

Lerntransfer in der beruflichen Weiterbildung -  
**Entwicklung und Überprüfung eines Weiterbildungskonzepts zur Förderung von  
Leitungshandeln im mittleren Management in stationären Einrichtungen des  
Gesundheitswesens**

**(Titel der Dissertation)**

Vom Fachbereich für **Geistes- und  
Erziehungswissenschaften**  
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina zu  
Braunschweig

Zur Erlangung des Grades  
Doktorin/Doktor der Philosophie (Dr. Phil.)

genehmigte Dissertation

Von: Ortrud Sander

Aus: Siegen- Eiserfeld

Eingereicht am:.....27.06.2003.....

Mündliche Prüfung am:.....12.10.2004.....

Referentin  
Prof. .Dr. Barbara Jürgens

Korreferent  
Prof. Dr. Rainer Fricke

(Druckjahr)

2003

Inhalt	Seite
Abbildungsverzeichnis	
Tabellenverzeichnis	
Vorwort	
<u>Einleitung</u>	<u>1</u>
 <b>Teil I</b> <b>Bezugsrahmen der Arbeit</b>	
<u>1. Weiterbildung von Pflegekräften im mittleren Management</u> <u>- Hintergründe und Fragestellungen</u>	<u>4</u>
<u>2. Krankenhäuser als Organisationen</u>	<u>6</u>
2.1 Organisationstheoretische Grundlagen	7
2.1.1 Klassische Organisationsstrukturen	7
2.1.2 Organisationen als soziale Systeme	14
2.2 Entwicklung der Krankenhäuser als soziale Einrichtungen	21
2.3. Führungshandeln in sozialen Systemen	25
<u>3. Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus</u> <u>als Komponenten betrieblichen Lernens</u>	<u>29</u>
3.1 Personalentwicklung als Komponente betrieblichen Lernens	29
3.2 Organisationsentwicklung als Komponente betrieblichen Lernens	34
3.3 Anforderungen an Weiterbildungsmaßnahmen zur Qualifizierung von Führungskräften als Teilbereich der Personal- und Organisationsentwicklung	42
3.3.1 Konzept der Schlüsselqualifikationen	42
3.3.2 Qualifikationen zur Bewältigung komplexer Arbeitssituationen	44
<u>Exkurs</u>	
Pflegerische Leitungskräfte im mittleren Management als professionell Handelnde	52
<u>4. Schlußfolgerungen</u>	<u>54</u>

**Teil II**  
**Konzept einer Weiterbildungsmaßnahme für pflegerische Führungskräfte im  
mittleren Management**

<u>1. Zielsetzungen für die Entwicklung eines Konzepts zur Weiterbildung von pflegerischen Führungskräften im mittleren Management</u>	<u>56</u>
<u>2. Entwicklung eines Konzepts zur beruflichen Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte im mittleren Management</u>	<u>60</u>
2.1 Lernumgebungen und –methoden in der beruflichen Weiterbildung	60
2.2 Pädagogische Ansätze als Grundlage der Konzeptentwicklung beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte	63
2.3 Konstruktivistische Erwachsenenbildung als Grundlage zur Entwicklung eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management	66
2.3.1 Konstruktion und Deutung von Wirklichkeit – Evolution als Anpassungsprozeß	67
2.3.2 Systementwicklung	69
2.3.3 Lernen in Systemen als Koevolution	70
2.3.4 Verarbeitung von Information zu Wissen	72
2.3.5 Offenheit für Neues	73
2.4 Handlungstheoretische Annahmen zur Unterstützung des Aufbaus leitungsbezogener Handlungskompetenzen	74
<u>3. Konzept zur Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte im mittleren Management</u>	<u>81</u>
3.1 Gestaltung der organisatorischen Struktur	83
3.2 Gestaltung der Lehr-Lernprozesse	85
3.2.1 Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen und des Lerntransfers im Lernfeld	86
3.2.2 Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen	92
3.2.3 Förderung des Lerntransfers	95
<u>4. Schlußfolgerungen</u>	<u>99</u>

**Teil III**  
**Untersuchung der Auswirkungen des Konzepts zur Weiterbildung pflegerischer  
Leitungskräfte im mittleren Management auf die Förderung des Lerntransfers**

<u>1. Planung der Untersuchung</u>	<u>101</u>
1.1 Untersuchungsplan – Evaluation als Vorgehensweise	102
1.2 Festlegung des Untersuchungsziels und des grundsätzlichen Vorgehens	105
1.3 Festlegung der Untersuchungsgruppen	105
<u>2. Voruntersuchung – Expertenbefragung zur Erfassung der Indikatoren als Auswahlkriterien für die Untersuchungsinstrumente zur summativen Evaluation</u>	<u>108</u>
<u>3. Instrumentarium zur Datenerhebung</u>	<u>111</u>
3.1 Meßverfahren zur Datenerhebung im Vorher-Nachher-Vergleich	111
3.2 Fragebogen zur Erfassung von Effekten im Funktionsfeld	114
<u>4. Fragestellungen der Untersuchung</u>	<u>115</u>
<u>5. Datenerhebung</u>	<u>117</u>
5.1 Beschreibung der Stichproben	118
5.2 Summative Datenerhebung	120
5.3 Formative Evaluation in der Treatmentgruppe	120
<u>6. Ergebnisse der Datenerhebung –</u>	<u>123</u>
6.1 Ergebnisse der Datenerhebung durch das TAA-KS-S und das „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“	123
6.1.1 Ergebnisse des Vergleichs innerhalb der Stichproben durch den Wilcoxon-Test	125
6.1.2 Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Stichproben durch den Mann-Whitney-Test	132
6.2 Ergebnisse der Datenerhebung durch den Fragebogen zur Erfassung von Effekten im Funktionsfeld – Nachbefragung in Treatment- und Kontrollgruppe	134
<u>7. Zusammenfassende Diskussion und Ausblick</u>	<u>138</u>
7.1 Diskussion der Ergebnisse	139
7.2 Ausblick	145
<u>Literaturverzeichnis</u>	<u>147</u>
<u>Anhang: Anhangsband</u>	

<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
Abbildung 1 Beispiele für Systeme und Subsysteme im Krankenhaus	16
Abbildung 2 Wechselwirkung von Person, Situation und Handlung in Anlehnung an das handlungspsychologische Modell Lantermanns	78
Abbildung 3 Konzeptstruktur	82
Abbildung 4 Organisatorische Struktur des Lehrgangs zur Weiterbildung zur „Pflegefachkraft im mittleren Management“	84
Abbildung 5 Qualifikatorische Voraussetzungen – visualisierte Mittelwerte zum Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben	126
Abbildung 6 Lernerfordernisse visualisierte Mittelwerte zum Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben	127
Abbildung 7 Qualifizierungsmöglichkeiten – visualisierte Mittelwerte zum Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben	128
Abbildung 8 Angemessenheit der Qualifikation – visualisierte Mittelwerte zum Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben	129
Abbildung 9 Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation) visualisierte Mittelwerte zum Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben	130
Abbildung 10 Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Einschätzung der Wichtigkeit) visualisierte Mittelwerte zum Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben	131
Abbildung 11 Effekte im Funktionsfeld – Interesse der Mitarbeiterinnen an Neuerungen	134

Abbildung 12	Effekte im Funktionsfeld – Motivation der Mitarbeiterinnen, Neuerungen umzusetzen	135
Abbildung 13	Effekte im Funktionsfeld – Zusammenarbeit des Teams bei der Umsetzung von Neuerungen	135
Abbildung 14	Effekte im Funktionsfeld – Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung	136
Abbildung 15	Effekte im Funktionsfeld – Interesse anderer Berufsgruppen an Neuerungen	136
Abbildung 16	Effekte im Funktionsfeld - Resonanz anderer Berufsgruppen, wenn sie von Neuerungen unmittelbar betroffen waren	137
Abbildung 17	Effekte im Funktionsfeld - Resonanz der Ärzte, wenn sie von Neuerungen unmittelbar betroffen waren	137

<u>Tabellenverzeichnis</u>		<u>Seite</u>
Tabelle 1	Beispiele für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie Lehr-/Lernmethoden bezogen auf Lernumgebungen in Anlehnung an Heeg u.a. (1993) und Langosch, (1993)	61
Tabelle 2	Überblick über pädagogische Ansätze in der beruflichen Weiterbildung	64
Tabelle 3	Erkenntnis- und bildungstheoretische Grundlagen der konstruktivistischen Erwachsenenbildung	66
Tabelle 4	Verknüpfung von Subsystemen des Konzepts, Lernbereichen und theoretischen Annahmen zum Gesamtkonzept	85
Tabelle 5	Vergleich von Grundlagenforschung und Evaluationsforschung nach Bortz & Döring (1995) und Wottawa & Thierau(1990)	103
Tabelle 6	Übersicht über den Untersuchungsplan	107
Tabelle 7	Ergebnisse der Expertenbefragung	109
Tabelle 8	Teilbereiche des Verfahrensbereichs „Tätigkeitsanforderungen und Qualifikation“ des TAA-KS-S von Büssing & Glaser (1997)	112
Tabelle 9	Merkmale der Arbeitszufriedenheit im „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“ von Büssing & Glaser (1997)	113
Tabelle 10	Indikatoren und Statements zu dem Bereich „Motivation der Teammitglieder/ Mitarbeiter“	115
Tabelle 11	Teilnehmerstruktur in Treatment- und Kontrollgruppe	118
Tabelle 12	Konzeptioneller Rahmen von Treatment- und Kontrollgruppe	119
Tabelle 13	Ergebnisse der formativen Evaluation	122
Tabelle 14	Übersicht über den Einsatz der Untersuchungsinstrumente in Treatment- und Kontrollgruppe im Verlauf der Evaluationsstudie	123

Tabelle 15	Übersicht über die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	125
Tabelle 16	Qualifikatorische Voraussetzungen - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	126
Tabelle 17	Lernerfordernisse - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	127
Tabelle 18	Qualifizierungsmöglichkeiten - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	128
Tabelle 19	Angemessenheit der Qualifikation - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	129
Tabelle 20	Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation) - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	130
Tabelle 21	Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Einschätzung der Wichtigkeit) - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatment- und die Kontrollgruppe	131
Tabelle 22	Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Whitney-Tests	132

## Vorwort

Berufliche Weiterbildung ist eine Zukunftsinvestition für Unternehmen, die in den letzten Jahren auch im Gesundheitswesen zunehmend unter den Aspekten der Qualität, der Wirtschaftlichkeit und der Effizienz betrachtet wird. Dabei wird nicht nur die Bewältigung von Sach- und Fachaufgaben zu einem immer wichtigeren Faktor sondern auch die Art und Weise des Umgangs mit Menschen: Die Bedürfnisse nach Gestaltungsspielräumen und Verantwortlichkeit in der Arbeit bestimmen häufig die Haltung der Mitarbeiterinnen und sind gleichzeitig wichtige Motivationselemente. Geänderte Erwartungen von Patienten und Angehörigen an Institutionen des Gesundheitswesens beeinflussen organisatorische Abläufe. Berufliches Handeln unterliegt deshalb verstärkt den Aspekten von Vernetztheit und Komplexität. Daraus resultieren besondere Anforderungen an die Qualifikationen und Kompetenzen, die an Führungskräfte im mittleren Management gestellt werden. Diese zu fördern ist eine Aufgabe der beruflichen Weiterbildung.

Die Einbeziehung der betrieblichen Realität wird unter diesen Voraussetzungen zu einem zentralen Faktor bei der Planung und Gestaltung beruflicher Weiterbildung für diesen Personenkreis.

Dadurch wird pädagogisches Handeln zu einem Instrument, das nicht nur Lehr-/Lernsituation zur Weiterqualifikation einzelner Personen plant und gestaltet, sondern auch zu einem wichtigen Faktor im Prozeß betrieblicher Entwicklung.

Der Erfolg einer beruflichen Weiterbildungsmaßnahme wird daran gemessen, in welchem Maß sie zu einer Wissenserweiterung und /oder Verhaltensänderung führt und damit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin fördert, die Anforderungen, die an sie gestellt werden, besser zu erfüllen.

Für Weiterbildungsbeauftragte wird deshalb die Frage nach einem erfolgreichen Transfer von Weiterbildungsinhalten in die berufliche Praxis zentral.

Mit der Entwicklung und Überprüfung des vorliegenden Konzept greife ich diese Überlegungen auf.

Bedanken möchte ich mich für die Unterstützung, die ich im Städtischen Klinikum Braunschweig erhalten habe und für das Vertrauen, das mir entgegengebracht wurde. Im Institut für Weiterbildung wurde mir Gelegenheit gegeben, das von mir entwickelte Lehrgangskonzept in einer Weiterbildungsmaßnahme für „Pflegefachkräfte im mittleren Management“ umzusetzen. Pflegedirektion und Pflegedienstleitungen haben nicht nur zugelassen, daß in ihren Bereichen Veränderungen „von außen“ initiiert

wurden, sie haben mich auch in einem hohen Maß durch Rückmeldungen und Anregungen unterstützt. Der Dank gilt auch den Pflegedirektorien und Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser im Weiterbildungsverbund, die Teilnehmerinnen in diesen Lehrgang entsandt hatten und dem Einsatz des neuen Konzepts zustimmten.

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Barbara Jürgens für die Betreuung während der Planung und Erstellung der Arbeit und die vielen anregenden Gespräche sowie Herrn Prof. Dr. Fricke für seine hilfreichen Anregungen.

Dank auch an meinen Ehemann Martin und meine Kinder Michael und Karin, die mit viel Geduld und Verständnis die Entstehung dieser Arbeit begleitet haben.

Schließlich gilt mein Dank Giselher Stoll, der sich die Zeit zum Korrekturlesen nahm.

## Einleitung

Anlaß für die Erstellung und Überprüfung eines Lehrgangskonzepts zur Weiterbildung pflegerischer Leitungskräfte im mittleren Management (Stationsleitungen) waren zwei Entwicklungen:

1. Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Einrichtungen) unterliegen einem Funktionswandel. Bedingt ist dieser Wandel durch gesundheitspolitische Vorgaben einer patientenorientierten Patientenversorgung, die gleichzeitig wirtschaftlichen und qualitätssichernden Aspekten Rechnung tragen soll. Damit verbundene Veränderungen betreffen zwar alle organisationalen Bereiche und Ebenen der Einrichtungen, kumulieren aber in besonderer Weise in den Stationen und Abteilungen, in denen die unmittelbare pflegerische und medizinische Versorgung der Patienten erfolgt. In einem besonderen Maße sind damit Anforderungen an die pflegerischen Leitungskräfte verbunden, die dem mittleren Management zugeordnet werden können. Dazu gehören:

- Teamorientierte Organisationsformen, flexiblere Gestaltung des Einsatzes von Mitarbeiterinnen zum Auffangen von Arbeitsspitzen, Ausgliederung von Tätigkeiten, interdisziplinäre Zusammenarbeit usw. erfordern ein Leitungsverständnis und -handeln, das darauf ausgerichtet ist, komplexe Zusammenhänge zu verstehen und dynamische Prozesse zu steuern.
- Die Patientenversorgung soll so effizient, zweckmäßig und wirtschaftlich wie möglich durchgeführt werden und dabei gleichzeitig (intern oder extern) festgesetzten Qualitätsstandards entsprechen.
- Dem gegenüber stehen Erwartungen von Patienten und Angehörigen an eine medizinische und pflegerische Versorgung, die vorrangig sozialen und humanitären Ziele folgen soll.
- Verstärkend wirken Anforderungen der Mitarbeiterinnen an die Gestaltung der Arbeit: Selbstwerte wie das Bedürfnis nach Gestaltungsspielräumen und Verantwortlichkeit bestimmen häufig die Haltung zur Arbeit und sind gleichzeitig wichtige Motivationselemente.

2. Berufliche Weiterbildung wird von Entscheidungsträgern in Organisationen zunehmend als Zukunftsinvestition für das Unternehmen betrachtet, bei der neben der Förderung der Mitarbeiter und des Unternehmens wirtschaftliche Aspekte (Kosten, die unmittelbar durch die Weiterbildungsmaßnahme in Form von Gebühren sowie durch Ausfallzeiten entstehen) als gleichermaßen wichtig erachtet werden. Im Vordergrund steht dabei, ob und in welcher Weise:

- durch die Weiterbildungsmaßnahme ein optimaler Transfer der vermittelten Inhalte in die berufliche Praxis gefördert wird,
- bei der Konzeption der Weiterbildungsmaßnahme die Anforderungen an die Bewältigung von (Leistungs-) Aufgaben berücksichtigt werden,
- neben individuellen Lernprozessen auch Lernprozesse innerhalb der Organisation gefördert werden.

Die skizzierten Entwicklungen führen zu einer Steigerung von Komplexität und Vernetztheit innerhalb des Leitungshandelns, die nicht mehr mit herkömmlichen Führungsmustern zu bewältigen ist. Führungskräfte benötigen vielmehr analytische, planerische und organisatorische Fähigkeiten und Kenntnisse, um komplexe Führungssituationen zu bewältigen, und gleichzeitig kommunikative Fähigkeiten und Kenntnisse, um Mitarbeitern den Sinn und Zweck von Aufgaben und Zielen zu vermitteln.

Die aus diesen Entwicklungen resultierenden Anforderungen an Führungskräfte werden in der vorliegenden Arbeit in einem Weiterbildungskonzept für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management aufgegriffen, das zwei Schwerpunkte aufweist:

- Der erste Schwerpunkt betrifft zusätzlich zur Erweiterung theoretischen leitungsbezogenen Wissens den Aufbau von Handlungsmustern zur Bewältigung komplexer Arbeitssituationen in der Lehr-/ Lernsituation der Weiterbildung.
- Der zweite Schwerpunkt liegt in der Förderung einer optimalen Übertragung aus der Lehr-/ Lernsituation der Weiterbildung in den beruflichen Alltag durch eine methodisch-didaktische Gestaltung, die Weiterbildungssituation und berufliche Praxis sinnvoll verknüpft.

Ausgehend von einer Sichtweise von Organisationen als soziale Systeme wird Führungshandeln als Handeln in komplexen Situationen betrachtet und werden Anforderungen an ein solches Handeln formuliert. Ansätze der Personal- und Organisationsentwicklung werden vor diesem Hintergrund diskutiert, und Anforderungen an Maßnahmen der Weiterbildung als Teilbereiche der Personal- und Organisationsentwicklung abgeleitet. Herkömmliche Konzepte der Schlüsselqualifikationen und Konzepte der Qualifikationen zur Bewältigung komplexer Arbeitssituationen werden in diesen Kontext gestellt.

Diese Überlegungen bilden den Bezugsrahmen für die Entwicklung eines Konzepts für eine Weiterbildungsmaßnahme für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management.

Da sich herkömmliche pädagogische Annahmen zur Erwachsenenbildung nur bedingt eignen, den Aufbau von Führungshandeln in komplexen Arbeitssituationen zu fundieren, werden der Ansatz der konstruktivistischen Erwachsenenbildung nach Arnold & Siebert (1997) und handlungstheoretische Elemente zur Konzeptentwicklung herangezogen.

Die zentralen Ziele des Konzepts sind der Aufbau von leitungsrelevanten Handlungskompetenzen zur Bewältigung komplexer Leitungssituationen und die Förderung des Lerntransfers.

Als wesentliche Voraussetzung zur Erreichung dieser Ziele wird die Einbeziehung von Lernfeld und Funktionsfeld in die methodisch-didaktisch Gestaltung der Weiterbildungsmaßnahme angesehen. Beide Felder werden als Lernorte berücksichtigt. Im Mittelpunkt stehen Praxisprojekte, mittels derer im Lernfeld aufgebautes Handlungswissen im Funktionsfeld zur Bewältigung praxisrelevanter Fragestellungen umgesetzt werden muß.

Ob diese Ziele durch die Art der Lehrgangskonzeption erreicht werden, wird im Rahmen einer Evaluationsstudie überprüft. Darin wird eine Treatmentgruppe, in der das entwickelte Konzept umgesetzt wurde, mit einer Kontrollgruppe verglichen, deren Weiterbildungsmaßnahme nach herkömmlichen Ansätzen der Erwachsenenbildung konzipiert ist. Der Vergleich erfolgte mittels eines Vorher-Nachher-Vergleichs als summative Evaluation und einer den Umsetzungsprozeß begleitenden formativen Evaluation in der Treatmentgruppe. Außerdem wurde in beiden Gruppen abschließend ein Fragebogen eingesetzt, durch den Effekte der Weiterbildungsmaßnahmen im Funktionsfeld erfaßt werden sollen.

Abschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und diskutiert.

Die Arbeit ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil werden die organisationstheoretischen Grundlagen und Fragen der Personal- und Organisationsentwicklung diskutiert, die die Konzeptentwicklung fundieren.

Der zweite Teil umfaßt die Entwicklung des Konzepts der Weiterbildungsmaßnahme für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management.

Im dritten Teil wird die als Evaluationsstudie konzipierte Untersuchung ausführlich dargestellt und in ihren Ergebnissen diskutiert.

## **Teil I Bezugsrahmen der Arbeit**

### **1. Weiterbildung von Pflegekräften im mittleren Management – Hintergründe und Fragestellungen**

Krankenhäuser unterliegen einem starken Veränderungsdruck. Gesetzliche Forderungen nach einem umfassenden Qualitätsmanagement sowie ausreichender und zweckmäßiger Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Faktoren bestimmen derzeit die Entwicklung in den Krankenhäusern.

Geändert haben sich auch die Anforderungen der Mitarbeiterinnen an die Gestaltung der Arbeit. Das Bedürfnis nach Gestaltungsspielräumen und der Möglichkeit zur Übernahme von Verantwortung im Rahmen der beruflichen Tätigkeit bestimmen zunehmend die Erwartungen an die Arbeitsorganisation. Dadurch wird die berufliche Tätigkeit einerseits motivierender; es ist aber andererseits ein höheres Maß an Absprachen notwendig, um einen aufgabenbezogenen Rahmen für die Gestaltungsspielräume abzustecken.

Ein weiterer Faktor sind geänderte Erwartungen von Patienten und Angehörigen an die Institution Krankenhaus. Diese beziehen sich einerseits auf den Wunsch nach mehr Service im Hinblick auf Unterbringung und Verpflegung und andererseits auf eine angemessene ausführliche Beratung hinsichtlich des Krankheitsgeschehens und seiner Folgen.

Durch diese Entwicklungen sind Leitungskräfte verstärkt gefordert, institutionellen Belangen, organisatorischen und ökonomischen Vorgaben, Mitarbeiterführung und Patientenbedürfnissen Rechnung zu tragen und sie in Arbeitsabläufe zu integrieren.

Die Veränderungen betreffen das gesamte Krankenhaus, die Verknüpfung all dieser Faktoren findet aber hauptsächlich auf den Stationen und in den Funktionsabteilungen der Intensivstationen, ambulanten Versorgungsbereichen und Operationssälen statt, d.h. den Bereichen, deren vorrangige Aufgabe die Versorgung der Patienten ist. Hier ist nicht nur eine regelmäßige Anpassung an verändertes Fachwissen notwendig: Geänderte Pflegekonzepte, weg von einer an den Arbeitsabläufen orientierten funktionalen, hin zu einer patientenzentrierten Pflege, flexiblere Gestaltung des Einsatzes von Mitarbeiterinnen zum Abfangen von Arbeitsspitzen, qualitätssichernde Maßnahmen in der Pflege und der Organisation der Arbeitsabläufe sowie die Kooperation mit anderen Berufsgruppen erfordern zusätzlich analytisches, planerisches und kommunikatives Wissen, um situationsgerecht handeln zu können.

Diese Anforderungen richten sich daher in einem hohen Maß an die pflegerischen Leitungen der Stationen und Abteilungen. Ihre Aufgaben bestehen zunehmend in Organisation, Planung, Überwachung und Steuerung der bestehenden stations- bzw. abteilungsbezogenen pflegerischen und organisatorischen Abläufe sowie der Anpassung der Abläufe an veränderte Rahmenbedingungen. Die Mitarbeiterführung ist ein weiterer Aufgabenschwerpunkt und beinhaltet neben dem sach- und fachgerechten Personaleinsatz auch die Verantwortung für die Einarbeitung und Anleitung von Mitarbeiterinnen sowie deren Beurteilung und Beratung z.B. in Form von Fördergesprächen zur weiteren beruflichen Entwicklung. Pflegerische Leitungen sind daher immer weniger Stationsleitungen alter Prägung (Kann gut pflegen, erledigt die Arbeit am Schreibtisch, übernimmt zusätzliche Aufgaben auch anderer Berufsgruppen, um zu funktionieren und um Konflikten aus dem Weg zu gehen.), sondern erfüllen immer mehr Managementaufgaben.

Diesen Veränderungen muß sich auch die berufliche Weiterbildung anpassen. Mehr als in der Vergangenheit ist es notwendig, bei der Qualifikation von pflegerischen Leitungskräften nicht nur fachbezogene Qualifikationsmaßnahmen anzubieten, sondern auch solche, die Managementaufgaben thematisieren und die beschriebenen Rahmenbedingungen der Gesamtorganisation berücksichtigen.

Wichtiger wird auch die Frage nach der Auswirkung der Weiterbildung in der Organisation: Was haben Mitarbeiterinnen gelernt? Ändert sich als Folge das Verhalten bei den Mitarbeiterinnen? Wieviel wird von dem Gelernten im beruflichen Alltag umgesetzt? Welchen Nutzen hat der Betrieb davon?

