einflussgrößen identifizieren, die sich auf das Belastungserleben der Beschäftigten auswirken. So erleben Pflegendе mangelnde gesellschaftliche Anerkennung für ihre Arbeit, sind oft unzufrieden mit ihrer Vergütung oder sehen sich immer häufiger mit Situationen konfrontiert, in denen pflegerische Fachinhalte ökonomischen Anforderungen untergeordnet werden müssen. Besonders deutlich wird dies z. B. bei der Einführung des DRG-Systems in Krankenhäusern.²⁸

Die Auswirkungen dieser restriktiven, äußeren Rahmenbedingungen der Pflegearbeit und der sich hieraus ergebenden Folgen werden auf der *Mesoebene*, der Ebene der Einrichtungen wirksam und führen hier nicht selten zu kaum reflektierten Anpassungstendenzen. Den Umsetzungsverantwortlichen

26 vgl. Hacker & Sachse 2014, S. 30

27 vgl. Höhmann et al. 2014; Höhmann et al. 2016a

28 vgl. Höhmann et al. 2016a; Höhmann et al. 2014; Wüthrich et al. 2009

gerät das Pufferpotential einrichtungsinterner Steuerungs- und Gestaltungsoptionen dabei häufig aus dem Blick. Stattdessen wird ein direkter Ursache-Wirkungs-Zusammenhang zwischen den restriktiven Vorgaben der Makroebene und den wenig konstruktiven einrichtungsinternen Arbeitsbedingungen unterstellt – mit oft negativen Folgen für die *Mikroebene*, die Handlungsebene der Beschäftigten. Diese haben vor dem Hintergrund ihres eigenen, fachlichen Qualitätsanspruchs dann z. B. zu wenig Zeit für die Patienten, erleben die unmittelbaren Folgen von Kommunikations- und Kooperationsproblemen zwischen den an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen und nehmen ihre Arbeit als größtenteils fremdbestimmt wahr. Die professionellen Pflegekräfte machen also Diskrepanzerfahrungen. Auf dieser Ebene wird erfahrbar, dass insbesondere die die berufliche Identität fördernde Bedeutung von Autonomie, Handlungs- und Gestaltungsspielräumen bei der Pflegearbeit durch zahlreiche ökonomische Rationalisierungsprozesse konterkariert wird.²⁹ Zudem müssen sich Pflegekräfte vor dem Hintergrund zunehmender Personalknappheit auch damit arrangieren, häufig für Kollegen einspringen und auf Freizeit verzichten zu müssen. Hinzu kommt, dass z. B. Hilfskräften immer häufiger patientennahe Pflegetätigkeiten übertragen werden, für die sie nicht ausreichend qualifiziert sind und examinierte Pflegekräfte das Management dieser Hilfskräfte übernehmen müssen, für das sie nicht ausgebildet sind. Dieses qualifikatorische Missverhältnis führt häufig zu Überforderungen und der Wahrnehmung von Fehlqualifizierung auf beiden Seiten.³⁰

Aber die Berufsmotivation und die stark ausgeprägte Berufsbindung von Pflegenden, die stark von pflegeimmanenten Motiven (wie z. B. dem Wunsch, anderen Menschen zu helfen) geprägt sind, sind wesentliche Ressourcen für Arbeitszufriedenheit. Sie stellen deshalb auch für Arbeitgeber wichtige Ressourcen dar, die allerdings einrichtungsseitig kaum systematisch gepflegt, genutzt oder unterstützt werden.³¹ Demotivation, innerer Rückzug, Burnout oder sogar die Entscheidung, den Pflegeberuf zu verlassen, liegen entsprechend häufig eben nicht in beruflichen Fachinhalten begründet, sondern werden durch

29 vgl. Höhmann et al. 2016a, S. 79

30 vgl. Bundesagentur für Arbeit 2014, S. 23; HWP 2007, S. 18; Höhmann 2014; Höhmann et al. 2016a

31 vgl. Flieder 2002, S. 22 ff.; Blum et al. 2004, S. 29 ff.; KDA 2012

die individuelle Erfahrung geprägt, keine ausreichenden Ressourcen zur Verfügung zu haben, um den Arbeitsanforderungen unter bestehenden Rahmenbedingungen und eigenen wertebezogenen Qualitätszielen langfristig gewachsen zu sein.³²

Maßnahmen, die dem Belastungserleben, der Stellenreduktion und dem Berufsausstieg von Pflegekräften entgegenwirken sollen, setzen dennoch häufig lediglich am individuellen Gesundheits- und Stressverhalten der Pflege Mitarbeiter an. Dabei werden die komplexen Wechselwirkungen zwischen den Einflussfaktoren auf Makro-, Meso- und Mikroebene mit ihren jeweiligen Konsequenzen für die Pflegearbeit zu großen Teilen ausgeblendet. Und das, obwohl gerade die Güte der einrichtungsspezifischen Gestaltung dieser Wechselwirkungen in vielen Fällen eine wesentliche Rolle dafür spielt, wie gut es dem Einzelnen gelingt, die Arbeitsanforderungen, die von außen an ihn gestellt werden, mit seinen persönlichen Ressourcen in ein angemessenes Gleichgewicht zu bringen.³³ Statt solcher einseitiger Lösungsversuche auf individueller Ebene wären daher Interventionen notwendig, die systemische Veränderungen unter gleicher Zielsetzung auf allen drei Ebenen anstreben, implementieren und evaluieren.

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt AKiP nahm die hier beschriebene Problemlage zum Anlass, um an kurz- und mittelfristig in den Einrichtungen selbst umsetzbaren Lösungsbausteinen zur Minderung des Belastungserlebens von Beschäftigten in der Pflege anzusetzen, ohne dabei langfristig notwendige Strukturveränderungen innerhalb der Branche auszublenden. Viele dieser Belastungen sind auf Wechselwirkungen zwischen den stark ökonomisch geprägten Rahmenbedingungen der Unternehmensumwelt und einer häufig kaum geeigneten Transformation der sich hieraus ergebenden Anforderungen in die Arbeitspraxis der Einrichtungen zurückzuführen. Aus diesem Grunde fokussiert das Forschungsprojekt den Umgang mit Interpretations- und Gestaltungsoptionen bei der Umsetzung von Außenanforderungen und versteht sie als Auslöser für arbeitspraktische Innovationen in den Einrichtungen. Die praxisorientierte Zielsetzung besteht darin, Führungskräfte und

32 vgl. Höhmann et al. 2016a; Buxel 2011, S. 947; Isfort et al. 2011, S. 11; Isfort & Weidner 2009, S. 43 f.; Aiken 2012; Zander und Busse 2012, S. 119

33 vgl. Höhmann et al. 2016b