Dies ist nicht nur unter Kostenaspekten zu sehen. Krankenhäuser müssen sich, wie andere Unternehmen auch, Änderungen in ihrer Umwelt und den daraus resultierenden Anforderungen schnell und kompetent anpassen können, um zu überdauern. Eine der Voraussetzungen dafür ist u.a. ein hohes Qualifikationsniveau der Mitarbeiterinnen.

Berufliche Weiterbildung berührt daher in einem starken Maß nicht nur Fragen der Personalentwicklung. Sie trägt auch zur Organisationsentwicklung eines Unternehmens bei.

Weiterbildung ist aber auch dann, wenn sie zur Organisationsentwicklung beiträgt, immer wirksam über Personen, die lernen und das Gelernte in ihren beruflichen Alltag übertragen.

Deshalb ist es wichtig, "Strukturen zu schaffen, die Leute zum Mitmachen bewegen" (Neuberger 1994, S. 12).

Einer der Bestandteile dieser Strukturen ist die Gestaltung der beruflichen Weiterbildung und zwar sowohl hinsichtlich ihrer Planung, ihrer Gestaltung und Durchführung als auch ihrer Inhalte.

Eine wesentliche Aufgabe innerhalb der Gestaltung von Weiterbildungsmaßnahmen ist es, Möglichkeiten zu finden, die Übertragung des Gelernten in die Praxis zu fördern und zu optimieren.

Erst wenn ein Lerntransfer stattgefunden hat, ein Vorgang "zwischen Wissensaufnahme und dem Umsetzen der Kenntnisse in registrierbares Verhalten" (Grunwald 1987, S. 6), kann eine Weiterbildungsmaßnahme als erfolgreich gelten.

Im Blick auf die genannten Hintergründe und Ziele stellen sich für die Weiterbildung der Pflegekräfte im mittleren Management folgende Fragen:

- Welche Weiterbildungsinhalte sind notwendig, um Pflegekräfte zu befähigen, analytisches, planerisches, organisatorisches, kommunikatives Wissen und Wissen zur Mitarbeiterführung aufzubauen ?
- Wie kann der Aufbau dieses Wissens und seine Verknüpfung mit den Bedingungen des beruflichen Alltags in der Weiterbildung gefördert werden?
- Wie kann der Lerntransfer in den beruflichen Alltag unterstützt werden?
- Welche weiteren Sichtweisen, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen müssen einbezogen bzw. berücksichtigt werden, wenn die Planung und Gestaltung der Weiterbildung diesen Anforderungen gerecht werden soll?

In diesem ersten Teil der Arbeit wird der Bezugsrahmen für die weitere Arbeit dargestellt. Im Mittelpunkt steht dabei die Betrachtung des Unternehmens Krankenhaus als Organisation vor dem Hintergrund organisationstheoretischer Grundlagen.

Daraus werden Anforderungen an Führungskräfte im mittlerem Management abgeleitet und Konzepte der Personal- und Organisationsentwicklung hinsichtlich ihrer Eignung für die Gestaltung beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen für pflegerische Leitungskräfte im mittleren Management diskutiert.

## **2. Krankenhäuser als Organisationen**

Krankenhäuser sind Dienstleistungsunternehmen mit dem gesellschaftlich zugewiesenen Aufgabenschwerpunkt der diagnostischen und therapeutischen Versorgung und Pflege krank gewordener Menschen. Zuständig dafür ist der

medizinische und pflegerische Bereich. Die administrativen Aufgaben werden von der Verwaltung wahrgenommen.

Aus diesem Aufgabenspektrum hat sich historisch eine Dreiteilung der Zuständigkeiten entwickelt, denen jeweils unterschiedliche organisatorische Muster zugrunde liegen, die die jeweiligen Arbeitsabläufe aber auch die Entscheidungswege bestimmen.

## **2.1 Organisationstheoretische Grundlagen**

### **2.1.1 Klassische Organisationsstrukturen**

Organisationen können als soziale Gebilde betrachtet werden, die bestimmte Ziele verfolgen und in denen Regeln festgeschrieben sind, die die Aktivitäten zur Zielerreichung und damit das Verhalten der Mitglieder planen und steuern (vgl. Schreyögg, 1992, S. 151 f). Diese Sichtweise beschreibt das Muster einer formalen Organisation mit einer Verteilung der Zuständigkeiten für Aufgaben, Weisungsbefugnisse und Sanktionsbefugnisse auf die Organisationsmitglieder (vgl. Gukenbiel, 1980; Mikl-Horke, 1989; Schwarz, 1992), die sich in einer hierarchisch aufgebauten Linienorganisation mit festgelegten Über- und Unterordnungsverhältnissen der Organisationsmitglieder widerspiegelt.

Das Muster einer formalen Organisation basiert auf dem von Weber beschriebenen „Idealtypus des bürokratischen Herrschaftsstabes“ (Gukenbiel, 1980, S. 58).

Kennzeichen der Bürokratie sind die Trennung des Amtsinhabers vom Amt, formale Regelungen der Über- und Unterordnungsverhältnisse und der Entscheidungsbefugnisse sowie der Aufgabenausführung, die aufgrund der Trennung des Amtes von seinem Inhaber immer personenunabhängig festgelegt sind, und Amtsführung über den Dienstweg unter Verwendung von Schriftstücken. (vgl. Schreyögg, 1992, S. 154 f; Mikl-Horke, 1989, S. 108 ff, Gukenbiehl, 1980)

Bürokratische Organisationsmuster in ihrer Idealform sind gekennzeichnet durch formale Vorgaben der Amtsausführung, formale Beziehung der Organisationsmitglieder aufgrund der in Organigrammen festgelegten Positionen und durch rationale Planung auf der Basis dieser Vorgaben und Regeln.

Krankenhäuser sind aber Organisationen, in denen einerseits hierarchisch plan- und steuerbare Aufgaben im Bereich der Administration durchgeführt werden müssen, in denen aber im Bereich der Patientenversorgung hoch spezialisierte Aufgaben anfallen, bei denen Entscheidungen nicht durch formale Vorgaben und Regeln getroffen werden können, sondern immer nur anhand der vorgefundenen Situation.

Diese Aufgaben sind nicht nach den Regeln bürokratischer Organisationen durchführbar.

Büssing bezeichnet Krankenhäuser deshalb als einen besonderen „...Typ komplexer Organisationen mit einem hohen Grad an flexibler Spezialisierung“ (Büssing, 1993, S. 100).

Von daher greift das Muster einer idealtypischen bürokratischen Organisation im Sinne Webers für das gesamte Krankenhaus zu kurz; sie kann allenfalls für Teilbereiche der Administration angenommen werden.

Wesentlich in Webers Ansatz ist der Aspekt der Macht, der sich ausdrückt in der Frage nach dem Gehorsam den gesetzten Regeln gegenüber und der Disziplin. Voraussetzung für den Gehorsam ist „...der Glaube an die Legitimität der Herrschaft“ und die „... Rechtmäßigkeit der Autorität...“ (Mikl-Horke, 1989, S. 108).

Nach Gouldner unterscheidet Weber dabei zwei Aspekte des Gehorsams: Gehorsam den Regeln gegenüber kann einerseits erfolgen, weil die Person, die den Gehorsam erwartet, eine bestimmte Position inne hat, die sie dazu befähigt, diesen Gehorsam zu verlangen. Diese Position ist die eines Vorgesetzten innerhalb der Hierarchie. Der Gehorsam erfolgt als Selbstzweck, die dahinterstehenden Regeln sind weitgehend nicht rational überprüfbar.

Gehorsam und Disziplin können aber auch erfolgen, weil der Befehl die beste Methode zur Erreichung eines Ziels beschreibt. Gehorsam ist hier Mittel zum Zweck, die Regeln sind für Untergebene rational überprüf- und bewertbar. (vgl. Gouldner, 1968, S. 431ff)

Gouldner leitet aus dieser Differenzierung zwei Muster der Bürokratie ab: ein Muster der disziplinären Bürokratie, die "... basiert auf der Auferlegung von Regeln und auf Gehorsam um seiner selbst willen" (Gouldner, 1968, S. 432) und ein Muster, das Gouldner als "repräsentative Form der Bürokratie" (Gouldner, 1968, S. 432) bezeichnet.

Die repräsentative Form der Bürokratie stellt eine Verwaltung und Organisation durch Experten dar; die Regeln, die hier entstehen, sind auf ein bestimmtes Ziel gerichtet; sie dienen einem rational nachvollziehbaren Zweck z.B. zur Durchführung bestimmter Tätigkeiten.

Auch die Expertenbürokratie bedarf der Legitimation. Diese beruht nicht alleine auf dem Vorhandensein bestimmter spezieller Fertigkeiten bei den Stelleninhabern. Darüber hinaus ist es notwendig, daß die Regeln sich auf Werte und Ziele beziehen, über die über verschiedene Hierarchieebenen hinweg ein Konsens besteht.

Schließlich ist entscheidend die "freiwillige Zustimmung" der Ausführenden zu den Regeln, die dadurch erfolgt, daß sie mit deren "...eigenen Zielen und Werten übereinstimmen", und daß "... ein gewisses Maß an Kontrolle über die Einführung und die Handhabung der Regeln..." (Gouldner, 1968, S. 434) durch ein Mitspracherecht möglich ist.

Das gleichzeitige Vorhandensein beider Bürokratiemuster in Organisationen stellt dann ein erhöhtes Konfliktpotential dar, wenn sich die Ziele einer Organisation so entwickeln, daß die Tätigkeiten einen höheren Grad an Sachverständigkeit erfordern und Regeln deshalb mehr auf die sachverständige Durchführung der Expertentätigkeiten bezogen sein müssen, bürokratische Regeln also als stark kontraproduktiv und einschränkend erlebt werden..

Dieses Konfliktpotential tritt auch in Krankenhäusern auf, die sich noch weitgehend in der Trägerschaft kommunaler Einrichtungen oder der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege befinden. Sowohl kommunale Träger als auch die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege sind nach den Mustern formaler Organisationen strukturiert.

Die medizinische und pflegerische Versorgung kranker Menschen in Krankenhäusern ist aber eine Tätigkeit, die ein hohes Maß an Sachverstand erfordert und daher nicht durch Regeln im Sinne einer bürokratischen Organisation gesteuert werden kann. Krankenhäuser sind deshalb Organisationen, die zwar noch weitgehend nach dem bürokratischen Grundmuster strukturiert sind; jedoch sind diese Muster modifiziert. Nicht mehr alle Beziehungen und Aufgaben werden formal geregelt; die Regelungen betreffen nur noch die Bereiche der Arbeitsteilung, der Stellenverteilung und die Standardisierung der Aufgaben:

- Die Arbeitsteilung regelt die Ausführung bestimmter Teilaufgaben durch dafür spezialisierte Mitarbeiterinnen bzw. Abteilungen. So sind die Ausführungen der administrativen, medizinischen und pflegerischen Aufgaben jeweils getrennten Bereichen zugeordnet.
- Die Regelung der Stellenverteilung und des Stellenaufbaus betrifft die Koordination der Aufgaben durch die Vorgesetzten. Eine Arbeitsteilung in Form einer formalen Aufgabenspezialisierung ist immer dann sinnvoll, wenn es unmöglich ist, daß ein Mitarbeiterinnen über alle zur Erfüllung der Gesamtaufgabe notwendigen Fähigkeiten und Informationen verfügen kann. Die Zuweisung von

Führungspositionen und damit Entscheidungs- und Kontrollbefugnissen schafft auf diese Weise hierarchische Strukturen.

- Durch die Standardisierung der Aufgaben werden Verfahrensweisen für deren Erfüllung vorgegeben; gleichzeitig werden Regeln dafür gesetzt, wie sich die Aufgaben aufeinander beziehen. (vgl. Schreyögg, 1992, S. 157 ff)

Die zugrundeliegende Organisationsstruktur ist das Prinzip der Linien-Stab-Organisation, in der Prozesse der Aufgabenerfüllung und der Führung einem hierarchischen Prinzip unterliegen. Zwei grundsätzliche Funktionen werden unterschieden: die der Entscheidung und die der Vorbereitung von Entscheidungen. Die Linie bezeichnet die Über- und Unterordnung innerhalb der Hierarchie, die Stäbe sind der Linie zugeordnet. Ihre Aufgabe ist die der Entscheidungsvorbereitung für Inhaber von Linienpositionen sowie deren Beratung und Unterstützung. Diese Positionen werden deshalb in der Regel durch Experten eingenommen, die in der Lage sind, die Entscheidungen aufgrund ihres speziellen Sachwissens vorzubereiten bzw. die Inhaber der Linienpositionen zu beraten<sup>1</sup>. Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Mitarbeiterinnen in Stabpositionen, Entscheidungen und die daraus resultierenden Maßnahmen auszuführen. Die Aufgabe der Entscheidungsvorbereitung und -ausführung bedeutet nach Schwarz (1992), daß Stäbe in die Entscheidungen eingebunden sind und eine Mitverantwortung tragen. Gleichzeitig muß die Entscheidungsvorbereitung und –durchführung durch Zielvorgaben, Richtlinien und Vorgaben durch die Linieninstanzen gesteuert werden. Dadurch sind Entscheider auch in die Entscheidungsvorbereitung und –durchführung eingebunden (vgl. Schwarz, 1992, S. 87 f).

An dieser Stelle wird das Konfliktpotential deutlich, das entsteht, wenn innerhalb einer Organisation gleichzeitig disziplinäre und repräsentative Formen der Bürokratie wirksam sind.

Noch deutlicher wird diese Situation, wenn sie vor dem Hintergrund betrachtet wird, daß Krankenhäuser neben einer Verknüpfung von bürokratischen Regeln und Expertentätigkeiten innerhalb der Linien-Stab-Organisation auch ein Nebeneinander von Aufgabenbereichen aufweisen, in denen jeweils überwiegend Expertentätigkeit bzw. bürokratisches Handeln erfolgen. So stehen in den Bereichen der medizinischen und der pflegerischen Versorgung Spezialistenaufgaben weitgehend im Vordergrund. Administrative Aufgaben, die die Verknüpfung zur Verwaltung

---

<sup>1</sup> Stäbe in Krankenhäusern können z.B. sein: Abteilungen zur Umsetzung von EDV-Projekten, zur Qualitätssicherung, zur Weiterbildung

herstellen, stehen entweder im Hintergrund der Tätigkeiten (im pflegerischen Bereich) oder sind an Verwaltungskräfte (Arztsekretärinnen, Schreibdienste usw.) delegiert. Die Verwaltung des Krankenhauses selbst unterliegt dagegen in der Hauptsache bürokratischen Regeln; Expertentätigkeiten werden eher an Stäbe delegiert.

Die von Scott (1968) entwickelten Modelle professioneller und bürokratischer Organisationsmuster verdeutlichen die Hintergründe der Problematik.

Ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal der Modelle ist die Art und Weise, wie die zur Aufgabenerfüllung notwendigen Grundfertigkeiten und die dafür erforderliche Kontrolle durch Normen und Standards gestaltet ist.

Experten als Mitglieder eines professionellen Systems haben danach die Normen und Standards, die für die Erfüllung ihrer (oft komplexen) Aufgaben erforderlich sind, internalisiert. Diese Normen und Standards wurden in einer (langen) Ausbildungszeit als Steuerung und Orientierung für die Art und Weise der Durchführung und Kontrolle der jeweiligen Fertigkeiten erworben. Spezialisten verfügen über ein Spezialwissen mit den damit verknüpften Normen und Standards als spezielle Verfahrensregeln für die Steuerung ihrer Fertigkeiten zur Durchführung ihrer Aufgaben.

Mit Hilfe der internalisierten Normen und Standards treffen Spezialisten im Zuge ihrer Aufgabenerfüllung autonome Entscheidungen über deren Durchführung.

Die Normen und Standards für die Aufgabenbewältigung in bürokratischen Organisationsmustern dagegen sind als ein System von Regeln vorgegeben, die die Art und Weise der Durchführung der Aufgaben von außen vorgeben. Diese Regeln sind nicht internalisiert, so daß ihre Einhaltung durch andere Mitglieder der bürokratischen Organisation kontrolliert werden muß. Autonome Entscheidungen sind nicht möglich. Die Aufgaben sind weniger komplex; sie sind eher auf die Erledigung von Teilen einer Gesamtaufgabe gerichtet. Dadurch sind Organisationsmitglieder erforderlich, die die verschiedenen, eng umschriebenen Arbeitsabläufe koordinieren (vgl. Scott, 1968, S.202 ff).

Konflikte treten dann auf, wenn ein Spezialist erlebt, daß "... das Befolgen bürokratischer Normen zu einer Verletzung der Normen seiner Berufsgruppe führt..." und er sich "... durch organisationsinterne Regeln ..." (Scott, 1968, S. 207) sowie die Unterordnung unter die "...Autorität von Administratoren..." (Scott, 1968, S. 210) bei der Erfüllung seiner Aufgabe eingeschränkt fühlt. Das ist z.B. dann der Fall, wenn Spezialisten medizinische oder pflegerische Behandlungs- bzw. Pflegestandards vor

dem Hintergrund neuer Erkenntnisse als notwendig und wichtig erachten und umsetzen möchten, formale Regeln z.B. zur Sachmittelbeschaffung oder zur Verteilung finanzieller Mittel diese Umsetzung aber verzögern oder sogar verhindern. Terhart führt in diesem Zusammenhang die These von der Unvereinbarkeit von Professionalität und bürokratischer Organisation an. Kennzeichen professioneller Tätigkeiten sind nach Terhart „... Nicht-Standardisierbarkeit der Vollzüge, fehlende administrative Kontrollierbarkeit in der Sache, alleinige Orientierung auf Berufsethik, interne Kontrolle allenfalls durch Fach-, nicht aber durch Amtsauctorität sowie (...) Wichtigkeit des ´ personalen Faktors´...“ (Terhart, 1990, S.155).

In jeder Organisation bilden sich innerhalb der formalen Organisationsstruktur informelle Strukturen aus, die nicht aufgrund rationaler Planung, sondern als Folge der Interaktionsprozesse der Organisationsmitglieder entstehen. Informelle Strukturen bilden oft die tatsächlichen Arbeits- und Kommunikationsstrukturen und Status der Organisationsmitglieder ab, die sich weniger an der formalen Aufgabenverteilung orientieren als vielmehr auf der Basis persönlicher Kontakte beruhen. Die persönlichen Kontakte können z.B. entstanden sein durch:

- vorgegebene berufsgruppenspezifische Aufgaben (pflegerische, medizinische oder therapeutische Versorgung, Labortätigkeiten, administrative Tätigkeiten usw.),
- Aufgaben, zu deren Erfüllung die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen nötig ist (z.B. Operationen; Versorgung von Schlaganfallpatienten durch Ärzte, Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden usw.)
- Gemeinsame, z.T. weiter zurückliegende, Ausbildungszeiten und Weiterbildungen
- Gemeinsames Arbeiten in Workshops, Arbeitsgruppen, Projektgruppen zur Entwicklung neuer Konzepte, Analysen und Veränderungen von Abläufen usw.

Diese Strukturen bestehen daher sowohl innerhalb einer Station oder Abteilung, innerhalb der Berufsgruppen als auch hierarchie- und berufsgruppenübergreifend.

Gukenbiehl bezeichnet in Anlehnung an Luhmann die formale Struktur als "systemzentrierte und funktionale Stabilisierung" und die informelle Struktur als "personenzentrierte und emotionale Stabilisierung" (Gukenbiehl 1980, S. 63).

Formale und informelle Struktur treten in großen Organisationen gemeinsam auf und sind miteinander verbunden in dem Sinn, daß sie sich ergänzen und zwar in der Weise, daß Mitarbeiterinnen sich innerhalb der auf Funktion ausgerichteten Gesamtorganisation durch die Einbindung in informelle Strukturen als Person akzeptiert und emotional abgestützt fühlen (vgl. Gukenbiehl, 1980).

Neben der emotionalen Stabilisierung der Mitarbeiterinnen, die an diesen informellen Strukturen teilhaben, ist aber auch zu berücksichtigen, daß auf diesem Wege Entscheidungen beeinflußt werden können. So können informelle Strukturen zur funktionalen Stabilisierung beitragen, wenn die daran beteiligten Mitarbeiterinnen die gleichen Ziele anstreben und Regeln befolgt werden, die auch die Abteilungs- oder Krankenhausleitung verfolgt und befolgt; Entscheidungen werden dann gefördert und mitgetragen. Sie können aber auch zur Destabilisierung beitragen, wenn Ziele und Regeln der beteiligten Mitarbeiterinnen denen der Abteilungs- oder Krankenhausleitung nicht entsprechen; dadurch können Entscheidungen evtl. blockiert werden.

Deutlich wird, daß informelle Strukturen für die einzelnen Mitarbeiterinnen zur emotionalen Stabilisierung beitragen. Für die Organisation können informelle Strukturen ergänzend und fördernd sein; sie bergen aber auch ein hohes Konfliktpotential in den Fällen, in denen Mitglieder informeller Strukturen in Konkurrenz mit der formellem Struktur treten.

Schreyögg (1992) klassifiziert Organisationen aufgrund ihrer Ziele. Dabei orientiert sie sich an der Typisierung von Mayntz (1963). Ein Organisationstyp umfaßt "Organisationen, deren Ziel darin besteht, Leistungen zu erbringen (z.B. Wirtschaftsbetriebe) oder bestimmte Außenwirkungen zu erzeugen (z.B. Verwaltungssysteme, Polizei, Parteien, Interessenverbände, Gewerkschaften usw.)." (Schreyögg, 1992, S. 185)

Dem zweiten Organisationstyp werden solche Organisationen zugerechnet, "deren Zielerreichung auf Veränderungen von Personen gerichtet ist, wie z.B. Schulen, Universitäten, Krankenhäuser, Beratungsstellen usw." (Schreyögg, 1992, S. 186). Zentrales Merkmal dieser Organisationen ist nach Schreyögg die soziale Interaktion zwischen Professionellen und Klienten bzw. das Eingehen mehr oder weniger ausgeprägter sozialer Beziehungen zwischen einem Klientensystem und einem Mitarbeitersystem. Schreyögg bezeichnet Organisationen dieses Organisationstyps als soziale Organisation (vgl. Schreyögg, 1992, S. 186).

Als Kriterium zur weiteren Ausdifferenzierung sozialer Organisationen führt sie die Art der angestrebten Veränderungen bei Personen an. Sie unterscheidet danach, ob sich die angestrebten Veränderungen auf somatische, kognitive oder emotionale Merkmale beziehen, und weiter, ob die Veränderungen durch Aufgabenspezialisierung und Standardisierung erreichbar sind oder ob die Notwendigkeit einer formalen Aufgabenregelung besteht, weil dem Klienten bei nicht angemessener Aufgabenerfüllung durch die Mitarbeiterinnen Schaden droht.

Eine formale Aufgabenregelung ist aus ihrer Sicht dann erforderlich, wenn somatische Veränderungen angestrebt werden, für die eine hohe Spezialisierung erforderlich ist, erfolgte Veränderungen erfaßbar und damit kontrollierbar sind und eine Vernachlässigung der Aufgabe zu lebensbedrohlichen Konsequenzen für den Klienten führen kann. In Einrichtungen, deren Ziel es ist, überwiegend somatische Veränderungen herbeizuführen, wie in Krankenhäusern, ist nach Schreyögg zum Schutz der Klienten ein hierarchisch strukturiertes Kontrollsystem notwendig, das die Einhaltung der formalen Aufgabenregelung. (vgl. Schreyögg 1992, S. 187f)

Die von Schreyögg geforderte formale Aufgabenregelung zur Kontrolle der Aufgabenerfüllung zum Schutz der Klienten kann aber nicht eine formale Regelung im Sinne bürokratischer Strukturen sein; sie muß sich vielmehr an professionellen Normen und Standards, wie sie medizinische Behandlungsstandards und Pflegestandards darstellen, orientieren.

### **2.1.2 Organisationen als soziale Systeme**

Eine andere Sichtweise ist die der Organisation als eines sozialen Systems. Bisher wurden Organisationen unter strukturellen Gesichtspunkten betrachtet. Im Mittelpunkt stehen die Darstellung von Organisationsstrukturen und ihre Auswirkungen auf die Art und Weise, in der Entscheidungen getroffen werden, die Durchführung von Aufgaben, die Kontrolle der Durchführung und Umsetzung von Entscheidungen sowie mögliche Konflikte, die sich daraus ergeben.

Bei der Betrachtung einer Organisation als soziales System werden andere Kriterien zugrunde gelegt, die im Folgenden zunächst dargestellt werden sollen.

Miebach (1991) definiert Systeme in Anlehnung an Luhmann als "...eine Menge von Elementen und Relationen mit einem bestimmten Grad von Komplexität..." (Miebach, 1991, S. 289), wobei als "...Komplexität das Resultat der Festlegung bzw. Selektion von bestimmten Elementbeziehungen..." (Miebach, 1991, S. 290) aufgefaßt wird.

Unter Systemen kann nach dieser Definition eine "Interdependenz oder Interaktion von Elementen oder Teilen und eine identifizierbare Einheit bzw. Gestalt:" (French & Bell, 1990, S. 100) verstanden werden.

Wilke (1991) definiert Komplexität "...den Grad an Vielschichtigkeit, Vernetzung und Folgelastigkeit eines Entscheidungsfeldes" (Wilke, 1991, S. 16) und führt an, daß nur dann von einem komplexen System gesprochen werden kann, "...wenn das System vielfältige und interdependente Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten gegenüber den wahrgenommenen Umweltbedingungen hat,..." (Wilke, 1991, S. 17).

Damit greift Wilke den Aspekt der System/Umwelt-Beziehung auf.

Elemente und Relationen bilden die Struktur eines Systems. Was als System und damit als identifizierbare Einheit von den jeweiligen Umwelten unterschieden wird, hängt davon ab, welche Elemente ein jeweiliger Beobachter als für das System konstituierend betrachtet.

Die Abgrenzung von Systemen zu ihrer Umwelt erfolgt immer aufgrund eines systemspezifischen Sinns (z.B. Werte, Normen, Rollen usw.), nach dem „Dazugehörendes und Nichtdazugehörendes unterschieden wird“ (Wilke, 1991, S. 193). Dadurch ist "...jede Systemabgrenzung in gewissem Maße willkürlich" (Ulrich & Probst, 1995, S. 50).

Elemente eines Systems können Informationen, Interaktionen, Handlungen, Menschen, Gruppen usw. sein, die in einer bestimmten Art und Weise interagieren und damit wechselseitig aufeinander einwirken. Solche Elemente können explizit vorhanden sein wie formelle Kommunikationsstrukturen und Verfahrensregeln, organisatorische Abläufe, ärztliche Verfahrensstandards, Pflegestandards; es können aber auch solche Elemente sein, die implizit z.B. als informelle Kommunikationsstrukturen, Verhaltens- und Verfahrensregeln vorhanden sind und erst durch eine genaue Analyse erschlossen werden müssen.

Nach French & Bell (1990) können mehrere Subsysteme einer Organisation betrachtet werden. Neben einzelnen Abteilungen und Bereichen betrachten sie vor allem sechs wechselseitig aufeinander wirkende und sich überschneidende Subsysteme, die sowohl in der Organisation als Ganzem als auch in allen Teilbereichen vorkommen :

- das Zielsubsystem, bestehend aus den Unternehmenszielen und den Teilzielen der einzelnen Bereiche,
- das technologische Subsystem, bestehend aus Verfahren und Methoden,
- das Aufgabensubsystem, bestehend aus den Einzelaufgaben, die nötig sind, um das Produkt der Organisation zu erstellen,
- das strukturelle Subsystem, bestehend aus den einzelnen Abteilungen und Bereichen sowie Regelungen und Verfahrensweisen des Managements.
- das soziale Subsystem, bei dem vier Aspekte genannt werden: Führungsstile, formale und informale Subsysteme, die Unternehmensphilosophie sowie die Kenntnisse und Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiterinnen.
- das Subsystem der System/Umwelt-Beziehung: Dieses Subsystem erfaßt die Beziehungen zu Systemen außerhalb der Organisation und betrachtet Prozesse

des *inputs* und des *outputs*. Diese umfassen Öffentlichkeitsarbeit, Umweltschutz, Absatz des Produkts / der Dienstleistung, Beschaffung von Mitteln zur Erstellung des Produkts / der Dienstleistung und das Reagieren auf Anforderungen aus der Umwelt (vgl. French & Bell 1990, S. 102 ff.).

Werden Krankenhäuser als soziale Systeme betrachtet, lassen sich in Anlehnung an French & Bell (1990) als Systeme und Subsysteme sowohl Organisationseinheiten als auch einzelne Tätigkeiten betrachten, die innerhalb von Organisationseinheiten bzw. bereichsübergreifend durchgeführt werden. Systeme mit niedrigerem Komplexitätsgrad können dabei immer als Subsysteme von Systemen mit einem höherem Komplexitätsgrad betrachtet werden.

Abbildung. 1 Beispiele für Systeme und Subsysteme im Krankenhaus

	Pflege	Medizin	Verwaltung
Hoch ↑ Grad der Komplexität ↓ Niedrig	Fachkliniken z.B. Chirurgie, Innere, Onkologie ↑ ↑ einzelne Stations- und Funktionsbereiche, z.B. "Normalstationen", OP, Intensiv, Dialyse, Patientenbegleitung/ Krankentransport ↑ ↑ ↑ bereichsübergreifende Tätigkeiten z.B. Patientenaufnahme, Koordination von Ablauforganisationen ↑ ↑ ↑ ↑ bereichsbezogene Tätigkeiten z.B. Dienstübergabe	Fachkliniken z.B. Chirurgie, Innere, Onkologie ↑ ↑ einzelne Abteilungen für Diagnose und Therapie, z.B. Röntgen, Labor, Pathologie, Herzkatheder, OP, Endoskopie, Physiotherapie, Ergotherapie ↑ ↑ ↑ bereichsübergreifende Tätigkeiten, z.B. Patientenaufnahme, Koordination von Ablauforganisationen ↑ ↑ ↑ ↑ bereichsbezogene Tätigkeiten z.B. Visite	Hauptabteilungen z.B. Finanzen, Personal, Betriebsorganisation ↑ ↑ einzelne Fachabteilungen, z.B. Lohn- und Gehalt, Buchhaltung, EDV ↑ ↑ ↑ bereichsübergreifende Tätigkeiten z.B. Patientenaufnahme, Koordination von Ablauforganisationen ↑ ↑ ↑ ↑ bereichsbezogene Tätigkeiten z.B. Dienstbesprechungen

Krankenhäuser können aufgrund der beschriebenen Perspektive "als Zusammenhang von Subsystemen betrachtet werden, die in dynamischer Interdependenz stehen,..." (French & Bell 1990, S. 109),

Folgt man der systemischen Annahme, daß ein System immer aus der Sicht eines jeweiligen Betrachters konstituiert wird, dann ist es notwendig, daß Beobachter (z.B. Führungskräfte, Inhaber von Stabpositionen, Mitglieder von Projektgruppen usw.) in der Lage sind, mögliche Systemelemente und Relationen zu identifizieren. Betrachtet man z.B. die *Patientenaufnahme (Aufnahme eines Patienten zur stationären Behandlung)* als System, als dessen Elemente „patientenrelevante Daten“ betrachtet werden, dann ist es notwendig zu wissen, daß die Erfassung patientenrelevanter Daten in verschiedenen Bereichen erfolgt, wie sie erfolgt, zu welchem Zweck die Daten erhoben werden und welche Auswirkungen die Datenerhebung in dem einen Bereich auf die Abläufe in den anderen Bereichen hat.

Die Beispiele greifen die Aspekte der Komplexität und der Vernetztheit auf, deren Wirkungen im Rahmen von Entscheidungsprozessen im folgenden dargestellt werden.

Komplexität ist nach Miebach (1991) und Wilke (1991) ein Resultat von Festlegungen und Selektion innerhalb eines Entscheidungsfeldes und damit die Folge einer Selektion des Beobachters aufgrund eines Problems in einer bestimmten Situation (siehe Beispiel *Patientenaufnahme*).

Die Dynamik, die ein System aufgrund seiner Komplexität entwickelt, beruht auf der Interdependenz von System und Umwelt. Dadurch, daß ein *input* aus der Umwelt verändernd auf das System und damit auf die Elemente und ihre Relationen einwirkt, können auf den gleichen *input* zu verschiedenen Zeiten verschiedene Reaktionen erfolgen. "Hohe Komplexität hat also die unangenehme Folge, daß sich ein System im Zeitlauf so unterschiedlich verhält, daß wir nicht in der Lage sind vorauszusagen, welchen Zustand es als nächstes annehmen wird." (Ulrich & Probst, 1995, S. 60)

Systeme können danach eine Vielzahl von Zuständen ausbilden, die sich zunächst nicht abschätzen lassen. Das ist die Folge der Vernetzung von Systemen.

"Vernetzung heißt Art und Grad wechselseitiger Abhängigkeit zwischen Teilen sowie zwischen Teil und Ganzem" (Wilke, 1991, S. 16) Diese wechselseitige Abhängigkeit führt dazu, daß die Veränderungen in einem Teil des Systems oder in den Relationen zu Veränderungen in anderen Teilen bzw. Relationen führen.

Dadurch weisen Systeme einen hohen Grad an Unsicherheit hinsichtlich der Prognostizierbarkeit von Reaktionen und Ergebnissen auf (vgl. Wilke, 1991, S. 21). Dennoch verhalten sich Systeme nicht regellos. Vielmehr laufen die Interaktionen innerhalb eines Systems sowie die Interaktionen eines Systems mit seiner Umwelt

nach bestimmten Regeln ab, die sich als Muster erkennen lassen. Die Regeln bilden sich aus dem "... Zusammenspiel von Struktur und Verhalten heraus..." und begrenzen "...die Verhaltensmöglichkeiten des Systems...". (Ulrich & Probst, 1995, S. 66)

Damit bildet sich eine systemspezifische Ordnung aus, die verhaltensregulierend und damit komplexitätsreduzierend ist.

Solche Ordnungsmuster können sich in Organisationen z.B. in Organigrammen, Ablaufdiagrammen, Stellenbeschreibungen ausdrücken oder in der Unternehmensphilosophie, den Führungsleitlinien usw.. Auch implizit vorhandene Regelungen dessen, "was man tut oder nicht tut", bilden solche Muster. Sowohl explizit formulierte als auch implizite Regeln grenzen das Verhalten der Organisationsmitglieder ein und legen fest, welches Verhalten möglich ist. (vgl. Ulrich & Probst, 1995 S. 68 ff.)

Die Hauptaufgabe des Managements<sup>2</sup> ist die Lenkung eines Systems. Durch Lenkung wird verhindert, daß zufällige und nicht gewollte Ergebnisse entstehen; zur Erreichung des Organisationszwecks gewollte Zustände werden gefördert.

Nach Ulrich & Probst (1995) umfaßt Lenkung zwei Aspekte: Steuerung und Regelung. Als Steuerung bezeichnen sie "...eine informationelle Anweisung an ein System und die Einwirkung auf ein System, damit es sich in einer bestimmten Art verhält und ein Ziel erreicht" (Ulrich & Probst, 1995, S. 79).

Alle Informationen und Rückkopplungen aus dem System und aus der Systemumwelt wirken auf die im System ablaufenden Prozesse verändernd ein. Sind die Störungen voraussehbar, können Systemprozesse z. B. durch Anweisungen in Form bewußter Zielsetzungen so gesteuert werden, daß das Verhalten des Systems auf den Systemzweck ausgerichtet bleibt. Bewußte Steuerungen können z.B. dadurch erfolgen, daß medizinische und pflegerische Standards vorgegeben werden, Kommunikationsstrukturen in Form von festgelegten Besprechungsterminen installiert werden, die pflegerische Informationsweitergabe zur Dienstübergabe zwischen Früh- und Spätdienst auf einer Station geregelt ist usw.. Eine vollkommene Beherrschung durch Steuerung ist aber nicht möglich, weil nicht alle Störungen vorausgesehen werden können.

---

<sup>2</sup>Der Begriff „Management“ umfaßt in diesem Zusammenhang nicht einen bestimmten Personenkreis innerhalb der formalen Struktur, sondern wird im Sinne einer Funktion innerhalb der Organisation benutzt.

Regelung wird umschrieben als "...eine informationelle Rückkopplung einer Abweichung von einem gewünschten Verhalten oder Ziel" (Ulrich & Probst, 1995, S. 79). Die nicht vorhersehbaren Störungen werden als Information bzw. Rückkopplung aufgefaßt und zugelassen und so schnell und so weit wie möglich durch Maßnahmen zur Steuerung (z.B. Setzen von Regeln, Einfordern von Werthaltungen) korrigiert. Damit sind die Rückkopplungen in ihrer Wirkung auf die gewollten Systemprozesse nicht ausgeschaltet; die Abweichungen können aber in tolerierbaren Grenzen gehalten werden. (vgl. Ulrich & Probst, 1995, S. 81f.)<sup>3</sup>

Die Betrachtung von Krankenhäusern als Systeme mit hoher Komplexität und Vernetztheit ist immer dann sinnvoll, wenn Abläufe in Subsystemen aufeinander abgestimmt werden sollen.

Ein Beispiel dafür ist die *Koordination der Operationen* hinsichtlich ihrer Folgen in Bezug auf die Nutzung der einzelnen Operationssäle, des Personaleinsatzes, des zeitlichen Ablaufs der Vorbereitung und Nachbereitung des Operationssaales abhängig von der jeweiligen Dauer der an einem Tag durchgeführten Operationen und die Aufnahmekapazität der Intensivstationen.

In diesem Fall müssen nicht nur die Abläufe innerhalb der Operationseinheit abgestimmt werden: Operationsplan, erstellt durch den ärztlichen Bereich, Vorhalten des Instrumentariums und der notwendigen medizinischen Geräte, Vorbereitung der notwendigen Instrumente und des Operationstisches durch das Pflegepersonal, Vorbereitung der Anästhesie durch Ärzte und Pflegekräfte, Betreuung der Patienten nach der Operation im Aufwachraum sowie der Einsatz des Reinigungspersonals zwischen den Operationen. Es müssen auch die Abläufe der Stationen (Vorbereitung des Patienten zur Operation) und des Krankentransports (rechtzeitiger, d.h. nicht zu früher und nicht zu später Transport des Patienten in die Operationseinheit und zurück auf die nachsorgenden Einheiten) berücksichtigt werden.

Es ist die Aufgabe der jeweiligen Leitungskräfte, diese Abläufe so aufeinander abzustimmen, daß u.a.

- Patienten pünktlich zu den Operationseinheiten gebracht werden
- dort sach- und fachgerecht versorgt werden
- die Operationen so zügig aufeinander folgen, daß kein Leerlauf entsteht und dadurch Operationsteams zu lange Wartezeiten haben

---

<sup>3</sup>Eine ausführliche Darstellung der Systemtheorie findet sich z.B. bei Ulrich & Probst, 1995; Wilke, 1991; Miebach, 1991

- Die Operationsteams, bestehend aus ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiterinnen, rechtzeitig vorbereitet und im Operationssaal anwesend sind
- Mitarbeiterinnen die notwendigen Pausen einhalten können
- Betriebszeiten für geplante Eingriffe eingehalten werden.

Aus dieser kurzen Beschreibung wird deutlich, daß diese Abläufe in einem hohen Maß miteinander vernetzt sind und sich in ihren Auswirkungen wechselseitig beeinflussen. So wirkt sich z.B. eine schlechte zeitliche Planung, die alle Abläufe umfassen kann, verzögernd auf die Tagesplanung aus und führt u.U. zu Mehrarbeitsstunden und evtl. Unzufriedenheit für das Operationsteam und, wenn Patienten erst mit großer zeitlicher Verzögerung wieder auf die Station verlegt werden können, zu Mehrarbeitsstunden und evtl. Unzufriedenheit auf den Stationen / Einheiten.

An den Beispielen der *Patientenaufnahme* und der *Koordination von Operationen* wird deutlich, daß die bisher übliche Sichtweise von Krankenhäusern als Expertenorganisationen im Sinne Scotts oder als soziale Organisationen im Sinne Schreyögg zu erheblichen Problemen führen kann. Beide Sichtweisen stellen die fachbezogenen Aufgaben und deren Regelung bzw. Kontrolle durch fachbezogene Normen bzw. Standards in den Vordergrund. Organisatorische Erfordernisse sieht Scott als konfliktfördernden Gegensatz zu fachbezogenen Aufgaben; Schreyögg greift den Aspekt der organisatorischen Erfordernisse nicht auf. Komplexe Aufgaben, wie sie die beiden genannten Beispiele beschreiben, schließen aber mehrere „Expertenbereiche“ ein (Verwaltung, Medizin, Pflege), bei denen zunächst nur die eigenen Aufgaben und Abläufe im Vordergrund stehen.

Die Vernetzung und Wechselseitigkeit der Abläufe werden dabei häufig nicht berücksichtigt.

So stehen, bezogen auf das Beispiel *Patientenaufnahme*, für die Verwaltung die personenbezogenen Daten im Vordergrund, die sie für die Anlage der Patientenakte und für die Abrechnung mit den Krankenkassen benötigt. Für die Ärzte stehen die medizinischen Daten im Vordergrund, die für die weitere Diagnose und Therapie benötigt werden, für die Pflegekräfte stehen die pflegerelevanten Daten im Vordergrund, die für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit und ggf. als Basis für die weitere Planung der Pflege wichtig sind.

Von einer genauen Erfassung und Weitergabe medizinischer Daten hängt aber nicht nur die weitere medizinische Behandlung ab. Auch die pflegerische Versorgung kann nur sinnvoll erfolgen, wenn medizinisch relevante Daten berücksichtigt werden.

Sowohl medizinische als auch pflegerische Daten sind im weiteren Verlauf wichtig für die Kostenerfassung in der Verwaltung, die die Abrechnung mit den Krankenkassen durchführt.

Bei einer systemischen Sichtweise stehen nicht die einzelnen Abläufe, sondern die Situation (Patientenaufnahme, Koordination der Abläufe im Operationssaal) im Mittelpunkt. Dadurch können sowohl organisatorische Abläufe als auch Anforderungen der sach- und fachgerechten Aufgabenerfüllung in ihrer Vernetztheit innerhalb der Situation in die Betrachtung einbezogen werden.

Die angeführten Beispiele greifen einzelne grundlegende Aspekte auf, mit denen sich Leitungskräfte in Krankenhäusern in Zukunft verstärkt auseinandersetzen müssen: die berufsgruppenübergreifende Koordination situationspezifischer Aufgaben und Abläufe unter Berücksichtigung patientenbezogener, mitarbeiterbezogener, organisatorischer, (arbeits-)rechtlicher und wirtschaftlicher Bedingungen.

## **2.2 Entwicklung der Krankenhäuser als soziale Einrichtungen**

Moderne Krankenhäuser sind Leistungserbringer im Bereich des Gesundheitswesens, deren Hauptaufgabe eine medizinische und pflegerische Krankenversorgung ist, die ambulant nicht geleistet werden kann.

Sie erbringen darüber hinaus Leistungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften und Ärzten sowie im Bereich der Forschung und Entwicklung. (vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 1998, S. 17)

Ihren Ursprung haben moderne Krankenhäuser in den von Klöstern eingerichteten Hospizen und Spitälern, in denen arme Kranke und Sterbende Unterkunft und Pflege erhalten konnten. Diese Zielsetzungen leiteten sich aus den Grundsätzen der christlichen Nächstenliebe ab.

Eine medizinische Versorgung im Sinne einer Diagnose und Therapie hatte in den frühen Einrichtungen der Krankenversorgung keine Bedeutung; als Grundlage einer Genesung wurden Gebet und Gottesdienst angesehen. (vgl. Flierl, 1992, S. 125 f)

Damit hatte die Versorgung von Kranken in speziell dafür geschaffenen Institutionen seit dem Mittelalter eher einen sozialen und humanitären als einen medizinischen Hintergrund. Erst die zunehmende Leistungsfähigkeit der Medizin durch neue theoretische Erkenntnisse und einer darauf aufbauenden Ausbildung der Ärzte ermöglichte eine zielgerechte Diagnose und Therapie. Dadurch wandelte sich auch die Bedeutung der Krankenhäuser; die sozialen und humanitären Funktionen wurden

davon zunächst nicht berührt. Zu einer Änderung dieser Sicht führten nach Arnold (1993) allerdings zwei Ereignisse:

- Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung, die für die Versicherten ein Anrecht auf Krankenhausleistungen entstehen ließ. Dadurch wurde es notwendig, entsprechende Leistungsangebote vorzuhalten.
- Der medizinische Fortschritt führte zu neuen kosten- und personalintensiven Diagnose- und Therapiemethoden.

Beides zusammen hatte nach Arnold zur Folge, daß für die Krankenhausleitungen Fragen der Effizienz stärker in den Vordergrund rückten und die sozialen und humanitären Ziele der Versorgung kranker Menschen in den Hintergrund traten. Gleichzeitig erwarteten die Patienten aber weiterhin Pflege und Versorgung nach den hergebrachten Grundsätzen (vgl. Arnold, 1993, S. 15 ff).

Die Folge war die Entwicklung der spezialisierten Aufgabenbereiche der Medizin, Pflege und Verwaltung.

Krankenhäuser konnten daher (in Anlehnung an Schreyögg (1992)) als soziale Organisationen mit einer hohen, ihrer Zielsetzung entsprechenden, spezialisierten Ausdifferenzierung betrachtet werden

Die sich aus dieser Ausdifferenzierung ergebenden Kernaufgaben der medizinischen und der pflegerischen Versorgung und Betreuung der Patienten erfordern ein hohes Maß an Fachwissen und fachspezifischen Fähigkeiten.

Beides muß ständig weiterentwickelt werden. Gleichzeitig entsteht ein hoher administrativer Aufwand, der sowohl die Verwaltung der organisationsinternen Vorgänge betrifft als auch den Bereich der Verhandlungen und des Abrechnungswesens mit den Krankenkassen. Die für die Bewältigung der Kernaufgaben notwendige Spezialisierung erfordert ein hohes Maß an Arbeitsteiligkeit sowie Expertenwissen und professionell handelnde Organisationsmitglieder. Gleichzeitig ist eine Standardisierung, Kontrolle und Koordination notwendig. Aufgrund dessen haben sich drei Funktionsbereiche herausgebildet: Der medizinische Bereich mit der Aufgabe der Diagnose und Therapie, der pflegerische Bereich mit der Aufgabe der Grund- und Behandlungspflege und der verwaltende Bereich, dessen Schwerpunkt Administration, Beschaffung von Sachmitteln und technische Versorgung ist.

Krankenhäuser weisen noch weitgehend eine Linien-Stab-Organisation auf. An der Spitze des Krankenhauses steht das Direktorium, dem entsprechend den drei

Funktionsbereichen der ärztliche Direktor, der Pflegedirektor und der Verwaltungsdirektor angehören. Diese bilden wieder die Führungsspitze der jeweiligen Bereiche. Stäbe können z.B. Aufgaben der Qualitätssicherung, der Aus- und Weiterbildung usw. erfüllen.

Die Veränderungen der gesamtwirtschaftlichen Lage und die damit gesunkenen Einnahmen der Krankenkassen, die gestiegenen Kosten im Gesundheitswesen bei gleichzeitiger Entwicklung der Hochleistungsmedizin und einer Änderung der Patientenstruktur machen es erforderlich, die vorhandene Krankenhausstruktur diesen wirtschaftlichen Bedingungen anzupassen und gleichzeitig die Qualität der Patientenversorgung zu erhalten bzw. zu verbessern.

Diese Anforderungen sind aber mit der bisherigen organisatorischen Struktur kaum noch zu bewältigen (siehe die Beispiele der *Patientenaufnahme* und der *Koordination der Operationen*).

Die Veränderungen, mit denen sich Krankenhausträger und -leitungen z.Zt. auseinandersetzen müssen, betreffen wirtschaftliche und personelle Aspekte.

Eine Veränderung der Patientenstruktur erfordert neue Konzepte der pflegerischen Versorgung und Betreuung. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft hat sich die Zahl der Patienten über 64 Jahren in der Zeit von 1985 bis 1995 um ca. 40% vergrößert, ihr Anteil an Pflgetagen liegt z.Zt. bei 47%. Durch den höheren Anteil älterer Patienten steigt auch die Zahl der multimorbiden Patienten mit drei und mehr Diagnosen. (vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1998, S. 13)

Zusätzlich verstärkt wird dieses Phänomen dadurch, daß das Angebot an ambulanten Versorgungs- und Therapiemöglichkeiten für leichtere Erkrankungen zunimmt.

Gleichzeitig werden Patienten früher in den häuslichen Bereich oder in Pflegeheime entlassen, so daß, während die Zahl der schwerstkranken multimorbiden Patienten mit einem hohen Anteil an pflegerischer Versorgung steigt, insgesamt die Verweildauer im Krankenhaus sinkt. Dies hat u.a. zu einem Abbau der Bettenkapazitäten geführt.

Verstärkt wird diese Entwicklung durch medizinische Fortschritte z.B. im operativen Bereich, wo durch minimalinvasive Verfahren<sup>4</sup> eine deutliche Verkürzung der Nachbetreuung möglich ist.

Zusätzlich hat die Entwicklung der Medizin und der Medizintechnik aber auch dazu geführt, daß in immer mehr Fällen eine Heilung bzw. eine Verbesserung der

---

<sup>4</sup> "Knopflochchirurgie" unter Verwendung von Endoskopen

Krankheitssituation erzielt werden kann und auf diese Weise mehr Patienten behandelt werden.<sup>5</sup>

Die Senkung der Verweildauer bei gleichzeitig vermehrter Diagnose- und Therapiemöglichkeit hat zur Folge, daß einerseits Bettenzahlen verringert werden (können), die Anzahl der stationär aufgenommenen Patienten insgesamt aber steigt.

Für die Mitarbeiterinnen in den bettenführenden Bereichen des Krankenhauses heißt das, daß der Anspruch an die pflegerische Versorgung der Patienten steigt. Eine Spezialisierung der einzelnen Fachabteilungen der Krankenhäuser erfordert nicht nur eine entsprechende spezielle medizinische Versorgung; es müssen auch die pflegerischen Konzepte angeglichen werden. Dabei bezieht sich die Spezialisierung nicht nur auf unterschiedliche fachliche Bereiche. Häufig durchlaufen Patienten auch unterschiedliche Phasen der medizinischen und pflegerischen Versorgung innerhalb eines Fachbereichs, die sich an den jeweiligen Verläufen orientieren. So kann ein Patient zunächst auf der Intensivstation aufgenommen werden, wird danach evtl. in eine *intermediate-care-unit*<sup>6</sup> verlegt und von dort auf eine "Normalstation". In unterschiedlicher Intensität sind in diesen Phasen neben medizinischen und pflegerischen Fachkräften auch Krankengymnasten, Ergotherapeuten usw. mit der Versorgung des Patienten betraut, so daß ein hohes Maß an Koordination und Kooperation zwischen den Berufsgruppen erforderlich ist, um eine angemessene und sinnvolle Versorgung zu gewährleisten. Damit erhöht sich aber auch der Anteil an kommunikativen, organisatorischen und administrativen Aufgaben im stationären Bereich. Ablauforganisationen müssen so gestaltet sein, daß Aufgaben der Patientenversorgung und organisatorische Aufgaben in ihrer jeweiligen Gewichtung berücksichtigt werden. Ein erhöhter Patientenwechsel erfordert pflegerische, organisatorische und kommunikative Strukturen, die eine Kontinuität in der Versorgung der Patienten gewährleisten.

Erweiterte Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten erfordern zusätzlich eine Ablauforganisation zwischen den Fachabteilungen, die sich an den Erfordernissen der "Funktionalität und Rationalität der Betriebsabläufe" (Arnold, 1993, S.18) ausrichtet gleichzeitig aber die Bedürfnisse der Patienten mit berücksichtigt.

---

<sup>5</sup> Die Zahl der Betten wurde im Zeitraum von 1991 bis 1996 insgesamt um 11% reduziert, die Zahl der stationär behandelten Patienten stieg im gleichen Zeitraum "um über 1,3 Mio. auf jetzt 15,2 Mio." (vgl. Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 1998, S. 17)

<sup>6</sup> *intermediate-care-units* sind Überwachungseinheiten für überwachungsbedürftige aber nicht mehr intensivpflichtige Patienten

All das führt zu einer Steigerung von Komplexität und Vernetztheit der Aufgaben im stationären Bereich, die durch von außen vorgegebene Normen und Standards im Sinne bürokratischer Organisationsmuster nicht zu bewältigen sind. Auch das Muster einer Expertenorganisation, bei dem bürokratische und fachbezogene Regeln nebeneinander bestehen, greift hier zu kurz. Es geht davon aus, daß Experten tätig sind, die ein Spezialwissen zur Erfüllung ihrer fachbezogenen Aufgaben in Form von Verfahrensregeln, Normen und Standards zur Erfüllung ihrer Aufgaben in der Aus- und Weiterbildung erworben haben.

Die bisherige Organisationsform der Linien-Stab-Organisation hat dieses Muster aufgegriffen; sie eignet sich aber nicht zur Bewältigung von Komplexität und Vernetztheit. Dazu ist eine systemische Sicht sowohl des gesamten Krankenhauses als auch der einzelnen Abteilungen und Stationen erforderlich.

Bezogen auf das Führungshandeln der Stations- und pflegerischen Abteilungsleitungen bedeutet diese Sichtweise, von der Organisation vorgegebene Regeln situationsspezifisch mit fachlichen Regeln zu verknüpfen und zugleich die Aspekte der Komplexität und der Vernetztheit mit dem medizinischen und administrativen Bereich einzubeziehen.

### **2.3. Führungshandeln in sozialen Systemen**

Die angeführten Subsysteme in Krankenhäusern und die daraus abgeleiteten Beispiele der Patientenaufnahme und der Koordination der Abläufe im Operationssaal machen den Grad an Komplexität und Vernetztheit deutlich, mit dem Führungskräfte in ihrem beruflichen Alltag und in ihrem Führungshandeln konfrontiert werden.

Führungshandeln kann als gesteuertes und rationales Handeln betrachtet werden,

- dem Handlungsziele zugrunde liegen,
- das vorhandene Rahmenbedingungen berücksichtigt,
- bei dem adäquate Methoden zur Umsetzung von Maßnahmen und zu deren Kontrolle zur Anwendung kommen (vgl. Krapp & Weidenmann, 1999, S. 79).

Ein solches Führungshandeln geht von einer objektiven bzw. objektivierbaren Wirklichkeit aus, in der bestimmte situationsbezogene Entscheidungen, getroffen von einer einzelnen Führungskraft, zu bestimmten Ergebnissen führen.

Komplexität und Vernetztheit in Organisationen führen aber zu Widersprüchlichkeit, Mehrdeutigkeit von Fakten und Situationen, und nur bedingter Vorhersehbarkeit von Handlungsfolgen und Instabilität innerhalb des Führungsgeschehens. Eine Steuerung

durch ein rein rationales Führungshandeln, ausgeführt durch eine Führungsperson, ist daher kaum oder gar nicht möglich.

Neuberger schlägt daher zur Steuerung des Führungshandelns den Ansatz der symbolischen Führung<sup>7</sup> vor. Die zentrale Kategorie der symbolischen Führung ist die des Sinns, der in Symbolen faktisch erfahrbar ist (vgl. Neuberger, 1995, S. 246).

„Symbolische Führung nutzt den Sinn, der in Fakten liegt, die vorgefunden oder geschaffen werden“ (Neuberger, 1995, S. 246). Diese (empirischen) Fakten haben einerseits „... eine spezifische offen zutage liegende „rein praktische“, handlungs- und wirkungsbezogene Funktion. Zugleich aber können Fakten interpretiert und damit in neue Zusammenhänge gestellt werden“ (Neuberger, 1995, S. 246).

Da die Bedeutung von Fakten aber auch immer der jeweiligen Interpretation der einzelnen Handelnden unterliegt, ist es eine notwendige Führungsaufgabe, diese Bedeutungen so zu vermitteln, daß sie von anderen Beteiligten im jeweiligen Kontext nachvollzogen werden können. Nur dann ist sinnvolles Anschlußhandeln möglich (vgl. Neuberger, 1995, S. 246 ff.).

Das erfordert z.B., daß Führungskräfte notwendige Veränderungen von Regeln, Abläufen usw. offen legen und begründen.

Neben den situationsbezogenen (Be-)deutungen gibt es auch situationsübergreifende Deutungsmuster in Organisationen. Sie sind einerseits vorgegeben durch Vorschriften, Organisationsprinzipien, Leitbilder usw.. Sie sind aber auch vorgegeben durch z.B. formelle und informelle Regeln und Strukturen sowie durch Rituale, Bräuche, Sprachregelungen, Logos.

Diese sind als Fakten in ihrer Bedeutung für die Organisation belegt (symbolisiert) und wirken verhaltensregulierend.

„Solche Ent- und Verschlüsselungen von Sinn können nicht einfach von einem autoritären Sender auferlegt werden, sondern müssen angeboten, „verkauft“, ausgehandelt werden, denn Sinn wird vom Empfänger gemacht.“ (Neuberger, 1995, S. 256.)

---

<sup>7</sup> Neuberger führt drei Zentralbegriffe der symbolischen Führung an, die in Wechselwirkung stehen: Symbole: Sie werden verstanden als "...ein Sinn-Bild, das die Konkretisierung oder Ver-Wirklichung von Sinn darstellt. Welcher Sinn durch diese Vergegenständlichen ausgedrückt wird, ist in bestimmten Deutegemeinschaften festgelegt und im allgemeinen kulturspezifische Konvention...Sinnstiftung ist keine individuelle Leistung, sondern setzt soziale Verbindlichkeit und Verständlichkeit voraus" (Neuberger, 1995, S. 245)

Sinn: "...ist Verortung und Vernetzung einer sozialen Tatsache (z.B. eines Gedankens, einer Äußerung, eines Produkts, eines Lebensentwurfs usw.). Sinn ist nur möglich in und durch einen Bezugsrahmen..." (Neuberger, 1995, S. 245) "Dieser Sinn ist gegenständlich und faktisch erfahrbar in Symbolen" (Neuberger, 1995, S. 246)

Fakten: Sind von Menschen gemachte Tat-Sachen. "Symbolische Führung heißt .....von empirischen Fakten auszugehen und sie zu deuten, ihren Sinn zu verstehen." (Neuberger, 1995, S. 246)

Ulrich & Probst (1995) fordern von Führungskräften einen "Professionalismus im Management" (Ulrich & Probst, 1995, S. 310), der mehrere Dimensionen umfaßt. Eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung ist danach ein hohes Maß an fachlichem und inhaltlichem Wissen zur Gestaltung von Führungsaufgaben. Dazu gehört für pflegerische Leitungskräfte z.B. Wissen um Möglichkeiten der Aufbau- und Ablauforganisation, Managementmethoden, arbeitsrechtliche Fragen, Qualitätsmanagement, Pflegemanagement usw..

Das alleine reicht aber nicht aus, da Führung sich immer in Situationen abspielt, in denen mehrere Menschen gemeinsam und wechselseitig aufeinander bezogen handeln. Im stationären Bereich handeln aber nicht nur Mitarbeiterinnen der jeweiligen Station und Angehörige anderer Berufsgruppen wechselseitig aufeinander bezogen. Patienten und deren Angehörige stehen im Mittelpunkt vieler Arbeitsprozesse. Deshalb sind sie unmittelbar an dem gemeinsamen wechselseitigen Handeln beteiligt und beeinflussen die jeweilige Situation mit.

Als weitere Bedingung führen Ulrich & Probst (1995) daher Team- und Kommunikationsfähigkeit an. Diese umfaßt über das inhaltliche Wissen um Teamstrukturen und –prozesse und Kommunikationsvorgänge hinaus die Fähigkeit, sich in sozialen Prozessen sinnvoll zu verhalten.

Dieses Verhalten schließt die flexible Reaktion in unterschiedlichen Führungssituationen ein. Sich schnell ändernde Situationen erfordern ein Verhalten, das über die bloße Anwendung von externen Regeln hinausgeht und Maßnahmen der Steuerung und Regelung in den Vordergrund stellt. Voraussetzung ist, daß die Situationen verstanden werden. Nach Ulrich & Probst (1995) erfordert dieses Verstehen "...das Einordnenkönnen von vielen Einzelheiten und Informationen in einen umfassenden Kontext und damit eben die Fähigkeit, rasch etwas Neues in ein Ordnungsmuster einzuordnen und es aus der Sicht eines größeren Ganzen zu beurteilen" (Ulrich & Probst, 1995, S. 311)

Auch Ulrich & Probst sehen es als wesentlichen Teil des Führungshandelns an, einem Mitarbeiter den Sinn von Geschehnissen, Vorgängen, Vorgaben usw. innerhalb des jeweiligen Bezugsrahmens des größeren Ganzen zu vermitteln bzw. es ihm zu ermöglichen, "...dem Geschehen selbst einen Sinn zu geben, indem er es im größeren Zusammenhang versteht." (Ulrich & Probst, 1995, S. 312)

Eine weitere Dimension stellt nach Ulrich & Probst die Fähigkeit dar, "...das Wechselspiel von kreativer Phantasie und exakter Analyse zu beherrschen" (Ulrich & Probst, 1995, S. 312) und aus dieser Fähigkeit heraus sinnvolle Innovationen gedanklich zu entwickeln und sie den Mitarbeiterinnen als sinnvoll in den

Bezugsrahmen der täglichen Arbeit integriert zu vermitteln. (vgl. Ulrich & Probst, 1995, S. 310 ff.)

Damit Führungskräfte diese Anforderungen erfüllen können, ist u.a. ein hohes Qualifikationsniveau der Mitarbeiterinnen im Bereich des Managements notwendig, durch das sie befähigt sind, "...flexibel und innovativ ihre Arbeit zu gestalten..." (Borsi & Schröck, 1995, S. 14).

Dazu ist es sinnvoll, daß auch die Maßnahmen der Weiterbildung von pflegerischen Führungskräften die geänderten Erwartungen und Anforderungen aufgreifen.

Weiterbildungsmaßnahmen für pflegerische Führungskräfte orientieren sich noch weitgehend an dem Modell der Expertenorganisation bzw. an dem Modell einer sozialen Organisation im Sinne Schreyögg's (1991) und umfassen Bereiche wie Mitarbeiterführung, Organisation der Station als Organisationseinheit und der pflegerischen Aufgabe, administrative Aufgaben und rechtliche Hintergründe. Vermittelt wird ein Wissen, das es ermöglicht, Ziele und Verfahrensregeln im Kontext der Aufgabe *Leitung einer Station oder Abteilung* sach- und fachgerecht innerhalb einer vorgegebenen Struktur umzusetzen. Damit wird eine notwendige Grundlage zur Qualifikation von pflegerischen Führungskräften geschaffen. Diese Qualifikation ist aber nicht hinreichend zur Fundierung von Führungshandeln unter den Annahmen von Komplexität, Vernetztheit und der daraus resultierende Widersprüchlichkeit und Mehrdeutigkeit in Führungssituationen.

Dazu notwendig ist die von Ulrich & Probst (1995) geforderte Fähigkeit zur Situationsanalyse und zum Verstehen von Situationen, verbunden mit dem darauf bezogenen situationsspezifischen Handeln auch unter Unsicherheitsbedingungen. Dies kann durch die alleinige Vermittlung dieser Inhalte nicht erreicht werden. Das gleiche trifft auf die von Borsi & Schröck (1995) geforderte Fähigkeit zur flexiblen und innovativen Arbeitsgestaltung zu.

Um diese Forderungen zu erfüllen erscheint es sinnvoll, das vermittelte Spezialwissen durch die Förderung analytischer Fähigkeiten sowie der Fähigkeit, Methodenwissen situationsspezifisch einzusetzen, zu ergänzen und zu neuen Handlungsmustern zu verknüpfen. Der Situationsbezug kann vertieft werden, wenn auch organisationale Rahmenbedingungen angemessen einbezogen werden.

Durch die Verknüpfung dieser Aspekte kann die Vermittlung von fachbezogenem (Führungs-) Wissen mit dem Aufbau neuer Handlungsmuster verbunden werden.

Darüber hinaus ist es sinnvoll, diese Weiterbildungsmaßnahmen in strukturierte und koordinierte Konzepte zur Personalentwicklung einzubinden, durch die Strukturen geschaffen werden, die ein verändertes Verhalten zulassen und fördern.

### **3. Personal- und Organisationsentwicklung im Krankenhaus als Komponenten betrieblichen Lernens**

Die von mir formulierten Anforderungen an die Weiterbildung pflegerischer Leitungen im mittleren Management<sup>29</sup> haben einerseits das Ziel, den Aufbau von Wissen und Handlungsmustern bei den Führungskräften zu fördern. Zusätzlich beziehen sie aber auch Rahmenbedingungen der Organisation Krankenhaus ein mit dem Ziel, einen möglichst vertieften (und realistischen) Situationsbezug herzustellen.

Damit werden unterschiedliche Lernprozesse und Lernkontexte angesprochen, die situationspezifisches Analysieren und Verstehen fördern und ein sinnvolles, situationspezifisches Anschlußhandeln ermöglichen gleichzeitig aber auch Auswirkungen auf die Organisation haben.

Unterstützend wirken dabei Konzepte der Personalentwicklung, die die systemische Annahme von Komplexität und der Vernetztheit von individuellen und organisationalen Lernprozessen aufgreifen.

#### **3.1 Personalentwicklung als eine Komponente betrieblichen Lernens**

Der Begriff „Personalentwicklung“ (PE) umfaßt eine Mehrzahl von Ansätzen mit unterschiedlichen Schwerpunkten hinsichtlich der Zielsetzung von Personalentwicklungsmaßnahmen<sup>9</sup>. Grundsätzlich greifen die Ansätze immer organisationsbezogene und mitarbeiterbezogene Ziele auf, die allerdings unterschiedlich gewichtet werden.

---

<sup>29</sup>Pflegerische Führungskräfte im mittleren Management sind für die Leitung einer Station oder Funktionseinheit verantwortlich. Unter Funktionseinheiten werden z.B. Intensivpflegeeinheiten, Operationseinheiten, Aufnahmeeinheiten, Dialyseeinheiten usw. verstanden. Die pflegerischen Führungskräfte sind z.B. verantwortlich für die pflegerischen und organisatorischen Abläufe der Station bzw. Funktionseinheit, organisieren den Personaleinsatz der Pflegekräfte (über Dienstpläne), übernehmen die Aufgabe der Mitarbeiterführung (bezogen auf Pflegekräfte) in ihren Bereichen, sind verantwortlich für die Umsetzung von pflegerischen und organisatorischen Neuerungen in ihren Bereichen, vertreten die Station bzw. Abteilung gegenüber anderen Abteilungen und Berufsgruppen sowie der vorgesetzten Pflegedienstleitung z.B. in Besprechungen, Klärungsgesprächen zur Koordination von Abläufen oder Konflikten, sind eingebunden in Regelbeurteilungen.

Im Krankenhausalltag wird noch häufig die Bezeichnung „Stationsleitung“ benutzt; in Fachzeitschriften wird teilweise die Bezeichnung „Pflegefachkraft im mittleren Management“ verwendet. Ich werde im Folgenden die drei Bezeichnungen synonym verwenden.

<sup>9</sup> Ein ausführlicher Vergleich findet sich bei Neuberger, 1995

Mentzel (1997) stellt die Förderung der individuellen Entwicklung der Mitarbeiterinnen unter Berücksichtigung der jeweiligen Fähigkeiten und Interessen als zentrale Funktion der Personalentwicklung dar. So führt Mentzel aus:

"Personalentwicklung kann definiert werden als der Inbegriff aller Maßnahmen, die der individuellen beruflichen Entwicklung der Mitarbeiterinnen dienen und ihnen unter Beachtung ihrer persönlichen Interessen die zur optimalen Wahrnehmung ihrer jetzigen und künftigen Aufgaben erforderlichen Qualifikationen vermitteln" (Mentzel, 1997, S. 15)

Er erwähnt aber, daß Personalentwicklungsmaßnahmen ohne Berücksichtigung der Unternehmensziele und der Erfordernisse und Gegebenheiten des Arbeitsumfeldes unzureichend sind. (vgl. Mentzel, 1997, S. 17)

Mentzel geht von möglichen Konflikten zwischen Zielen der Organisation und individuellen Zielen aus. Eine Lösung liege im Aufgabenbereich der verantwortlichen Führungskräfte. Ihre Aufgabe sei es dabei, Unternehmensziele, individuelle Ziele und Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen zur Deckung zu bringen. Als Mittel schlägt er die individuelle Laufbahnplanung der Mitarbeiterinnen hinsichtlich ihrer Aufstiegswünsche vor, die dann aber wieder in Übereinstimmung mit den betrieblichen Interessen gebracht werden müssen (vgl. Mentzel, 1997, S. 25 f).

Allerdings geht Mentzel nicht darauf ein, nach welchen Kriterien eine solche Übereinstimmung hergestellt werden soll. Die Frage bleibt offen, ob sich die jeweilige Führungskraft eher an den individuellen Interessen der Mitarbeiterinnen orientieren und ggf. die Stations- oder Abteilungsziele diesen Bedürfnissen anpassen soll oder ob eher die betrieblichen Interessen Priorität haben.

Dagegen versteht Hackstein(1993) unter Personalentwicklung das "...Entwickeln (d.h. Erweitern und/oder Vertiefen) des internen Angebots an menschlicher Arbeitsleistung (Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft) im Sinne von Ausbilden, Fortbilden, Weiterbilden, Erziehen und Umschulen von Personal." (Hackstein u.a., zit. nach Heeg & Münch, 1993, S. 302)

Nach Neuberger (1994) ist Personalentwicklung "... die Umformung des unter Verwertungsabsicht zusammengefaßten Arbeitsvermögens" (Neuberger,1994, S.3), wobei Arbeitsvermögen nicht das ist, „...was eine individuelle Person (leisten) kann, (...), sondern was eine Person, die mit anderen Personen nach vorgegebenen Regeln und Zielen zusammenarbeitet, (leisten) kann." (Neuberger, 1994, S. 3)

Hackstein und Neuberger vermeiden in ihren Ansätzen eine Personalisierung und Individualisierung der Personalentwicklung. Im Mittelpunkt steht "das interne Angebot an Arbeitsleistung" bzw. das "Arbeitsvermögen". Damit liegt der Schwerpunkt nicht auf Personen, sondern auf dem Personal als der personellen Kapazität eines Unternehmens (vgl. Neuberger, 1994, S. 8).

Neuberger verknüpft die Entwicklung der Arbeitsleistung des Personals mit den Anforderungen und Zielen der Organisation<sup>10</sup> und stellt diese damit in das Zentrum der Personalentwicklung.

Neuberger begründet seine Sichtweise damit, daß in einer Organisation nicht alle individuellen Phantasien, Träume, Wünsche, Möglichkeiten zum Tragen kommen können (vgl. Neuberger, 1994, S. 8ff.). Eingeschränkt wird die Individualität durch verbindliche Regeln. Mögliche Konflikte zwischen den Zielen der Gesamtorganisation Krankenhaus und bereichsspezifischen bzw. individuellen Zielen werden auf diese Weise minimiert (vgl. Neuberger, 1994, S. 3).

Personalentwicklung, die diesem Ansatz folgt, betrachtet Mitarbeiterinnen nicht unter dem Gesichtspunkt der individuellen Persönlichkeit, die weiterentwickelt werden soll, sondern als wichtige (Arbeits-) Faktoren innerhalb der Organisation. Interventionen zur Personalentwicklung in diesem Sinn können deshalb nicht nur in der Weiterbildung von Personen bestehen; sie müssen gleichzeitig (bezogen auf eine Zielsetzung) auch auf andere Ebenen der Organisation gerichtet sein.

So kann eine Maßnahme zur Personalentwicklung, die mit dem Ziel durchgeführt wird, berufsgruppenübergreifendes Arbeiten zu fördern, folgende Interventionen umfassen:

- auf der Ebene der einzelnen Mitarbeiterinnen z.B. als berufsgruppenspezifische oder –übergreifende Lehrgänge bzw. Seminare (z.B. Mitarbeiterführung, Dienstplangestaltung, Gesprächsführung).
- auf der Ebene der Teams Maßnahmen zur Teamentwicklungen innerhalb der Stations- und Abteilungsteams und / oder berufsgruppenübergreifend (Ärzte und Pflegekräfte einer Station oder Pflegekräfte, Physio- und Ergotherapeuten im Rahmen eines Projekts).
- auf der Ebene der Organisationsentwicklung in Form von Veränderungen oder Anpassung von Abläufen (z.B. durch Arbeitsgruppen zur Koordination übergreifender Abläufe und Förderung der Kooperation und Anpassung der

---

<sup>10</sup> Organisation wird in diesem Zusammenhang als Gesamtheit der Regeln und Handlungsmuster aufgefaßt, die notwendig sind, um eine Aufgabe zu erfüllen und die für alle verbindlich sind.

Arbeitsabläufe an die Ergebnisse der Arbeitsgruppe unter Berücksichtigung der Ziele der Gesamtorganisation Krankenhaus).

Ziel der Interventionen ist es, die Handlungen der einzelnen Mitarbeiterinnen, die Beziehungen innerhalb und zwischen Teams sowie Abläufe zu verändern und zu koordinierten und zwar so, daß Prozesse und Ergebnisse bezogen auf die Organisationsziele verbessert werden. (vgl. Neuberger, 1994, S. 12 f.)

Durch die Verknüpfung des individuellen Lernens mit dem Lernen des berufsspezifischen und -übergreifenden Teams und dem Lernen der Organisation ist eine Personalentwicklung in diesem Sinn auch immer gleich Organisationsentwicklung.

Werden Maßnahmen zur Personalentwicklung im Sinne Nebergers für das gesamte Krankenhaus geplant, so heißt das, daß die gemeinsame Zielsetzung für jede Mitarbeiterin jeder einzelnen Station und Abteilung gelten muß und zwar sowohl innerhalb als auch zwischen den Säulen Pflege, Medizin und Verwaltung.

Eine Sichtweise von Krankenhäusern als soziale Systeme, in denen sich interdependente, aufgrund eines systemspezifischen Sinns in Interaktion tretende Subsysteme auf verschiedenen Ebenen betrachten lassen (vgl. Abb. 1), ermöglicht daher eine Personalentwicklung im Sinne Nebergers, die übergreifend und damit ggf. für das gesamte Krankenhaus wirksam ist.

Diese Sichtweise muß allerdings von möglichst vielen Leitungskräften aller Bereiche und Ebenen geteilt werden. Nur dann können auch die Strukturen auf der Organisationsebene entsprechend den Zielen der Personalentwicklungsmaßnahme geändert werden.

Nach Sonntag (1999) steht im Zentrum der Personalentwicklung nicht nur die Förderung fachlicher Qualifikationen sondern auch die "...Gesamtpersönlichkeit des in der Organisation tätigen Menschen" (Sonntag, 1999, S. 17 f.).

Er betont die Bedeutung des menschlichen Verhaltens für Organisationen und schließt sich Lantermann (1991) an, nach dessen Sichtweise der Fokus der Veränderung „... auf überdauernden, persontypischen, kognitiven, motivationalen und emotionalen Strukturen oder Schemata für den Prozeß der psychischen Handlungsregulation (vgl. Lantermann, 1991, S. 78 zit. nach Sonntag, 1999, S. 18 und Sonntag, 1999, S. 18) liegt.

Die Zielsetzung von Personalentwicklungsmaßnahmen ist nach Sonntag „... der Aufbau und die Weiterentwicklung von Qualifikationspotentialen und Persönlichkeitsmerkmalen, die zur `Meisterung` beruflicher, aber auch alltäglicher

Situationen befähigen;...” (Sonntag, 1999, S. 18), also solcher Persönlichkeitsmerkmale, die es Organisationsmitgliedern ermöglichen, die Anforderungen der Organisation an die Fähigkeit zur Problemlösung, zu reflektiertem Handeln und sachgemäßer und situationsgerechter Anwendung von fachlichen Qualifikationen besser zu erfüllen. Dies kann aus seiner Sicht durch eine „...Zielkongruenz von pädagogischem Anliegen und betrieblichen Interessen...“ (Sonntag, 1999, S. 18) in Maßnahmen der Personalentwicklung gefördert werden. Sonntag hebt hervor, daß die Mittel zur Umsetzung einer auf diese Weise verstandenen Personalentwicklung nicht nur systematisch geplante Weiterbildungsmaßnahmen sein können, sondern auch die Arbeitstätigkeit und ihre jeweiligen Strukturen selbst (vgl. Sonntag, 1999, S. 18). Damit wird die Arbeitssituation als Lernkontext mit berücksichtigt. Ähnlich wie Neuberger, der die Berücksichtigung der individuellen Ebene sowie der Ebene des Teams und der Organisation als notwendige Faktoren der Personalentwicklung als wichtig erachtet, führt auch Sonntag die individuelle Ebene und die Ebene der Arbeitssituation an. Sonntag betont aber mehr den Aspekt der Arbeitssituation als Lernfeld, während Neuberger eher auf den Aspekt der Entwicklung verweist.

Soll das Führungshandeln pflegerischer Leitungen im mittleren Management unter den Bedingungen von Komplexität und Vernetztheit gefördert werden, erscheint es sinnvoll, Konzepte der Personalentwicklung zu erstellen, bei denen Weiterbildungsmaßnahmen wie Lehrgänge und Seminare mit der Arbeitssituation in ihrer Funktion als Lernkontext verbunden werden. Es erscheint weiter sinnvoll, im Rahmen der methodischen Gestaltung der Weiterbildungsmaßnahmen fachbezogene Inhalte vorrangig mit den stationären bzw. abteilungsspezifischen Rahmenbedingungen zu verknüpfen, die Gesamtorganisation Krankenhaus aber insofern einzubeziehen, als sie die Aufgaben der Stationsleitung berühren. Die Fokussierung auf den Bereich der Station bzw. Abteilung sehe ich deshalb als sinnvoll an, weil damit die unmittelbare Arbeitssituation der pflegerischen Leitungskräfte innerhalb der Organisation einbezogen ist.

Dadurch wird einerseits (in Anlehnung an Sonntag (1999)) die Qualifikation der Lernenden innerhalb ihres Aufgabenbereichs „*Leitung einer Station oder Abteilung*“ gefördert, andererseits können (in Anlehnung an Neuberger (1994)) Entwicklungen auf den drei verschiedenen Ebenen der Individuen (Mitarbeiterinnen), des Teams (Gesamtheit der Mitarbeiterinnen evtl. einschließlich von Mitarbeiterinnen aus

anderen Berufsgruppen) und der Organisation der Station bzw. Abteilung erfahren werden.

Maßnahmen der Personalentwicklung zur Weiterbildung von pflegerischen Führungskräften im mittleren Management, die in diesem Sinn entwickelt werden, können als Anstoß zur Organisationsentwicklung aufgefaßt werden.

### **3.2 Organisationsentwicklung als Komponente betrieblichen Lernens**

Wie unter dem Begriff *Personalentwicklung* lassen sich auch unter dem der *Organisationsentwicklung* eine Vielzahl von Konzepten zusammenfassen. Alle Ansätze beschreiben als Ziel der Organisationsentwicklung die Veränderung von Organisationen in geplanten, gelenkten Prozessen in der Weise, daß Organisationsziele effizienter erreicht werden können.

Dabei werden sowohl organisationale Strukturen und Prozesse als auch Werte, Einstellungen, Verhaltensweisen der Organisationsmitglieder einbezogen. Erreicht werden sollen diese Veränderungen durch Interventionen, deren Ziel es ist, sowohl eine Effizienzsteigerung durch eine bessere Problemlösekompetenz der Mitarbeiterinnen als auch eine Humanisierung innerhalb der Organisation durch die Ausrichtung auf Arbeitszufriedenheit durch Selbstverwirklichung und Partizipation zu erreichen. Die Mitglieder der Organisation sollen in die Maßnahmen einbezogen werden (vgl. French & Bell, 1990, Schwarz, 1992, Neuberger, 1994, Heeg & Münch, 1993, Bellabarba, 1996, Arnold, 1997).

Innerhalb der unterschiedlichen Konzepte lassen sich nach Neuberger einige zentrale Themen feststellen <sup>11</sup>:

- Fokussierung der OE-Maßnahmen auf Organisation und Person
- Verbindung von Effektivität und Humanität
- Pragmatismus, Arbeitsplatzbezogenheit und Konkretheit der OE-Maßnahmen
- Betrachtung von OE als Prozeß
- Lenkung von OE-Prozessen durch OE-Berater/innen
- Beteiligung der Betroffenen

(vgl. Neuberger, 1994, S. 240f)

---

<sup>11</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Konzepten der Organisationsentwicklung findet sich bei Neuberger (1994) in Anlehnung an Trebesch (1982). Neuberger unterzieht dort die angeführten zentralen Themen einer umfassenden Kritik.

Der Weg, auf dem die Veränderungen erreicht werden sollen, führt nach den meisten Ansätzen über Interventionen, die sich einerseits auf Personen innerhalb der Organisation und andererseits auf die Organisation als Ganzes beziehen. Interventionen, die sich auf Personen beziehen, haben eine Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen zum Ziel. Zugrunde liegt die Annahme, daß die veränderten Einstellungen und Verhaltensweisen der Personen wieder verändernd auf die Organisation zurückwirken.

Interventionen, die die Organisation betreffen, haben zum Ziel, diese dahingehend weiter zu entwickeln, daß Organisationen sich anders „verhalten“, „ihre“ Probleme effektiver lösen usw..

So ist Organisationsentwicklung nach Arnold "...ein stark binnenorientierter Gestaltungsansatz, dem eine Mikroperspektive von Organisation zugrunde liegt, d.h., Organisationen werden als ´von unten´ zu entwickelnde, durch Gruppenprozesse sowie individuelle Verhaltens- und Einstellungsänderungen gestaltbare soziale Einheiten verstanden" (Arnold,1997, S. 81).

Nach Bellabarba ist Organisationsentwicklung in Anlehnung an Comelli (1985) „...ein geplanter, gelenkter und systematischer Prozeß zur Veränderung der Kultur, der Systeme und des Verhaltens einer Organisation, mit dem Ziel, die Effektivität der Organisation bei der Lösung ihrer Probleme und Erreichung der Ziele zu steigern“ (Bellabarba,1996,S. 21)

Als Grund für die genannten Zielsetzungen der Organisationsentwicklung führt Neuberger an, daß vielen Ansätzen der Organisationsentwicklung eine holistische Sichtweise mit einem „... ontologischen Teil-Ganzes-Verständnis...“

(Neuberger,1994,S. 253) von Organisationen zugrunde liegt. Dieses Verständnis beruht auf einer frühen Sichtweise von Organisationen als Systemen, nach denen die Elemente des Systems Menschen sind, die als Mitarbeiterinnen in der Gesamtheit ihrer Person „... eine eigenständige Existenz unabhängig von den jeweiligen Beziehungen haben...“ (Neuberger,1994,S. 253). Diese Sichtweise unterscheidet zwischen Personen und Organisationsstrukturen, und läßt nach Neuberger Interventionsmöglichkeiten entweder auf der Ebene der Person (Elemente) oder der Beziehungen zu.

Grundlegend ist die Annahme, daß eine Veränderung der Personen hinsichtlich ihrer Einstellungen, Bedürfnisse und Werte langfristig zu Veränderungen in der Organisation führt, die wieder auf Personen zurückwirken (vgl.Neuberger,1994,S.252 f).

Betrachtet man Krankenhäuser unter diesen Gesichtspunkten, müssen die (traditionell gewachsenen) Strukturen auf der Grundlage der drei noch weitgehend nebeneinander arbeitenden Säulen der Pflege, Medizin und Verwaltung im Rahmen des noch weitgehend vorherrschenden Musters einer Expertenorganisation berücksichtigt werden.

Es wird dann deutlich, wie schwierig und langwierig es ist, durch Gruppenprozesse und individuelle Verhalten- und Einstellungsänderungen (Arnold,1997) über Rückkopplungsprozesse die Organisation Krankenhaus als Ganzes mit dem Ziel der Effektivität hinsichtlich der Lösung von Problemen und der Erreichung von Zielen (Bellabarba, 1996) zu verändern.

Die heterogene Betriebsstruktur eines Krankenhauses setzt Grenzen bei dem Bestreben, die Organisation als Ganzes über die Veränderung der Werte und Einstellung Einzelner hinsichtlich ihres „Verhaltens“ zu entwickeln. Der zeitliche, finanzielle und personelle Einsatz wäre sehr hoch und das Ergebnis kaum prognostizierbar.

So kann die gewünschte Veränderung

- zufällig im gewünschten Sinne erfolgen,
- zu gering in ihren Auswirkungen sein (Nur wenige Personen ändern ihre Einstellung; die Zahl der Personen ist zu klein, so daß die Auswirkungen auf die Organisation nicht dauerhaft ist)
- nur teilweise erfolgen (nur in der Berufsgruppe der Ärzte oder der Pflegekräfte oder der Verwaltung), so daß sich einzelne Teilbereiche entwickeln, andere aber nicht; als Folge kann sich ein erhöhtes Konfliktpotential zwischen den Teilbereichen aufbauen.
- nur in einer Berufsgruppe erfolgen, die von einer anderen Berufsgruppe nur bedingt akzeptiert wird; dadurch kann ein höherer Widerstand gegen die Veränderungen auftreten. Das kann z.B. dann der Fall sein, wenn durch pflegerische Leitungen Veränderungen initiiert werden, die den ärztlichen Arbeitsbereich berühren.(z.B. Vorschläge zur Vereinfachung des patientenbezogenen Dokumentationssystems, Übergabe am Patientenbett, die als „zweite Visite“ beargwöhnt wird oder wenn die EKG - oder Röntgenabteilung das Terminierungssystem für die Untersuchungen der Patienten ändert und daraufhin die Pflegekräfte auf den Stationen ihre Abläufe in einer Weise ändern müssen, die sie nicht akzeptieren wollen.)

Eine Betonung des personalen Aspekts der Organisationsentwicklung konkurriert nach Neuberger darüber hinaus mit vorhandenen Organisationsstrukturen. Einerseits

muß „... kollektives Handeln in mehrdeutigen und instabilen Umwelten vor allem aufgrund der Entlastung durch Routine, Strukturen und vorgeregelt Entscheidungen ...“ (Neuberger, 1994, S. 258) ermöglicht werden. Die Beteiligung der Organisationsmitglieder an Veränderungsprozessen muß auch immer mit allgemeingültigen Regelungen, Ablaufgestaltungen und Entscheidungswegen der Organisation verknüpft werden, um Mitarbeiterinnen Sicherheit zu vermitteln und Ablaufprozesse planbar zu halten (vgl. Neuberger, 1994, S. 258).

Neuberger hat aus diesem Grund einen Ansatz von Organisationen und Organisationsentwicklung auf der Basis konstruktivistischer und systemischer Ansätze entwickelt.

Organisationen sind danach Konstrukte im Sinne eines hypothetischen Begriffs und gleichzeitig im Sinne eines Erzeugnisses, das „... im verbundenen Handeln vieler ins Leben gerufen und am Leben erhalten wird. Die Regeln des Sehens (Abbildung, Karte, Typisierung, Ideologie usw.) und die Regeln des Erzeugens (Routinen, Normen, Gebote usw.) sind *soziale* Produkte“ (Neuberger, 1994, S. 254).

Die in diesem Prozeß erzeugten und aufrechterhaltenen Regeln, Normen, Deutungsmuster usw. bestimmen nach Neuberger die organisationale Perspektive, die die Sichtweise einer Organisation hinsichtlich ihrer Grenzziehung nach innen und außen bestimmt. Auf dieser Basis entwickeln sich eine Identität und bestimmte Interaktionsmuster (vgl. Neuberger, 1994, S. 254).

Interventionen zur Organisationsentwicklung können aus dieser Perspektive nicht nur die Veränderung konkreter Personen oder „des Ganzen“ einer Organisation zum Ziel haben.

Vielmehr müssen die Interventionen „... gruppenübergreifende Kollektive und deren handlungsleitende oder -beschränkende Strukturen, Grenzen, Regeln, Interessen, Routinen etc.,...“ im Blick haben, sowie „...die Mechanismen, die die fortwährende Erzeugung dieser Aspekte sicherstellen“ (Neuberger, 1994, S. 255).

Organisationsentwicklung in diesem Sinn läßt sich eher mit den Strukturen der Krankenhäuser verknüpfen als eine holistische Auffassung; auf diese Weise können z.B. Maßnahmen zur Koordinierung von berufsgruppenübergreifenden Arbeitsabläufen als gemeinsame Aufgabe Anlaß sein, Organisationsstrukturen, Einstellungen, bisherige Zusammenarbeit usw. gemeinsam zu reflektieren und gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln, die dann zu Entwicklungen und Lernprozessen auf individueller Ebene und Stations- bzw. Abteilungsebene führen.

Neuberger geht allerdings von der Annahme aus, daß aufgrund der hohen Komplexität und Vernetztheit, die in sozialen Systemen herrschen, eine gezielte Steuerung von Abläufen mit prognostizierbarem Ergebnis nicht möglich sei. Möglich seien lediglich Impulse, durch die „...Systeme durch externe Anstöße lediglich ´irritiert´ werden“ (Neuberger, 1994, S. 266). Allerdings wird eine Organisationsentwicklung, die das gesamte Krankenhaus umfassen soll, auf diese Weise nur schwer möglich sein. Weiter zu bedenken ist der Aspekt, daß Impulse bzw. Informationen aus der Umgebung des Systems anschußfähig sein müssen, um integriert zu werden. Schließlich ist davon auszugehen, daß jeder als Intervention gedachte Impuls ständig mit gleichzeitig vorhandenen anderen Impulsen innerhalb oder von außerhalb des Systems konkurrieren muß. Daher ist es nicht ohne weiteres möglich, eine Veränderung auf einen bestimmten Impuls zurückzuführen (vgl. Neuberger, 1994, S. 267).

Unter Berücksichtigung dieser Annahmen können sich nach Neuberger Interventionen zur Organisationsentwicklung sinnvollerweise nur auf die „...Veränderung von Handlungs- oder Kommunikations*mustern* oder *–regeln...*“ (Neuberger, 1994, S. 267) richten, die innerhalb der Organisation bestehen.

Anstöße zu Veränderungen, die möglicherweise als Folge von Maßnahmen zur Personalentwicklung auftreten, können im Sinne Nebergers als „Irritationen des Systems“ aufgefaßt werden. Solche „Irritationen“ durch Personalentwicklung können z.B. erfolgen, wenn Stationsleitungen in Workshops oder Lehrgängen lernen, Arbeitsabläufe zu analysieren und Problemlösungen unter Einbeziehung von Mitarbeiterinnen zu entwickeln. Werden die dort ausgelösten Lernprozesse in verändertes Handeln im beruflichen Alltag umgesetzt, können sie zu den von Neuberger beschriebenen Entwicklungen über die individuelle Ebene hinaus zu Entwicklungen im Team und in der Organisation führen.

Sie haben allerdings hinsichtlich des Umfangs der Veränderungen geringere Auswirkungen als die Durchführung von Interventionen, die sich auf das gesamte Krankenhaus oder einzelne Kliniken als Teilbereiche des Krankenhauses beziehen<sup>12</sup>.

Die im Beispiel genannten Anstöße lassen sich als Folge von Wechselwirkungen von Lernprozessen und Handlungen und nicht als das Ergebnis eines im voraus erteilten Auftrags betrachten.

---

<sup>12</sup> Interventionen zur Organisationsentwicklung, die sich auf das gesamte Krankenhaus oder größere Bereiche wie einzelnen Kliniken richten, können z.B. in Form von Qualitätszirkeln oder Projekten zum Qualitätsmanagement oder zur Erstellung von Leitlinien erfolgen.

Die daraus entstehenden Veränderungsprozesse beschränken sich zwar entweder auf Strukturen einer Berufsgruppe oder eines Fachbereichs mit allen oder einigen beteiligten Berufsgruppen (siehe das Beispiel *Koordination von Abläufen im Operationssaal*); es ist aber auch hier notwendig, daß die den Stationsleitungen vorgesetzten pflegerischen Leitungen (Pflegedienstleitungen) oder die Leitungen anderer Berufsgruppen diesen Veränderungen zustimmen und mit den Vorgesetzten Regelungen zur Umsetzung der Anregungen abgesprochen werden. Von daher unterliegen auch diese Prozesse einer Steuerung, durch die sie in die Organisation Krankenhaus integriert werden. Gleichzeitig weisen sie ein hohes Maß an Arbeitsplatzbezogenheit und Konkretheit unter Beteiligung der Betroffenen auf. Diese Auffassung der Organisationsentwicklung geht von der Annahme einer Organisation als sozialem System mit interdependenten Subsystemen aus.

French & Bell (1990) unterstellen in diesem Zusammenhang bei Prozessen der Organisationsentwicklung eine „...enge Beziehung zwischen der Verbesserung von Problemlöse-Prozessen und der Verbesserung der organisationsinternen Innovationsprozesse“ (French & Bell, 1990, S. 31) und leiten daraus vier Verallgemeinerungen ab:

- Durch Einflüsse auf ein Subsystem können systemweite Veränderungen initiiert werden, weil alle Subsysteme wechselwirken.
- Interventionen erfolgen in der Regel über das soziale und strukturelle Subsystem.
- Zwischen dem sozialen und strukturellen Subsystem bestehen unmittelbare Wechselwirkungen.
- Wenn sich die ersten Interventionen auf das soziale und strukturelle Subsystem richten, findet eine direkte oder indirekte Konfrontation der Ziel- und Aufgabensubsysteme sowie der technologischen Subsysteme und der System-/Umwelt-Beziehung statt (vgl. French & Bell 1990, S. 106 f).

Im oben genannten Beispiel der „Irritation“ als Folge von Personalentwicklungsmaßnahmen lassen sich mehrere sich wechselseitig beeinflussende soziale und strukturelle Subsysteme betrachten, in denen Entwicklungen angestoßen werden können: Individuen, (Stationsleitung und einzelne Pflegekräfte), das Team als Ganzes, Station als Organisationseinheit, Berufsgruppen, Gesamtorganisation, Lernprozesse, Arbeitsabläufe, Problemlösungen.

Sie können untereinander wiederum in eine System/Umwelt-Beziehung treten. Veränderte systemspezifische Regeln, Kommunikations- und Handlungsmuster können so in ein System mit einem höheren Komplexitätsgrad integriert werden.

Beispiele:

- individuelle Lernprozesse als Subsysteme innerhalb des Systems Lernprozesse des Teams
- Arbeitsabläufe einzelner Tätigkeiten als Subsysteme des Systems  
Gesamtarbeitsabläufe der Station als Organisationseinheit
- Stationen als Organisationseinheit als Subsysteme des Systems  
Gesamtorganisation

Interventionen zur Organisationsentwicklung sollen Anstöße geben, in deren Folge sich eine Organisation und die in ihr tätigen Mitarbeiterinnen in einem andauernden, sich wechselseitig beeinflussenden Prozeß verändern. Werden Organisationen als soziale Systeme betrachtet, kann dieser Wandel dauerhaft nicht darüber erfolgen, daß einzelne Personen neue Einstellungen und Werte lernen. Vielmehr ist es sinnvoll, Kommunikationsmuster, Handlungsmuster und Regeln in ihrem Kontext verstehen zu lernen und durch Interventionen über soziale und strukturelle Subsysteme ggf. zu verändern und zu festigen.

Die Veränderungen erfolgen dann aufgrund von Lernprozessen bei den Beteiligten; dadurch werden in einem zirkulären Prozeß weitere Lernprozesse sowohl bei den Beteiligten als auch auf der Ebene der Organisation ausgelöst. Dieser Prozeß stellt eine Form des organisationalen Lernens dar.<sup>13</sup>

Organisationales Lernen verbindet diese beiden Lernprozesse, denn „...organizations learn only through the experience and actions of individuals“ (Agyris & Schön 1978, zit. nach Arnold 1997, S. 181).

Im Zentrum stehen gemeinsame Deutungen und Interpretationen betrieblicher Strategien und Routinen, die sich in Form von Handlungsmustern, Kommunikationsmustern und Regeln äußern. Die Intention organisationalen Lernens ist es, Mitarbeiterinnen an der "Entwicklung und Veränderung betrieblicher

---

<sup>13</sup> Geißler (1995) versteht unter Organisationslernen einen Prozeß, "... in dem sich das Steuerungspotential der Organisation im Umgang mit ihrem Kontext und mit sich selbst verändert" (Geißler 1995, S. 10). Lernen ist in diesem Kontext ein Vorgang, "...in dem das Steuerungspotential eines Lernsystems (d.h. eines einzelnen Individuums, einer Gruppe, einer Organisation oder eines Gesellschaftssystems) sich im Umgang mit seinem Kontext und mit sich selbst verändert" (Geißler 1995, S. 10f.).

Als Steuerungspotential organisationalen Lernens bezeichnet Geißler die "...Beziehungen und Interaktionsmöglichkeiten der Organisationsmitglieder untereinander..." (Geißler 1995, S. 11).

Wirklichkeitsinterpretationen zu beteiligen" (Arnold 1997, S. 182) und damit Wissen über die Organisation aufzubauen und zu erweitern.

Borsi (1995) betont die Notwendigkeit des Verlernens alter Handlungs- und Denkmuster und des Lernens neuer prozeßhafter, auf Veränderung gerichteter Muster. Sie führt an, daß zur Umsetzung organisationalen Lernens eine Auffassung von Lernen notwendig ist, die von einer "...interaktiven Auseinandersetzung von Individuen und Umwelt bzw. Lernkontext ausgeht und kollektive Lernprozesse umfaßt" (Borsi 1995, S. 117).

Borsi führt in Anlehnung an Duncan & Weiss (1979) weiter aus, daß organisationales Wissen zwischen den Organisationsmitgliedern kommunizierbar, konsensfähig und in organisationale Strukturen und Prozesse integriert sein muß (vgl. Borsi, 1995, S. 124).

Krankenhäuser als Organisationen sind gezwungen kontinuierlich zu lernen, um sich veränderten Anforderungen anpassen zu können, die die Folge gesetzlicher Änderungen, medizinischen und technischen Fortschritts und von Weiterentwicklungen in der Pflege und veränderter gesellschaftlicher Erwartungen sind. (vgl. Teil I, Kap.2.2 ).

Davon sind alle Ebenen der Organisation von den einzelnen Mitarbeiterinnen über die Teams bis zu den Führungskräften aller hierarchischer Stufen und aller Berufsgruppen betroffen.

Für die Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte im mittleren Management ergibt sich daraus die Notwendigkeit, zusätzlich zu fachbezogenem Wissen zur Gestaltung der Führungsaufgabe auch Wissen darüber zu vermitteln, mit welchen Methoden die Arbeitssituation analysiert und notwendige Veränderungsprozesse angeregt, gestaltet, moderiert und in die Organisation integriert werden können.

Ergänzt wird diese Auffassung von Weiterbildung durch eine Differenzierung des beruflichen Lernens in zwei Bereiche: Das Lernen von Wissen und Fakten und das Lernen von Problemlösestrategien. Das Lernen von Wissen und Fakten dient der Verbesserung des Bestehenden und damit der Wahrung von Konstanz, während das Lernen von Problemlösestrategien Wandel und Innovationen fördert (vgl. Ulrich & Probst, 1995, S. 260ff).

Durch beide Formen des Lernens werden Lernprozesse bei Individuen und in der Organisation gefördert.

### **3.3. Anforderungen an Weiterbildungsmaßnahmen zur Qualifizierung von Führungskräften als Teilbereich der Personal- und Organisationsentwicklung**

Maßnahmen zur Personalentwicklung, die der Weiterbildung von pflegerischen Führungskräften im mittleren Management dienen, finden häufig noch ausschließlich auf der personalen Ebene (Neuberger 1994) statt. Durch die Vermittlung von Fakten über Führungsstile, Mitarbeitermotivation, Kommunikation usw. wird versucht, Wissen zu erweitern in der Erwartung, daß sich dieses Wissen auch in verändertem Handeln niederschlägt. Die Vermittlung dieser Fakten findet in der Regel in Lehrgängen, Seminaren oder in Form von Vorträgen in einer hausinternen oder -externen Weiterbildungseinrichtung statt.

Einen breiten Raum nimmt dabei die Vermittlung von Schlüsselqualifikationen ein, die sowohl in Curricula für Lehrgänge für die Weiterbildung von Pflegekräften im mittleren Management aufgeführt sind (vgl. NDS Runderlaß v. 20.10.1995, DKG –Empfehlung), deren Umsetzung aber auch in der Fachliteratur immer wieder thematisiert wird. Zugrund liegt das von Mertens (1974) angeregte Konzept der Schlüsselqualifikationen<sup>14</sup>.

#### **3.3.1. Konzept der Schlüsselqualifikationen**

Grundlage des Konzepts der Schlüsselqualifikationen ist die Erkenntnis, daß ein ausschließlich fachbezogenes Wissen in einer immer weiter ausdifferenzierten Arbeitswelt weder für das allgemeine berufliche Handeln noch für das spezielle Führungshandeln zur Situationsbewältigung ausreicht.

Grundlage des Konzepts ist die von Dahrendorf (1956) getroffene Unterscheidung beruflicher Anforderungen in funktionale und extrafunktionale Qualifikationen. Als funktional bezeichnete Dahrendorf solche Qualifikationen, die für den unmittelbaren Arbeitsvollzug notwendig sind; als extrafunktionale Qualifikationen bezeichnete er die Anpassung an Arbeitsrhythmus und Arbeitsbedingungen, Verantwortung für die Arbeitsabläufe, Sicherheit und den Einsatz von Arbeitsmaterial sowie Kenntnisse, die

---

<sup>14</sup> Qualifikation umfaßt nach Mertens über fachliche Fähigkeiten und Kenntnisse hinaus die selbständige Planung, Durchführung und Kontrolle der beruflichen Tätigkeit sowie die Übernahme von Verantwortung (vgl. Mertens, 1988, S. 49; zit. nach Arnold, 1997, S. 128)

im Rahmen des Gesamtprozesses auch andere Arbeitsabläufe als die eigenen betreffen (vgl. Gaugler, 1994, S. 119 f.).

Aufbauend auf dieser Differenzierung entwickelte Mertens 1974 das Konzept der Schlüsselqualifikationen, in dem er vier Kategorien von Qualifikationen vorschlägt, denen er eine Schlüsselfunktion zuweist: Basisqualifikationen, die sich auf Denkstile beziehen, Horizontalqualifikationen zur Informationsverarbeitung, Breitenelemente als vielseitig verwendbare Fertigkeiten und Kenntnisse sowie Vintage-Faktoren als nachholendes Wissen, um Bildungsdefizite aufzuheben (vgl. Gaugler, 1994; Siebert, 1999; Severing, 1994).

Mertens bezeichnet diese Qualifikationen als Schlüsselqualifikationen, weil sie „....der ‚Schlüssel‘ zum raschen und reibungslosen Erschließen von wechselndem Spezialwissen“ (Mertens, 1974, zit. nach Arnold, 1995, S. 76) sind.

Basierend auf Mertens' Konzept liegen mittlerweile umfangreiche Kataloge vor, in denen Schlüsselqualifikationen aufgelistet sind.

Die nachfolgend aufgeführten Schlüsselqualifikationen stehen beispielhaft für eine Vielzahl solcher Auflistungen:

- Borsi & Schröck (1995) nennen in Anlehnung an Graf & Mühlbauer (1995) neun Anforderungen an Führungskräfte in der Pflege: „Systematisches Vorgehen bei der Planung eigener Arbeiten, Initiative, Entscheidungsfähigkeit, Lernbereitschaft, Teamfähigkeit, soziale Sensibilität, Verantwortung, Hilfsbereitschaft, Fairneß“ (Borsi & Schröck, 1995, S. 274).
- Wottawa & Gluminski (1995) führen in Anlehnung an Blunk (1991) als notwendige Schlüsselqualifikationen an: Kenntnisse und Fertigkeiten mit großer Breitenwirkung, hoher Zukunftserwartung und erheblicher Dauerhaftigkeit, formale Fähigkeiten, anwendungsbezogenes Denken und Handeln, selbständiges Lernen, individuelle, soziale, arbeitsbezogene und sittliche Verhaltensweisen (vgl. Blunk, 1991, S. 269 zit. nach Wottawa & Gluminski, 1995, S. 83).

Die angeführten Schlüsselqualifikationen werden von den jeweiligen Autoren als notwendige Fähigkeiten zur Bewältigung beruflichen Handelns beschrieben. Ein Situationsbezug zu beruflichem Handeln wird dadurch hergestellt, daß Problembereiche aufgezählt werden, in denen die erworbenen Fähigkeiten eingesetzt werden können: z.B. Anpassung an Wandel in der Arbeitswelt (Konegen-Grenier & Kalka, 1994), Erschließen von wechselndem Spezialwissen (Mertens, 1988), oder sie werden als Anforderungen an Personen genannt, die diese in bestimmten beruflichen Positionen aufweisen müssen (Borsi & Schröck, 1995).

Auf diese Weise wird berufliches Handlungswissen nicht nur explizit in fachbezogenes Wissen und Schlüsselqualifikationen getrennt und als voneinander unabhängig betrachtet. Zusätzlich impliziert diese Sichtweise, daß berufliche Situationen und Problembereiche eindeutig abgegrenzt und identifiziert werden können und durch den Einsatz bestimmter Fähigkeiten und Fertigkeiten lösbar sind.

Arnold weist hingegen darauf hin, daß die Beherrschung von Schlüsselqualifikationen alleine keine hinreichende Bedingung für die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist. Erst in ihrer Verknüpfung mit fachlichen Qualifikationen verlassen sie nach Arnold „...die Ebene unverbindlicher Einstellungen“ (Arnold, 1995, S. 76) und können berufliches Handeln angemessen fundieren (vgl. Arnold, 1995, S. 75 ff.). Aus dieser Sicht ist der Aufbau von Schlüsselqualifikationen nur dann sinnvoll, wenn die jeweiligen Anforderungen einer Tätigkeit bei der Auswahl der Qualifikationen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus entfällt bei einer Betrachtung beruflichen Handelns als Handeln in komplexen Situationen die Trennung von fachbezogenem Wissen, Schlüsselqualifikationen und Organisationsbezug. Diese Aspekte werden aus dieser Perspektive vielmehr als Faktoren angesehen, die sich wechselseitig zu einem prozeßhaften Geschehen beeinflussen.

Wird von Führungskräften gefordert, komplexe Situationen zu verstehen und im Anschluß sinnvoll und zielgerichtet zu handeln, dann stellt sich die Frage nach der Notwendigkeit und der Art und Weise der Integration von Qualifikationen, die über das fachliche Wissen hinausgehen, anders.

### **3.3.2 Qualifikationen zur Bewältigung komplexer Arbeitssituationen**

Die Leitung einer Station oder Abteilung umfaßt organisationsbezogene, mitarbeiterbezogene und patientenbezogene Aufgaben, die von stations- bzw. abteilungsspezifischen Faktoren beeinflusst werden, die aber auch in das Krankenhaus als gesamte Organisation eingebettet sind. Wie in den weiter oben aufgeführten Beispielen (*Koordination der Abläufe im Operationssaal* und *Patientenaufnahme*) aufgezeigt, beeinflussen sich diese Faktoren wechselseitig. Auf diese Weise entstehen Führungssituationen mit unterschiedlichem Komplexitätsgrad, zu deren Bewältigung unterschiedliche Qualifikationen notwendig sind, die unterschiedliches Wissen erfordern:

- Fachbezogenes Wissen (z.B. über Mitarbeiterführung, pflegerische und therapeutische Verfahren, Strukturen und Abläufen in Organisationen usw.),

- Wissen über die Anwendung des fachbezogenen Wissens (z.B. Methoden zur Gestaltung der Kommunikation, zur Analyse von Organisationsprozessen, zur Erfassung von Qualität, Umsetzung und Überprüfung von pflegerischen und Mitwirkung bei therapeutischen Verfahren usw.)
- Wissen über das Zusammenspiel dieser fachbezogenen Wissensbestände, deren Anwendung und Überprüfung im beruflichen Alltag (z.B. Methoden zur Evaluation und Reflexion von organisatorischen Arbeitsabläufen bzw. mitarbeiter- und teambezogenen Prozessen, Problemlösestrategien usw.).

Bei dieser Sichtweise von Führungssituationen, die die Aspekte der Komplexität und Vernetztheit aufgreifen, werden nicht nur jeweils einzelne Problembereiche beruflichen Handelns betrachtet. Betrachtet wird vielmehr das Führungshandeln als dynamischer Prozeß, der durch sich wechselseitig beeinflussende Teilprozesse aufrechterhalten wird. Damit ist das herkömmliche Konzept der Schlüsselqualifikationen nur bedingt als Grundlage zur Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte geeignet.

Sinnvoller erscheinen bei dieser Betrachtungsweise die Ansätze von Arnold und Dörig. Beide Ansätze stellen nicht einzelne als Schlüsselqualifikationen definierte Fähigkeiten und Einstellungen in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Sie beziehen vielmehr die Komplexität beruflicher Situationen, Wissensbestände in Organisationen und Qualifikationen mit ein, die berufliches (Führungs-)Handeln in komplexen beruflichen Situationen fundieren können.

Während Dörig kognitionspsychologische Aspekte aufgreift und den Schwerpunkt auf die Wechselwirkung von individuellem Wissen und Wissensbeständen in Organisationen legt, betrachtet Arnold Führungssituationen unter der Perspektive der konstruktivistischen Erkenntnistheorie.

Arnold stellt die Komplexität von Arbeitssituationen und die damit verbundene Dynamik der Entwicklung des beruflichen Handelns in den Mittelpunkt der Diskussion um Schlüsselqualifikationen. Grundlegend ist dabei der Gedanke, daß Arbeitssituationen von allen Organisationsmitgliedern als objektiv vorhandene berufliche Realität wahrgenommen werden, sie aber aus konstruktivistischer Perspektive ein Konstrukt aus der Sicht von Beobachtern auf der Basis intersubjektiv geteilter Deutungsmuster darstellen (vgl. Arnold, 1999, S. 20).

- Komplexität beruflicher Realität
- Fach- und Führungskräfte stehen nach Arnold vor der Aufgabe der Bewältigung einer „eskalierenden Komplexität“, die „Ausdruck der Systemik der Realität“

(Arnold, 1999, S. 18) der jeweiligen Arbeitssituation ist. Ihre Aufgabe ist es, bei der Gestaltung beruflichen Handelns vielfältige, interdependent wirkende und zirkulär aufeinander bezogene Faktoren zu berücksichtigen (vgl. Arnold, 1999, S. 18). Arnold unterscheidet zwei Bereiche, die sich wechselseitig beeinflussen und die Dynamik der Entwicklung des beruflichen Handelns bedingen: die Komplexität einer aus der Sicht von Handelnden vorhandenen (objektiven) Realität der Arbeitssituation und eine (subjektive) Komplexität, die auf der Seite der Handelnden vorhanden ist. Die aus der Sicht eines Handelnden objektiv vorhandene berufliche Realität bezeichnet Arnold als die „Systemik der Realität“. Diese Realität wird zwar als objektiv vorhanden wahrgenommen, sie ist nach Arnold aber immer aus der Sicht eines jeweiligen Beobachters konstruiert, wobei die Konstruktion von intersubjektiv geteilten Deutungsmustern abhängig ist (vgl. Arnold, 1999, S. 20). Diese Deutungsmuster sind einerseits von den jeweiligen Organisationsmitgliedern biographisch erworben, andererseits sind die Deutungsmuster Teile organisationaler Wissensbestände, die sich in einem interaktiven Prozeß zwischen den Organisationsmitgliedern entwickeln und die Konstruktion der Realität der Organisation durch deren Mitglieder beeinflussen. (vgl. Arnold, 1999, S. 20 ff.). So wird die Sichtweise von Krankenhäusern, die Bedeutung ärztlichen und pflegerischen Handelns während des Studiums bzw. der Krankenpflegeausbildung aber auch in Reaktionen auf die jeweilige Berufswahl durch Medien usw. vermittelt. Diese biographisch vermittelten Sichtweisen der Realität von Krankenhäusern gehen wieder in den interaktiven Prozeß ein, in dem sich organisationale Wissensbestände über die berufliche Realität des jeweiligen Krankenhauses entwickeln.

Die berufliche Realität, die als objektiv vorhanden wahrgenommen wird, ist damit immer eine Konstruktion, die reflektiert und grundsätzlich kommuniziert werden kann. Dazu ist allerdings aus Arnolds Sicht ein Denken und Handeln erforderlich, das es Organisationsmitgliedern ermöglicht, trotz „der Vernetzung von Verknüpfungs- und Wechselwirkungszusammenhängen“ (Arnold, 1999, S. 20) und der Dynamik innerhalb des Systems gestaltend eingreifen zu können.

Grundlage dafür ist nach Arnold deshalb eine von ihm als subjektiv bezeichnete Komplexität auf der Seite der Handelnden. Die subjektive Komplexität enthält die Aspekte der „Kognition“ und der „Kompetenz“ als wesentliche Voraussetzung für das Handeln in komplexen beruflichen Situationen. „Während die Frage nach der Kognition zunächst einmal auch den zirkulären Zusammenhang zwischen vermeintlich gegebener Systemik der Realität und deren *Beobachtung* thematisiert,

geht es der Kompetenzdimension von Komplexität um die Frage nach dem Umgang mit Komplexität...“ (Arnold, 1999, S. 19).

Damit wird nach Arnold auch die Frage nach den (Schlüssel-)Qualifikationen aufgeworfen, über die Mitarbeiterinnen verfügen müssen, um die Realität gestalten zu können.

#### - Wissensbestände in Organisationen

Die Entwicklung berufsbezogenen Wissens als Basis beruflichen Handelns erfolgt nach Arnold durch die Verknüpfung von Kognition (Beobachtung der „Systemik der Realität“) und Kompetenzdimension (Art und Weise des Umgangs mit Komplexität) in beruflichen Situationen. Arnold ordnet zwar sowohl die Kognition als auch die Kompetenzdimension der subjektiven Komplexität zu, betont aber, daß nicht nur das Subjekt „Ort“ zur Speicherung und Entwicklung von Wissen ist, sondern Wissen auch außerhalb der Subjekte existiert und sich entwickelt.

Arnold verweist in diesem Zusammenhang auf wissenssoziologische Perspektiven, nach denen Wissen gesellschaftlich geteilt wird, d.h. erst dadurch entsteht, daß Menschen sich in Gruppen und Organisationen verständigen und an den Ergebnissen partizipieren (vgl. Arnold, 1999, S. 20).

Daraus folgt, daß nicht das jeweilige Subjekt sein Wissen in einem individuellen Prozeß „aus sich heraus“ weiterentwickeln kann. Die Entwicklung des Wissens geschieht vielmehr in einem wechselseitigen Prozeß der Externalisierung und Internalisierung in gesellschaftlichen Kontexten. (vgl. Berger & Luckmann, 1980) Die Verknüpfung von Kognition und Kompetenzdimension ist somit immer auch eine Verknüpfung von subjektiven und organisationalen Wissensbeständen und Deutungsmustern.

Arnold unterscheidet mit Sackmann (1993) drei Formen von Wissen innerhalb der geteilten Wissensbestände in Organisationen:

- Kennen der Definitionen der in der Organisation benutzten Begriffe und Wissen um die gebräuchliche Sprachregelung (Wörterbuchwissen),
- Wissen um die Praktiken des Umgangs miteinander und des Umgangs mit anderen (Beziehungswissen),
- Wissen um Regeln, Vorschriften und Normen (Rituale innerhalb der Organisation, ihre Grundwerte und die ungeschriebenen Gesetze) (Rezept- oder Vorschriftenwissen). (vgl. Arnold, 1999, S. 21).

Bezogen auf Krankenhäuser muß berücksichtigt werden, daß diese Wissensbestände einerseits das gesamte Krankenhaus betreffen, sich aber häufig innerhalb der einzelnen Berufsgruppen und der drei Säulen der Verwaltung, der

Pflege und des ärztlichen Bereichs unterschiedliche Sichtweisen der Realität von Krankenhäusern entwickelt haben. Diese unterschiedlichen Deutungsmuster beeinflussen ggf. das Zusammenspiel von fachbezogenen Wissensbeständen, Anwendungswissen und Umsetzungswissen bei der Gestaltung des beruflichen Alltags in der Form, daß z.B. organisatorische Abläufe unterschiedlich verstanden und durchgeführt werden und zu Störungen führen, die Auswirkungen auf Patienten, Organisation oder Mitarbeiterinnen haben. So kann das Rezept- und Vorschriftenwissen bei der Umsetzung des fachbezogenen Wissens zur *Patientenaufnahme* für Mitarbeiterinnen der Verwaltung aus bürokratischen Regeln bestehen; Ärzte beziehen ihren Teil dieses Wissens aus den Regeln der ärztlichen Expertise und Pflegekräfte aus den Grundregeln pflegerischen Handelns. Durch die Orientierung an den unterschiedlichen Regeln, die aus der jeweiligen (objektiven) Sicht der Realität als angemessen und berechtigt betrachtet werden, können sich für Patienten erhebliche Störungen ergeben, die nur dadurch zu bewältigen bzw. zukünftig zu vermeiden sind, daß die Situation angemessen reflektiert und verstanden werden kann und den Handelnden Methoden zur Bewältigung zur Verfügung stehen. Von daher ist Arnold zuzustimmen, daß zur Bewältigung komplexer beruflicher Situationen weniger ein „... ‘Know-how’ bzw. ein Speicherwissen als vielmehr ein ‘know-how-to-know’, d.h. ein Methoden-, Reflexions- und Persönlichkeitswissen notwendig ist“ (Arnold, 1999, S. 20).

In Anlehnung an Agyris & Schön (1978) und Sackmann (1993) weist Arnold weiter darauf hin, daß durch die Verknüpfung von Kognition und Kompetenzdimension Wissen erzeugt, angeeignet und transferiert wird und sowohl auf subjektiver als auch auf organisationaler Ebene neben dem Anpassungs- und Veränderungslernen problemlösendes Lernen stattfindet. Problemlösendes Lernen sieht Arnold als wichtigste Voraussetzung für den Umgang mit Komplexität (vgl. Arnold, 1999, S. 21).

Als zentrale Qualifikationen zur Bewältigung eskalierender Komplexität in Organisationen auf der Ebene der Kognition führt Arnold daher die „...Fähigkeit zur Mitgestaltung, Nutzung und Weiterentwicklung dieser organisationalen Wissensbasis“ (Arnold, 1999, S. 21) an.

- Wissensbestände und Qualifikationen als Grundlage beruflichen Handelns in komplexen Führungssituationen

Die Ebene der Kompetenz<sup>15</sup> als Bereich der subjektiven Komplexität ist nach Arnold durch eine Weiterführung des Prozesses vom Wissen zum Handeln gekennzeichnet. Hier weist Arnold auf die Bedeutung der Aufgabe hin, berufliche Handlungskompetenz durch eine systematische didaktische Aufbereitung von Wissen, Wissensstrukturen und Wissensbestandteilen zu fördern (vgl. Arnold, 1999, S. 23 f.), und weiter mit Brater (1997) auf die Notwendigkeit, Mitarbeiterinnen zu befähigen, Situationen in ihren Möglichkeiten zu erfassen, um auch unter der Bedingung der Unsicherheit aus eigener Einsicht verantwortlich handeln zu können (vgl. Arnold, 1999, S. 24).

Dörig (1999) weist darauf hin, daß flexibles Handeln in komplexen beruflichen Situationen erst dann möglich ist, wenn die „Anwendungsbedingungen in Wissensstrukturen“ (Dörig, 1999, S. 55) verankert sind und so einen Transfer in Arbeitsstrukturen ermöglichen. Die Grundlage zur Befähigung zu flexiblem Handeln sieht er im Aufbau einer Wissensbasis, bestehend aus begrifflichem und metakognitivem Wissen, wobei das begriffliche Wissen fachspezifisches Wissen einschließlich des zu seiner Kommunikation notwendigen sprachlichen Wissens umfaßt und metakognitives Wissen das Wissen um Strategien, Ziele und Pläne sowie aufgabenspezifisches Wissen (vgl. Dörig, 1999, S. 55).

Dörig unterscheidet innerhalb der Wissensbasis drei Arten von Wissen, die die Anwendungsbedingungen des jeweiligen Wissens umfassen und es erst in ihrer Verknüpfung vervollständigen:

- Wissen, was (deklaratives Wissen),
- Wissen, wie (prozedurales Wissen)
- Wissen, wann (konditionales Wissen).

---

<sup>15</sup> Wollersheim führt in einer ausführlichen Analyse des Kompetenzbegriffs verschiedene Begriffsverwendungen auf. Beispielhaft seien hier genannt: Kompetenz als Möglichkeit, Erfahrungen, Fertigkeiten und Wissen aufzunehmen und auf neue Situationen zu übertragen, als Möglichkeit, Situationen zu bewältigen und Kontakte aufrechtzuerhalten, als Fähigkeit zur verantwortungsvollen Lebensführung, als Komponente zur Verwirklichung von als wichtig erachteten Ziele (vgl. Wollersheim, 1993, S. 91 ff.). Im Zusammenhang mit dem Konzept der Schlüsselqualifikationen wird der Begriff „Kompetenz“ oft im Sinn einer notwendigen und hinreichenden Fähigkeit verwendet (vgl. Wollersheim, 1993, S. 101).

Kompetenz in dem von Arnold verwendeten Zusammenhang ist mehr als das Vorhandensein einer notwendigen Fähigkeit. Sie kann in Anlehnung an Wollersheim verstanden werden als mehrdimensionales Konstrukt, in dem sich einige der aufgeführten Sichtweisen von Kompetenz vereinen. Das von Wollersheim vorgeschlagene Konstrukt umfaßt eine kognitive, eine normative und eine Handlungsdimension. Zur kognitiven Dimension zählt Wollersheim: Faktenwissen, Einsicht, Verstehen und sachbezogenes Urteilen; zur normativen Dimension: absolute Werte als Richtschnüre des Handelns, Fähigkeit zur situationsabhängigen Wertung mit notwendiger Güterabwägung; zur Handlungsdimension: Fähigkeit zu planen, Mittel bereitzustellen, die Planung auszuführen und zu überprüfen. (vgl. Wollersheim, 1993, S. 120 f.).

Diesen Kompetenzbegriff lege ich der Arbeit im weiteren Verlauf zugrunde.

Die Verbindung wird hergestellt durch Lern- und Denkstrategien, mit deren Hilfe die verschiedenen Arten von Wissen verknüpft und in die soziale und affektive Aspekte einbezogen werden (vgl. Dörig, 1999, S. 55 f.).

Sowohl Arnold (1999) als auch Dörig (1999) verweisen auf die Bedeutung der Verknüpfung der Wissensbasis mit der komplexen beruflichen Situation. Arnold führt als Voraussetzung der Verknüpfung den Prozeß von der Beobachtung beruflicher Situationen zum Wissen über berufliche Zusammenhänge und vom Wissen zum erforderlichen Anschlußhandeln an.

Dörig weist auf die Notwendigkeit der Verankerung von Wissensstrukturen in Anwendungsbedingungen hin.

Im Mittelpunkt beider Ansätze steht, anders als im herkömmlichen Konzept der Schlüsselqualifikationen, nicht der Aufbau von Kompetenzen im Sinne verfügbarer Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung einzelner Problembereiche. Als notwendig wird vielmehr der Aufbau von Wissen angesehen, das beruflich Tätige befähigt, Zusammenhänge in beruflichen Situationen zu erkennen und zu verstehen und darauf aufbauend kompetent im Sinne von sachverständig zu handeln.

Hier ist der wesentliche Unterschied zu Ansätzen zu sehen, die auf dem herkömmlichen Konzept der Schlüsselqualifikationen basieren.

Vor allem Führungssituationen erfordern aber das Einbeziehen fachbezogenen Wissens und des Wissens um soziale und psychische Zusammenhänge und organisationale Rahmenbedingungen als Grundlage zur Analyse, Reflexion und Verstehen der Situation und des Wissens um unterschiedliche Methoden und Strategien zur Problembewältigung und deren Anwendungsmöglichkeiten.

Schlüsselqualifikationen sind damit nicht obsolet. Auch Arnold und Dörig führen zur Bewältigung komplexer Situationen notwendige Kompetenzen auf: Methoden-, Reflexions- und Persönlichkeitswissen, problemlösendes Lernen, Fähigkeit zur Mitgestaltung, Nutzung und Weiterentwicklung der organisationalen Wissensbasis, fachspezifisches Wissen und das Wissen um Strategien, Ziele, Pläne und aufgabenspezifisches Wissen.

Es ist aber notwendig, sie in einem anderen Kontext zu betrachten und sie aus dieser geänderten Sicht in die Planung und Gestaltung von Weiterbildungsmaßnahmen einzubeziehen:

Nicht eine jeweilige Schlüsselqualifikation steht im Mittelpunkt, sondern eine (mitarbeiterbezogene, patientenbezogene, organisationsbezogene) Situation, in der Faktoren aus verschiedenen Bereichen, (z.B. fachbezogene, kommunikative,

psychische, organisatorische Faktoren) wirksam sind. Die als Schlüsselqualifikationen umschriebenen Handlungsmuster stellen dann Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung der Situation zur Verfügung; d.h. pflegerische Führungskräfte müssen über eine Mehrzahl von (Schlüssel)qualifikationen verfügen, um dann situationsspezifisch diejenigen auswählen zu können, die notwendig sind, um in dieser Situation adäquat handeln zu können.

Hier bieten die Ansätze von Arnold (1999) und Dörig (1999) eine Orientierung durch Verknüpfungen zwischen Beobachtung, Wissen, Handeln und Lernprozessen sowohl auf subjektiver als auch auf organisationaler Ebene.

Sie zeigen damit eine Möglichkeit auf, die Anforderungen, die Neuberger und Ulrich & Probst an professionelles Führungshandeln in komplexen Situationen stellen, durch die Weiterbildung von Stationsleitungen zu fördern.

## **Exkurs**

### **Pflegerische Leitungskräfte im mittleren Management als professionell**

#### **Handelnde**

Die von mir eingenommene Sichtweise des Führungshandelns pflegerischer Leitungskräfte orientiert sich an der von Ulrich & Probst (1995) erhobenen Forderung nach Professionalität im Management und den damit verbundenen Anforderungen an das Handeln in Führungssituationen: Die Fähigkeit, Situationen dadurch zu verstehen, daß Informationen in Form von Regeln, Anweisungen, Rückkopplungen in einen Kontext eingeordnet und in einen größeren Zusammenhang gebracht werden, und im Anschluß daran sinnvoll zu handeln.

Diese Sicht von Professionalität verbindet die individuelle Fähigkeit zur Integration von organisationalem, deklarativem, prozeduralem und konditionalem Wissen in die Analyse und das Anschlußhandeln mit der Fähigkeit und Anforderung, in der Situation selbständig Entscheidungen zu treffen und zu handeln.

Da sich die beschriebenen Anforderungen an einen "Professionalismus im Management" auch an Führungskräfte im mittleren Management der Pflege richten, stellt sich die Frage nach der Professionalisierung und dem professionellen Handeln pflegerischer Leitungskräfte im mittleren Management.

Dewe & Otto (1987) unterscheiden zwei Ebenen der Professionalisierung: Die system-funktionale Dimension des klassischen Konzepts der Professionalität<sup>16</sup>, die auf der makroperspektivischen Betrachtungsweise basiert, und die einer mikroperspektivischen Betrachtungsweise unterliegende Ebene der „professionellen Handlungslogik“<sup>17</sup>. Diese Ebenen weisen zwei miteinander konkurrierende Kriterien, auf: das Kriterium des „Status eines wissenschaftlichen Experten“ und das der „Deutungskompetenz des professionell Handelnden“ (Dewe & Otto, 1987, S. 795).

Dewe & Otto (1987) betrachten die klassische Sichtweise von Professionalität unter system-funktionalen Aspekten und führen an, daß sie sich weitgehend auf Berufe bezieht, deren Aufgabenschwerpunkt die „...Durchsetzung und Erhaltung zentraler gesellschaftlicher Werte wie Gesundheit, Gerechtigkeit, Normalität der Persönlichkeit

---

<sup>16</sup> (vgl. Dewe & Otto, 1987; Schwendenwein, 1990; Weidner, 1995; Terhart, 1990; Fuchs, 1988).

<sup>17</sup> Im Rahmen der Professionalisierungsdebatte stehen zwei Aspekte im Vordergrund: eine makroperspektivische Betrachtungsweise, gerichtet auf strukturelle Aspekte mit der zentralen Fragestellung nach den Unterscheidungskriterien von Beruf und Profession und nach der Art und Weise der Entwicklung eines Berufes zu einer Profession. Die andere Betrachtungsweise ist eine mikroperspektivische, sie richtet den Fokus auf dynamische Aspekte und beschäftigt sich mit der Frage nach der individuellen Entwicklung professionellen Handelns und seiner Fundierung durch Professionswissen (vgl. Alisch u.a., 1990; Dewe & Otto, 1987; Weidner, 1995).

oder Bildung...“ (Dewe & Otto, 1987, S. 789) ist. Die Verpflichtung zur Durchsetzung und Erhaltung zentraler gesellschaftlicher Werte gegenüber Laien legitimiert die Rolle der Professionsmitglieder als „Vermittler von Sinninterpretationen bzw.

Wertregulierung“ (Dewe & Otto, 1987, S. 793) in sozialen Prozessen.

Dewe & Otto führen in Anlehnung an Daheim (1973) weiter an, daß bei den klassischen Professionen zentrale Werte im Mittelpunkt stehen, „...weswegen „Integrität“ bei der Dienstleitung für individuelle Klienten wichtiger ist als „Kompetenz“ und wobei die „Berufsorganisation“ der Kollegen dafür sorgt, daß die Wissensüberlegenheit gegenüber dem Laien nicht mißbraucht wird. Im Unterschied dazu sind die modernen Professionen vor allem durch den Vorrang von Kompetenz vor Integrität und durch andere, auf das Wissen bezogene Kontrollformen charakterisiert“ (Daheim, 1973, zit. nach Dewe & Otto, 1987, S. 791).

Dewe & Otto weisen darauf hin, daß in der funktionalistischen Betrachtung unberücksichtigt bleibt, daß Professionelle als „...Experten für soziale Handlungsprobleme ihre Legitimation auf eine generalisierte Akzeptanz hierarchisch strukturierter Organisationen stützen, an deren Macht sie partizipieren“ (Dewe & Otto, 1987, S. 794 f.).

Anders die von Dewe & Otto (1987) angeführte „Deutungskompetenz des professionell Handelnden“, die die Dimension der dynamischen Handlungslogik einbezieht. Hier stehen nicht (Struktur-) Merkmale im Mittelpunkt, die eine Tätigkeit erfüllen muß, sondern Anforderungen an Handlungen im Rahmen einer Tätigkeit. Danach ist nicht alleine die wissenschaftliche Kompetenz ausschlaggebend für professionelles Handeln sondern auch die Fähigkeit, einen „...individuell-spezifischen lebenspraktischen Problemfall kommunikativ auszulegen...“ (Dewe & Otto, 1987, S. 795) und auf dieser Basis Handlungsmöglichkeiten und Entscheidungen zu deuten und zu begründen. Professionelles Handeln ist damit in starkem Maße ein kommunikatives Geschehen, das nach Dewe & Otto häufig die Form einer Beratung annimmt (vgl. Dewe & Otto, 1987, S. 795 ff.).

Professionelles Handeln aus dieser Sicht läßt sich auffassen als Verstehen von Alltagssituationen unter Einbeziehung von wissenschaftlichem Wissen und Alltagswissen mit der Folge, situationspezifische Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, zu begründen und in ihrem situationspezifischen Zusammenhang zu deuten.

Werden die von Ulrich & Probst (1995) an das Führungshandeln (im Rahmen des geforderten „Professionalismus im Management“) gerichteten Erwartungen von pflegerischen Leitungskräften erfüllt, so läßt sich auch dieses als professionelles Handeln deuten: Die Erwartungen umfassen die Fähigkeit, Praxisprobleme dadurch

zu verstehen, daß fachliches (wissenschaftlich fundiertes) Wissen zur Gestaltung von Führungsaufgaben auf die Situation bezogen und gemeinsam mit situationspezifischen Regeln, Anweisungen und Informationen in Form von Rückkopplungen in einen Kontext eingeordnet und in einen größeren Zusammenhang gebracht werden. Auf diese Weise wird die Basis für sinnvolles Anschlußhandeln geschaffen. Sowohl die Situationsanalyse als auch deren Deutung und das Anschlußhandeln müssen Mitarbeiterinnen, Patienten, Vorgesetzten, Vertretern anderer Berufsgruppen usw. kommunikativ vermittelt werden. Werden diese Voraussetzungen erfüllt, kann man auch das Führungshandeln von Pflegefachkräften im mittleren Management als professionelles Handeln ansehen.

#### **4. Schlußfolgerungen**

Krankenhäuser werden in dieser Arbeit aus systemtheoretischer Perspektive als Organisationen mit einem hohen Grad an Komplexität und Vernetztheit betrachtet, in denen häufig Abläufe verschiedener Aufgabenbereiche (Medizin, Pflege, Verwaltung), Abteilungen und Berufsgruppen koordiniert werden müssen.

Solche Aufgaben fallen in einem hohen Maß in den für die Versorgung der Patienten zentralen Abteilungen und Stationen an.

Zur Bewältigung dieser oft komplexen Arbeitssituationen müssen pflegerische Leitungskräfte im mittleren Management befähigt sein, Situationen von unterschiedlichem Komplexitätsgrad zu analysieren, zu verstehen und situationsadäquate Entscheidungen zu treffen und umzusetzen.

Weiterbildungskonzeptionen für pflegerische Leitungskräfte im mittleren Management müssen diese Anforderungen aufgreifen, wenn ein adäquates Leitungshandeln aufgebaut werden soll.

- Erforderlich ist eine Weiterbildungskonzeption, die die Komplexität und Vernetztheit der beruflichen Situation berücksichtigt und bei der nicht nur die Weiterbildungsmaßnahme sondern auch die Praxis des beruflichen Alltags als Lernfeld betrachtet wird.
  
- Eine zentrale Bedeutung hat dabei die Förderung der Erfassung und Bewertung interdependenter situativer Faktoren und des Umgangs mit Komplexität. Voraussetzung dafür ist der Aufbau leitungsrelevanten deklarativen, prozeduralen und konditionalen Wissens und die Einbeziehung von Faktoren des

beruflichen Alltags in Form praxisbezogener Wissensbestände, die sowohl organisationale als auch soziale Aspekte umfassen.

- Erforderlich ist, daß die Verknüpfung von Lern- und Funktionsfeld methodisch-didaktisch in einer Weise konzipiert wird, die den Transfer der aufgebauten Wissensbestände in die berufliche Praxis fördert. Ziel muß es sein, das im Lernfeld aufgebaute leitungsrelevante Wissen mit den Anwendungsbedingungen zu verankern.
  
- Grundlage einer solchen Konzeption sollten pädagogische Ansätze der Weiterbildung sein, die Aspekte der Komplexität und Vernetztheit mit berücksichtigen. Geeignet erscheinen dafür Ansätze der konstruktivistischen Erwachsenenbildung und handlungstheoretische Ansätze

## **Teil II Konzept einer Weiterbildungsmaßnahme für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management**

Auf der Grundlage der Thesen und Fragestellungen, die sich als Schlußfolgerungen aus den Ausführungen im ersten Teil der Arbeit ergeben haben, habe ich ein Konzept zur Weiterbildung für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management entwickelt. Der zweite Teil der Arbeit stellt den Prozeß der Entwicklung dieses Konzepts (Zielsetzung, Auswahl theoretischer Grundlagen, methodische Ansätze) sowie das Konzept selbst dar

### **1. Zielsetzungen für die Entwicklung eines Konzepts zur Weiterbildung von pflegerischen Führungskräften im mittleren Management.**

Die Ausbildung, die die pflegerischen Führungskräfte als Krankenschwestern und Krankenpfleger absolviert haben, ist vorwiegend auf die Anwendung bzw. die korrekte Umsetzung gelernter Pflegemethoden ausgerichtet. Ziel der Ausbildung ist die Vermittlung theoretischer Hintergründe der Krankenpflege, sowie der Aufbau des auf pflegerische Probleme bezogenen Handelns (allgemeine Pflege) und der Aufbau des ärztliche diagnostische und therapeutische Tätigkeiten unterstützenden Handelns (spezielle Pflege).

Vorgehensweisen, die die Durchführung von Leitungsaufgaben betreffen, wie:

- analytisches Vorgehen
- Entscheidungskompetenzen in unklaren Situationen
- Ableiten von situationsspezifischen Handlungsmöglichkeiten auf der Grundlage von Analyseergebnissen aufzeigen und durch wissenschaftlich fundiertes Wissen und Alltagswissen begründen

werden häufig eher am Rande vermittelt. (vgl. Teil I, Kap. 4).

Es ist deshalb notwendig, Pflegekräfte, die Leitungsfunktionen übernehmen, im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen zu qualifizieren.

Ob eine solche Weiterbildung tatsächlich ausreichend für die Führungsaufgabe qualifiziert und die erlernten Fähigkeiten auch im beruflichen Alltag umgesetzt werden, hängt in weiten Teilen von dem zugrundeliegenden Konzept und seiner Umsetzung ab.

Für eine Konzeptentwicklung stellt sich daher die Frage:

*Wie muß die Weiterbildung für Pflegefachkräfte im mittleren Management gestaltet sein, damit die Anforderungen an Führungshandeln in komplexen Situationen erfüllt werden können?*

Daraus ergeben sich folgende Detailfragen:

- Welche theoretischen Grundlagen und pädagogischen Ansätze bieten eine Basis für eine Konzeptentwicklung in diesem Sinne?
- Welche Konsequenzen und Möglichkeiten ergeben sich aus diesen Ansätzen zur Gestaltung der Weiterbildung und der Umsetzung von aufgabenbezogenen Inhalten ?
- Welche aufgabenbezogenen Inhalte, Qualifikationen und Fragestellungen müssen zur Unterstützung des Führungshandelns angesprochen werden?

Die Zielsetzungen des Weiterbildungskonzepts basieren auf den Annahmen von Ulrich & Probst (1995) und Neuberger (1995) zum Führungshandeln in komplexen Situationen, von Neuberger (1994) zur Organisations- und Personalentwicklung und denen von Arnold (1999) und Dörig (1999) zu Fragen der Entwicklung von Kompetenzen zur Bewältigung komplexer Situationen (vgl. Teil I, Kap 2.3; 3.2; 3.3.2). Zusammenfassend führe ich die für meine Konzeptentwicklung wesentlichen Schwerpunkte auf:

- Sowohl Neuberger (1995) als auch Ulrich & Probst (1995) weisen darauf hin, daß Führungssituationen komplex sind und Führungshandeln in komplexen Situationen in der Lenkung und Steuerung von Prozessen besteht, und führen als Voraussetzung der Prozeßsteuerung und -lenkung an: Führungssituationen in ihrer Bedeutung innerhalb des Handlungskontextes zu erfassen (analysieren und verstehen) und Handlungsbeteiligten so zu vermitteln, daß ein sinnhaftes Anschlußhandeln möglich ist. Ulrich & Probst (1995) führen ergänzend die Fähigkeit an, sinnvolle Innovationen auf der Grundlage des Wechselspiels von Kreativität und exakter Analyse gedanklich entwickeln zu können. (vgl. Teil I, Kap. 2.3.).
- Neuberger (1994) führt an, daß zur Verknüpfung des individuellen mit dem organisationalen Lernen Interventionen auf der Ebene der einzelnen Mitarbeiterinnen, des Teams und der Organisation erfolgen müssen. (vgl. Teil I, Kap. 3.1)
- Arnold (1999) und Dörig (1999) zeigen Wissensinhalte auf, die adäquates Handeln in komplexen beruflichen Situationen fördern können: Wissen um Methoden, Strategien, Ziele und Pläne, aufgabenspezifisches Wissen,

Reflexionswissen, Fähigkeit zur Nutzung, Mitgestaltung und Weiterentwicklung der organisationalen Wissensbasis und problemlösendes Lernen.

- Beide Ansätze beschreiben drei Formen von Wissensbeständen in Organisationen (Wissen um Sprachregelungen; Wissen um Praktiken des Umgangs miteinander; Wissen um formale und informale Regeln, Vorschriften, und Rituale) (Arnold, 1999). (vgl. Teil I, Kap. 3.3.2)
- Dörig (1999) führt zusätzlich die Notwendigkeit der „Verankerung der Anwendungsbedingungen in Wissensstrukturen“ als Basis des flexiblen Handelns in beruflichen Situationen an (vgl. Kap. Teil I, 3.3.2). Damit wird die Verbindung von individuellem und organisationalem Lernen angesprochen). (vgl. Teil I, Kap. 3.3.2)
- Dörig (1999) betont außerdem, daß jedes Wissen nur dann als vollständig gelten kann, wenn das innerhalb einer Wissensbasis vorhandene Wissen in Form von deklarativem Wissen (Was), prozeduralem Wissen (Wie) und konditionalem Wissen (Wann) vorliegt. Auf diese Weise bietet der Ansatz einen zusätzlichen Bezugsrahmen für die methodisch-didaktische Gestaltung der Weiterbildung für pflegerische Leitungen im mittleren Management (vgl. Teil I, Kap. 3.3.2)

Gestützt auf diese Schwerpunkte können für Weiterbildung von Pflegefachkräften im mittleren Management als Aufgaben abgeleitet werden:

- Die Vermittlung von fachlichem, auf das Führungshandeln bezogenem Wissen : Fachwissen und (Schlüssel-)Qualifikationen als deklaratives Wissen (aufgabenbezogenes Wissen, Methoden problemlösenden Lernens).
- Die Verknüpfung von Fachwissen und (Schlüssel-)Qualifikationen bezogen auf Führungssituationen als prozedurales Wissen (Reflexionswissen, Methodenwissen, Wissen um Strategien, Pläne, Ziele).
- Verknüpfung von Führungssituationen (mitarbeiterbezogen, patientenbezogen, organisationsbezogen) mit dem jeweilig erforderlichen fachlichen Wissen und den jeweiligen (Schlüssel-)Qualifikationen, ergänzt durch Methoden zur Umsetzung des Wissens als konditionalem Wissen (Wissen und Anwendung von Methoden zur Mitgestaltung, Nutzung und Weiterentwicklung der organisationalen Basis).

Daraus wiederum lassen sich folgende Zielsetzungen für die inhaltliche und methodisch-didaktische Planung und Gestaltung des Weiterbildungskonzepts entwickeln:

- Aufbau und Erweiterung von aufgabenbezogenem Wissen unter Berücksichtigung subjektiver Faktoren wie Lernvoraussetzungen, Erfahrungen<sup>18</sup> und Problemen der Teilnehmerinnen<sup>19</sup>.
- Förderung der Fähigkeit, Situationen zu analysieren, zu reflektieren und zu verstehen, und mit "offenen, unstrukturierten Situationen" (Arnold, 1997, S. 96) produktiv umzugehen.
- Aufbau von Handlungskompetenzen zur Bewältigung komplexer Führungssituationen, um auf veränderte Arbeitsbedingungen gestaltend reagieren zu können.
- Die Verknüpfung von individuellem und organisationalem Lernen.

Folgende Überlegungen können diese Zielsetzung unterstützen:

- Die Verknüpfung von aufgabenbezogenen theoretischen Inhalten mit Fragestellungen aus der Krankenhauspraxis fördert die Verknüpfung von Theorie und Praxis im Lernprozeß: Das neue Wissen kann auf diese Weise besser in die schon vorhandene Wissensbasis integriert werden.
- Eine möglichst große Ähnlichkeit zwischen dem Lernkontext der Weiterbildung (Theorie) und dem Anwendungskontext der Arbeitssituation (Praxis) wird dadurch hergestellt, daß die Praxisfragen dem beruflichen Alltag der Teilnehmerinnen entlehnt werden.
- Die Krankenhauspraxis kann aufgrund ihrer Komplexität nur begrenzt in der Weiterbildungsmaßnahme simuliert werden. Deshalb ist es sinnvoll, die Arbeitssituation nicht nur als Anwendungskontext zu berücksichtigen, sondern auch als Lernkontext einzubeziehen.
- Der Transfer neuer Wissensbestände oder veränderter Handlungsmuster aus dem Lernfeld der Weiterbildung in das Funktionsfeld der Krankenhauspraxis muß im Anwendungskontext der Arbeitssituation gesichert und unterstützt werden, damit die Veränderungen dauerhaft sind.

---

<sup>18</sup> Erfahrung verstehe ich in Anlehnung an Fleck als „bereits (...) verwickelte Erzo-genheit (...) die auf Wechselwirkung zwischen dem Erkennenden, dem bereits Erkannten und dem Zu-Erkennenden beruht“ (Fleck, 1980, S. 17).

<sup>19</sup> Die Arbeit bezieht sich auf ein Berufsfeld, im dem überwiegend Frauen tätig sind. Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung und besseren Lesbarkeit verwende ich daher die weibliche Form. Männer sind selbstverständlich einbezogen.

## **2. Entwicklung eines Konzepts zur beruflichen Weiterbildung pflegerischer Leitungskräfte im mittleren Management**

Die vorgestellten Überlegungen bilden den Rahmen für die Auswahl von methodischen Ansätzen und theoretischen Grundlagen zur Konzeptentwicklung. Diese Auswahl erstreckt sich auf zwei Ebenen:

- Die Ebene der Lernumgebungen mit den damit verbundenen Möglichkeiten zur Gestaltung der inhaltlichen, methodischen und organisatorischen Struktur der Weiterbildung.
- Die Ebene der methodisch-didaktischen Ausrichtung auf der Basis eines pädagogischen Ansatzes

### **2.1 Lernumgebungen und – methoden in der beruflichen Weiterbildung**

Die Frage nach der Umgebung<sup>20</sup>, in der berufliches Lernen in der Weiterbildung sinnvollerweise stattfinden soll, wird in jüngerer Zeit verstärkt gestellt. Das hängt einerseits mit der verstärkten Forderung nach einem Transfer des Gelernten in den betrieblichen Alltag zusammen, denn Weiterbildungszeit ist „kostbar“ und gilt bei mangelnder Transferleistung als eine Verschwendung personeller und finanzieller Ressourcen. Andererseits basiert diese Forderung aber auch auf Konzepten der lernenden Organisation mit der Verknüpfung von individuellem und organisationalem Lernen und ist deshalb ein wichtiger Aspekt der Weiterbildung von Führungskräften. Zusätzlich zu den „klassischen“ institutionalisierten Lernumgebungen der Seminare und Lehrgänge für Führungskräfte werden daher zunehmend auch die Lernumgebungen des Arbeitsplatzes und solche, die sich zwar außerhalb des Arbeitsplatzes befinden aber trotzdem eine große Nähe zu realen, arbeitsplatzbezogenen Tätigkeiten aufweisen, genutzt.

---

<sup>20</sup> Lernen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung findet, anders als beim schulischen Lernen, nicht nur in einer für das Lernen ausgewiesenen Institution, der Schule, statt, sondern in unterschiedlichen Umgebungen. Nuissl (1992) und Severing (1994) verwenden in diesem Zusammenhang die Bezeichnung Lernort. Nuissl versteht darunter einen „... eigenen Ort, an dem pädagogisches Handeln erfolgen und verantwortet werden kann.“ (Nuissl, 1992, S. 92); Severing bezieht sich auf die Definition des Deutschen Bildungsrates von 1974 nach der er „... von vier nicht nur räumlich, sondern auch nach ihrer pädagogischen Funktion unterschiedenen Lernorten ausgeht: Arbeitsplatz, Lehrwerkstatt, Schule und Studio“ (Severing, 1994, S. 38). Zimmer verwendet den Begriff Lernumwelt und versteht darunter eine „...strukturierte Anordnung von Gegenständen, Informationen und Personen.“ (Zimmer, 1996, S.16). Ich habe den Begriff Lernumgebung gewählt, weil berufliche Weiterbildung in dem von mir vertretenen Sinn einerseits pädagogisches Handeln umfaßt, an räumlich getrennten Orten stattfindet, andererseits aber auch die vorhandenen Rahmenbedingungen in Form von Personen, Gegenständen und Informationen innerhalb der jeweiligen Lernumgebung einbezieht.

Diese Lernumgebungen implizieren unterschiedliche Lernformen, die sich wie folgt darstellen:

- Als organisiertes und systematisiertes Lernen in institutionalisierten Lehr- /Lernsituationen in Einrichtungen der Weiterbildung außerhalb des Arbeitsplatzes und der betrieblichen Anwendersituation (Lernen außerhalb des Arbeitsplatzes, *training / learning off the job*).
- Als Lernen unmittelbar am Arbeitsplatz, eingebunden in die betriebliche Anwendersituation (Lernen am Arbeitsplatz, *training / learning on the job*).
- Als Lernen, bei dem in Problemlöse - und Lerngruppen komplexe, fach- und bereichsübergreifende Probleme bearbeitet werden, die aktuell innerhalb der Organisation im Rahmen der beruflichen Tätigkeit der Gruppenmitglieder aufgetreten sind. (*training / learning near the job*)

Verbunden mit diesen Lernumgebungen sind jeweils unterschiedliche Maßnahmen zur Personal- und Organisationsentwicklung und Lehr- /Lernmethoden.

Tabelle 1: Beispiele für Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie Lehr- /Lernmethoden bezogen auf Lernumgebungen in Anlehnung an Heeg & Münch (1993) und Langosch (1993):

<b>Lernumgebung</b>	<b>PE- bzw. OE- Maßnahme</b>	<b>Methoden</b>
Lernen außerhalb des Arbeitsplatzes (institutionalisiertes Lernen)	Lehrgänge, Seminare, Workshops	Vorträge, Lehrgespräche, Fallstudien, Übungen, Rollenspiele, Planspiele
Lernen am Arbeitsplatz	Praktika, Hospitationen, Traineeprogramme, Einarbeitungskonzepte, Job-Enrichment, Job-Rotation, Gruppenarbeit, Management by objectives	Coaching / Durchführen von realen Arbeitsaufgaben unter Anleitung durch Mentoren, Beratung
Arbeitsplatznahes Lernen	Qualitätszirkel, Arbeitsgruppen zur Problemlösung, Projektarbeit, Lernstatt, Workshops	Moderation, unterstützende Gesprächsführung, Präsentation

Damit die an Weiterbildung gestellten Forderungen nach einem gesicherten Lerntransfer und einer sinnvollen Verknüpfung individuellen und organisationalen Lernens erfüllt werden können, ist es notwendig, Lernprozesse innerhalb dieser Lernumgebungen systematisch (inhaltlich und methodisch) zu gestalten und sie gleichzeitig zueinander in Beziehung zu setzen.

Geschieht das nicht, bilden sich durch die getrennte Anwendung drei voneinander abgegrenzte Lernbereiche heraus, in denen jeweils eine spezifische Wissens- und

Handlungsbasis aufgebaut wird. Die Verknüpfung und Wechselwirkung dieser (neu erworbenen oder erweiterten) Wissensbereiche und Handlungsmuster wird dadurch den Lernenden häufig nicht unmittelbar deutlich. Problematisch ist das vor allem für den Aufbau von Leitungskompetenzen, die ein hohes Maß an Fähigkeit zur Verknüpfung verschiedener Handlungsmuster und Wissensbereiche erfordern.

Eine Lösung dieses Problems bildet das Modell Heidacks, das diese drei Lernumgebungen in Anlehnung an die Feldtheorie Lewins als Lernfeld, Funktionsfeld und Interaktionsfeld auffaßt: das Lernfeld umfaßt den Bereich des individuellen Lernens außerhalb der Tätigkeit, das Funktionsfeld den Bereich der beruflichen Tätigkeit am Arbeitsplatz und das Interaktionsfeld den Bereich der sozialen Interaktionen, die in einem Betrieb zur Leistungserstellung notwendig sind (vgl. Heidack, 1993, in Heeg & Münch, S. 49; Severing, 1994, S. 24 f.). Alle drei Felder sind vernetzt und überlagern sich teilweise. So wird das Funktionsfeld teilweise vom Feld des individuellen Lernens überlagert; denn der sich rasch ändernde Bereich des betrieblichen Funktionsfeldes erfordert eine ständige Anpassung des Wissens und Könnens, die nur durch ständiges Lernen erreichbar ist. Das Interaktionsfeld als Bereich der betrieblich notwendigen sozialen Interaktionsprozesse überlagert wiederum teilweise sowohl Funktionsfeld als auch Lernfeld und verknüpft damit beide. (vgl. Heidack, 1993, S.49, in Heeg & Münch., 1993)

Dieses Modell ermöglicht es, die drei Lernumgebungen im Rahmen des Konzepts sinnvoll miteinander zu vernetzen und ein Verständnis für die Zusammenhänge der Wissensbestände und Handlungsmuster in Leitungsfunktionen aufzubauen. Dadurch kommen die Vorteile, die die jeweiligen Lernumgebungen aufweisen, zum Tragen, ohne isoliert nebeneinander zu stehen:

- Institutionalisiertes berufliches Lernen außerhalb des Arbeitsplatzes:  
Ermöglicht die systematisierte und strukturierte Vermittlung von fachbezogenem Wissen und fachlich relevanten Verfahren und Fertigkeiten zum Aufbau bzw. zur Weiterentwicklung einer individuellen Wissens- und Handlungsbasis.
- Lernen am Arbeitsplatz:  
Ermöglicht die Integration von fach- und sachbezogenem Wissen, Entscheidungsabläufen, Problemlöseverfahren in arbeitsplatzbezogene Abläufe bzw. Einbeziehen der Bedingungen des beruflichen Alltags in Entscheidungs- und Problemlöseprozesse.

- Arbeitsplatznahes Lernen:  
Ermöglicht das Erarbeiten von Problemlösungen, Planung von Veränderungsprozessen usw. unterstützt durch Moderation und Gesprächsführung in Arbeitsgruppen, die tatsächlich durchzuführende Aufgaben betreffen

## **2.2 Pädagogische Ansätze als Grundlage der Konzeptentwicklung beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen für Führungskräfte**

In der Literatur wird eine Vielzahl von pädagogischen Ansätzen aufgeführt, die zur Fundierung von Weiterbildungsmaßnahmen herangezogen werden können. Deren Ausrichtung reicht von der ersten konzeptionellen Festlegung von Erwachsenenbildung, orientiert am klassischen Bildungsideal mit dem Ziel der Entwicklung des Individuums zur Persönlichkeit (vgl. z.B. Röhrig, 1994; Klafki et al., 1986; Arnold, 1995) hin zur vorrangigen Orientierung an den betrieblichen Belangen (vgl. z.B. Arnold, 1997; Severing, 1994; Heeg & Münch, 1993; Zimmer & Holz, 1996). Daran schließt sich die Entwicklung pädagogischer Ansätze zur Orientierung an der Wechselwirkung von Individuum und Umwelt an, mit den Fragen nach der Orientierung an den Teilnehmerinnen, der Lebenswelt und der Deutungsmuster (vgl. z.B. Tietgens, 1980 u. 1992; Schiersmann, 1994; Voigt, 1983; Barz & Tippelt, 1994; Skubar, 1993; Berger & Luckmann, 1980; Kade, 1994; Arnold, 1995)

Diese Ansätze weisen anhand ihrer Schwerpunkte auf unterschiedliche Orientierungen hin, die einen Einfluß auf die Planung von Weiterbildungsmaßnahmen haben: Orientierung am Individuum, Orientierung am betrieblichen Zweck und Orientierung an der Wechselwirkung von Individuum und Umwelt.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über diese Ansätze mit ihren theoretischen Hintergründen, ihren allgemeinen Zielsetzungen und ihrer Bedeutung für die berufliche Weiterbildung.

Tabelle 2: Überblick über pädagogische Ansätze in der beruflichen Weiterbildung

<b>Grundlegende Orientierung</b>	Orientierung am Individuum	Orientierung am (betrieblichen) Zweck	Orientierung an der Wechselwirkung von Individuum und Umwelt
<b>Bezugsrahmen / theoretische Hintergründe</b>	Ansätze der geisteswissenschaftlichen Pädagogik; bildungstheoretische Ansätze	Curriculumforschung; unterrichtsbezogene Technologien; lerntheoretische Ansätze; empirisch - analytische Erziehungswissenschaft	interpretatives Paradigma; Sozialisationstheorien; Orientierung an der Handlungstheorie und an Ansätzen der humanistischen Psychologie
<b>Ziele</b>	Bildung und Entwicklung der Persönlichkeit, "geistige" Emanzipation des Einzelnen durch Selbstbestimmung, Entwicklung der Identität	Verwendungsorientierung; Anpassung der individuellen Qualifikationen an veränderte betriebliche Situationen	Verstehen, Deutung der eigenen(auch beruflichen) Erfahrung im Kontext der Lebenswelt; Identitätslernen
<b>Bedeutung für die berufliche Weiterbildung</b>	Die Erfahrung der Lernenden wird in ihrer Bedeutung für die Entwicklung des Einzelnen einbezogen; die berufliche Situation wird weniger als eigenständiger Lernbereich, sondern eher als einer der gesellschaftlichen Erfahrungsbereiche des Individuums einbezogen	Priorität hat der Erwerb berufsbezogener Fähigkeiten und Fertigkeiten; rationale Planung der Weiterbildung, orientiert am betrieblichen Bedarf bzw. der beruflichen Situation; Konzept des lebenslangen Lernens; Wende von der bis dahin bildungstheoretisch geprägten Erwachsenenbildung zur beruflichen Weiterbildung (realistische Wende).	Abkehr von der ausschließlich betriebsbezogenen Verwendungsorientierung durch Einbezug der Bedürfnisse der Teilnehmerinnen, ihrer Lebenswelt und der damit verbundenen Erfahrung

Wenn ich die vorgestellten Ansätze im Hinblick auf meine Zielsetzung zur Entwicklung eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte (vgl. die Ansätze zur Personal- und Organisationsentwicklung in Anlehnung an Ulrich & Probst (1995), Neuberger (1994 u. 1995), Arnold (1999) und Dörig (1999), (Teil I, Kap. 2.3 u. Kap. 3) betrachte, komme ich zu folgenden Ergebnissen:

- Eine Orientierung an den jeweils einzelnen Ansätzen ist durchaus dann sinnvoll, wenn nur der Teilbereich, den sie ansprechen, Schwerpunkt und Zielsetzung von Personalentwicklungsmaßnahmen ist. Problematisch wird eine Orientierung an diesen Ansätzen dann, wenn vor dem Hintergrund eines systemischen Organisationsmodells Aspekte der Komplexität und Vernetztheit berücksichtigt und neben individuellen Lernprozessen auch organisationale Lernprozesse angestrebt werden.

- Die vorgestellten pädagogischen Ansätze fördern vorrangig individuelle Lernprozesse. Der Arbeitsplatzbezug bildet lediglich die Grundlage für die thematische Gestaltung der Personalentwicklungsmaßnahme. Das geschieht selbst bei Ansätzen, die sich an der Wechselwirkung von Individuen mit ihrer Umwelt orientieren. Denn auch dann, wenn z.B. beim Einsatz moderierter Problemlösegruppen, in denen neue Zielsetzungen, Strukturen usw. erarbeitet werden, keine geplante und begleitete Umsetzung in die Praxis erfolgt, geschieht eine Verknüpfung von individuellem und organisationalem Lernen eher zufällig.
- Die vorgestellten Ansätze unterstützen den Aufbau von Handlungsmustern zur Bewältigung komplexer Situationen durch ihre einseitige Orientierung nur in Teilbereichen. Handlungsmuster, die den Umgang mit Komplexität und Vernetztheit unterstützen, sind aber für Führungskräfte eine wesentliche Grundlage des Leitungshandelns und müssen bei der Entwicklung eines Konzepts zur Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte angemessen berücksichtigt werden. Deshalb ist es notwendig, die Teilbereiche der Persönlichkeitsentwicklung, der Zweckorientierung und der Individuen in ihrer Wechselwirkung mit der Umwelt nicht jeweils getrennt, sondern in ihrer Gleichzeitigkeit und Wechselwirkung zu berücksichtigen und damit die verschiedenen Schwerpunkte und Orientierungen zu integrieren.
- Darüber hinaus ist es sinnvoll, zur Unterstützung des Lerntransfers die Möglichkeiten, die unterschiedliche Lernumgebungen zur Förderung individueller und organisationaler Lernprozessen bieten, einzubeziehen (vgl. Teil II, Kap. 2.1).

Damit ein Weiterbildungskonzept die von mir angeführten Zielsetzungen erfüllt, ist ein pädagogischer Ansatz erforderlich, der die unterschiedlichen Schwerpunkte der verschiedenen pädagogischen Ansätze integriert und Fragen der Komplexität und Vernetztheit berücksichtigt. Diesen Anforderungen entspricht am ehesten der Ansatz der konstruktivistischen Erwachsenenbildung von Arnold & Siebert (1997), den ich im folgenden darstelle.

### 2.3. Konstruktivistische Erwachsenenbildung als Grundlage zur Entwicklung eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management

Als „Vorläufer und Impulsgeber“ für ihren Ansatz greifen Arnold & Siebert (1997) auf erkenntnis- und bildungstheoretische Grundlagen aus unterschiedlichen Quellen zurück, deren Gemeinsamkeit darin besteht, daß sie die als objektiv wahrgenommene Wirklichkeit nicht als vorgegeben ansehen, sondern als Ergebnis kognitiver und / oder sozialer Konstruktions- und Aneignungsprozesse. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, Kap. 2)

Tabelle 3: Erkenntnis- und bildungstheoretische Grundlagen der konstruktivistischen Erwachsenenbildung.

	<b>Aussagen zur Konstruktion und / oder Aneignung von Wirklichkeit</b>	<b>Bedeutung für die Erwachsenenbildung</b>
„Philosophie des Als-Ob“ (Vaihinger, 1924 / Watzlawick, 1988)	Mechanismus der selffulfilling prophecy und damit Determination der Gegenwart durch die Zukunft	Sichtweise von Lehren als Steuerungsprozeß zur Anregung von Lernprozessen
Kognitions-psychologie (Piaget, 1983)	Wirklichkeitsaneignung durch Integration von Wahrnehmungen in bestehende, im Laufe des Lebens aufgebaute, kognitive Strukturen (Assimilation) und Anpassung des Menschen an die Umwelt (Akkomodation)	Lernen als Prozeß von Assimilation und Akkomodation zum Aufbau eines Gleichgewichtszustandes (Äquilibration) nach erlebten Inkonsistenzen und damit mehr als eine bloße Übernahme von Informationen
Erwachsenenbildung vom „Ich-Gesichtswinkel“ her (Alfred Mann, 1948)	Lernende verfügen bereits über ein Weltbild in Form von Wirklichkeitskonstrukten; Bildung ist daher nicht eine einseitige Vermittlung von Neuem sondern „Restrukturierung von Vorhandenem“.	Auffassung von Lehr-Lern-Prozessen als wechselseitiger Vergleich und ggf. Vermischung von Konstruktionen von Wirklichkeit.
Das interpretative Paradigma des Symbolischen Interaktionismus (Mead, 1969 / Berger & Luckmann, 1987)	Handeln erfolgt auf der Grundlage von Bedeutungen, die aus der sozialen Interaktion abgeleitet werden oder dort entstehen. „Verstehen“ ist ein Nachvollziehen des Verleihens von Bedeutungen.	Erwachsenenbildung ist vorrangig das Zurückstellen „offizieller“ Deutungen und das Aufgreifen und Verstehen der Wirklichkeitskonstruktionen der Lernenden als Basis für Lernprozesse.
Systemtheorie (Luhmann / Schorr, 1988)	Autopoiesis (Selbsterhaltung und Selbsterzeugung) psychischer und sozialer Systeme durch Rückgriff auf die Einheiten, aus denen sie bestehen	Lehr-Lern-Prozesse als Reflexionsarbeit in der Form, daß Beobachtungen (Vorerfahrungen, Deutungen, Probleme systemischer Komplexität und Vernetztheit) in das System zurückgegeben werden. Ob und welche kontextbezogenen Interpretationen zur Entwicklung des Lernens angeboten werden, wird in der jeweiligen Situation entschieden.

Aus diesen erkenntnis- und bildungstheoretischen Grundlagen lassen sich, Arnold & Siebert (1997) folgend, diese Annahmen für die allgemeine Erwachsenenbildung und die Weiterbildung ableiten:

### **2.3.1 Konstruktion und Deutung von Wirklichkeit – Evolution als Anpassungsprozeß**

#### Allgemeine Annahmen und Zielsetzungen

Im Zentrum des Denkmodells der konstruktivistischen Erwachsenenbildung steht die Annahme, daß der Mensch seine Lebenswelten in kognitiven und sozialen Erkenntnisprozessen „...mit Hilfe von Deutungen bzw. Beziehungs- und Regelzuschreibungen, die er letztlich selbst konstruiert“ (Arnold & Siebert, 1997, S. 5) ordnet und strukturiert. Arnold & Siebert fassen die Evolution sozialer Wirklichkeit in Anlehnung an die Systemtheorie Luhmanns als einen Anpassungsprozeß auf, der autopoietisch erfolgt, d.h. „... nicht primär als Anpassung an Umweltbedingungen (...), sondern als relativ eigenständiger, operational geschlossener, selbstreferentieller Prozeß“ (Arnold & Siebert, 1997, S. 81)<sup>21</sup>. Anpassung in diesem Sinn bedeutet nicht, daß Systemen Ordnungen hinsichtlich ihrer Struktur und Funktionen von der Umwelt aufgezwungen werden, sondern daß Systeme Ordnungen selbst erzeugen (vgl. Capra, 1991, S. 298). Dieser Prozeß der Selbstorganisation unterliegt dabei den Bedingungen der Kontingenz und der Zirkularität. Kontingenz meint dabei die Nicht-Planbarkeit und Zufälligkeit von Ereignissen z.B. in der Weise, daß eine Intervention durch den Lehrenden im Rahmen eines Lernprozesses bei den Lernenden unterschiedliche, nur bedingt vorhersagbare Wirkungen auslöst, die abhängig sind von deren Erfahrungen, Erwartungen, Lerngeschichte usw..

Zirkularität meint die wechselseitige Beziehung von Faktoren wie an diesem Beispiel dargestellt: Deutungen von Wirklichkeit sind das Ergebnis von Erkenntnissen und leiten das Handeln; dieses Handeln führt in der Wirklichkeit zu (neuen) Erkenntnissen, die die Orientierung und Grundlage für anschließendes Handeln bilden, das wiederum zu neuen Erkenntnissen führt. So entsteht ein zirkulärer Bezug von Erfahrung und Handeln. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 83)

---

<sup>21</sup> Selbstreferenz bezeichnet die Möglichkeit eines Systems, durch das Verarbeiten anschlussfähiger und kompatibler Daten aus der Systemumwelt, „selektiv neue Möglichkeiten für das System zu schaffen (Huschke-Rhein, 1992, S. 168).

„Erkennen ist also kein rezeptiver oder mechanischer Vorgang, sondern eine aktive Handlung“ (Arnold & Siebert, 1997, S. 83), bei der der Sprache eine besondere Bedeutung zukommt. Sie erzeugt „...die Vorstellung vom Möglichen, der Entwurf – und nicht mehr die Überlieferung – leitet das Handeln“ (Arnold & Siebert, 1997, S. 83). Kommunikationsfähigkeit und Sprache bilden die Voraussetzung dafür, daß Beobachtungen, Deutungen, usw. mitgeteilt werden können und damit wieder zur Evolution von Wahrnehmungen, Erkenntnissen, Zuschreibungen von Bedeutungen usw. beitragen. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 86 f.)

### Bedeutung für die berufliche Weiterbildung

Für die berufliche Weiterbildung läßt sich daraus ableiten:

- Lehr-/ Lernsituationen unterliegen Wirklichkeitsdeutungen, die die Teilnehmerinnen aufgrund ihrer bisherigen Lernerfahrungen und ihrer Lernmotivationen vornehmen. Diese Wirklichkeitsdeutungen können sowohl die eigene Lernfähigkeit als auch die Situation der Lernumgebung betreffen (vgl. Teil II, Kap. 2.1.1).
- Teilnehmerinnen in beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen verfügen über jeweils eigene Deutungen der Wirklichkeit der Organisation, deren Mitglied sie sind. (z. B. bezogen auf Rollenhandeln, Problemlösemöglichkeiten, Einstellungen, Entscheidungswege usw.),
- Teilnehmerinnen beruflicher Weiterbildungsmaßnahmen können durch das Sprechen über ihre Wirklichkeitsdeutungen zu neuen Deutungen gelangen.
- Die wechselseitige Beziehung von Handeln und Erkenntnis kann methodisch auf eine Weise in die Gestaltung beruflicher Weiterbildung einbezogen werden, die eine Anpassung an Umweltbedingungen fördert.

Eine Anpassung an Umweltbedingungen im Sinne einer Evolution kann auf zwei Ebenen erfolgen:

- Anpassung der Wirklichkeitsdeutungen von Lehr-/ Lernsituationen hinsichtlich der eigenen Lernfähigkeit im Sinne eines selbstreflexiven Prozesses und der Wirklichkeitsdeutungen in Bezug auf die (soziale) Lernsituation.
- Anpassung der Wirklichkeitsdeutungen in Bezug auf die Organisation.

### 2.3.2 Systementwicklung

#### Allgemeine Annahmen und Zielsetzungen

Arnold & Siebert (1997) verdeutlichen den Aspekt der Systementwicklung am Beispiel des Organisationslernens und weisen in diesem Kontext auf drei Thesen hin, die Funktionsmechanismen von Selbstorganisation beschreiben:

- Das „Thomas-Theorem“, das die Realität von Deutungen in ihrer Faktizität für das Handeln beschreibt: „ Wenn Menschen Situationen als real definieren, sind sie in ihren Konsequenzen real“(Merton, 1968, S, 144, zit. nach Arnold & Siebert, 1997, S. 95).
- Die Selbstrückbezüglichkeit geschlossener Systeme, die darin besteht, daß geschlossene Systeme (z.B. Entscheidungsstrukturen in bürokratischen Organisationsmodellen (vgl. Teil I, Kap. 2.1.1)) Lösungsansätze immer nur aus schon vorhandenen Elementen (Systemroutinen, bekannte Lösungsmuster) generieren und damit ggf. zu einer Eskalation und Verschärfung des Problems beitragen (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 97 f.).
- Das Prinzip der notwendigen Offenheit komplexer (psychischer und sozialer) Systeme, nach dem Systeme anschlussfähige Impulse aus der Systemumwelt integrieren müssen, um anpassungsfähig zu bleiben(vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 99 f.). In diesem Sinn können z.B. Wirklichkeitsdeutungen von Interaktionspartnern als anschlussfähige Impulse zur Entwicklung der Strukturen sozialer Systeme wie Lernumgebungen, Organisationen usw. aufgefaßt werden.

#### Bedeutung für die berufliche Weiterbildung

Wird berufliche Weiterbildung aus dieser Perspektive betrachtet, können beispielhaft folgende Systeme abgegrenzt werden:

- das Lernfeld der Weiterbildung und das Funktionsfeld des beruflichen Alltags als jeweils eigene Systeme
- Psychische Systeme und soziale Systeme<sup>22</sup> als jeweils eigene Systeme
- Psychische und soziale Systeme als Subsysteme jeweils innerhalb des Lernfeldes und des Funktionsfeldes
- Interaktionen, Handlungen, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten, Motive usw. als jeweils eigene Systeme

---

<sup>22</sup> Die Grenzen psychischer und sozialer Systeme sind nach Wilke nicht physikalisch-räumlich, sondern symbolisch-sinnhaft bestimmt (vgl. Wilke, 1991, S. 194).

- Interaktionen, Handlungen, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten, Motive usw. als jeweilige Subsysteme der psychischen bzw. sozialen Systeme.<sup>23</sup>

Damit berufliche Weiterbildung unter dem Aspekt der Systementwicklung wirksam sein kann, ist es notwendig, solche Bedingungen zu schaffen, die die Integration anschlussfähiger Impulse unterstützen. Das kann z.B. dadurch geschehen, daß:

- bei der Bearbeitung der Inhalte und Fragestellungen innerhalb der Weiterbildungsmaßnahme die unterschiedlichen Subsysteme des Lern- und Funktionsfeldes berücksichtigt werden (z.B. durch Methoden wie Fallbeispiele, Planspiele, Gespräche über die jeweilige Situation im Funktionsfeld oder eigene Erfahrungen, Einstellungen usw.)
- Lehrende innerhalb des Lehr-/Lernprozesses Interventionen durchführen, die nicht belehrend sind, sondern analog zum Führungshandeln in sozialen Systemen nach den Prinzipien der Lenkung durch Steuerung und Regelung erfolgen (vgl. Ulrich & Probst, 1995, 310 ff.; Teil I, Kap. 2.3). Diese Interventionen können erfolgen durch Reflexionen, Moderation von Gruppenprozessen, Gespräche über Einstellungen, Erfahrungen, Problemlösemöglichkeiten, theoriegestützte Impulse usw..
- Lehrende über Kenntnis der vorherrschenden Interpretationsstruktur innerhalb des Funktionsfeldes verfügen, bzw. sich diese Kenntnis so weit wie möglich verschaffen (z.B. durch Gespräche im Vorfeld der Weiterbildungsmaßnahme mit Vorgesetzten, Weiterbildungsbeauftragten usw. und / oder durch Gespräche mit Weiterbildungsteilnehmerinnen innerhalb des Lernfeldes).

### **2.3.3 Lernen in Systemen als Koevolution**

#### Allgemeine Annahmen und Zielsetzungen

Durch Lernen soll aus konstruktivistischer Sicht nicht die äußere Realität abgebildet werden. Vielmehr sollen Menschen lernen, Probleme zu lösen und erfolgreich zu handeln. Die Besonderheiten dieses Lernens sind:

- In Lernprozessen wird die in intersubjektiven Prozessen konstituierte Wirklichkeit zugänglich und nicht eine (wie immer geartete) äußere Realität.
- Erkenntnis ist das Ergebnis einer intersubjektiven Verständigung und nicht die Abbildung von (scheinbar) objektiv Vorhandenem.

---

<sup>23</sup> Mitglieder einer Organisation, Lerngruppe usw. als Personen gehören bei dieser Betrachtungsweise zur Systemumwelt des jeweiligen Systems, weil sie nur im Hinblick auf Rollen, Einstellungen, Interaktionsmuster, Motive usw. zum System gehören (vgl. Wilke, 1991, S. 39).

- Wahrnehmen und Erkennen sind geprägt durch gesellschaftliche und kulturelle Muster, Erfahrungen, Lerngeschichte, Sozialisation, Erwartungen, Anforderungen usw..
- Lernen stellt unter konstruktivistischen Annahmen die Kopplung von psychischem und sozialem System, „die Passung von Mensch und Milieu“ (Arnold & Siebert, 1997, S. 85) sicher.

Lernen erfolgt aus dieser Sicht dadurch, daß in einem kommunikativen Prozeß Erkenntnisse, Erfahrungen, Deutungen usw. zwischen Lernenden sowie zwischen Lehrenden und Lernenden ausgetauscht werden. Da Lehrende und Lernende über jeweils eigene Deutungen, Wahrnehmungen, Erkenntnisse usw. verfügen, stellen sie jeweils unterschiedliche, von den anderen ggf. als neu bewertete Interpretationsangebote zur Verfügung. Wird das Neue als bedeutungsvoll erkannt, wird es in vorhandene Erfahrungen und Erkenntnisse integriert und führt hier zur Umdeutung bzw. Umstrukturierung des Vorhandenen. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 88 ff.)

#### Bedeutung für die berufliche Weiterbildung

Lernen als Koevolution kann in Verbindung mit Prozessen der Systementwicklung in offenen Systemen betrachtet werden. Huschke-Rhein knüpft dort an, wenn er darauf hinweist, daß jede pädagogische Handlung als Element eines Systems in Wechselwirkung mit „Kontextsystemen“ gesehen werden muß (vgl. Huschke-Rhein, 1992, S. 212 f.). Die Rolle der Lehrenden besteht darin, Informationen, Konzepte, Vorschläge usw. so auszuwählen, daß sie sowohl an schlußfähig an psychische Systeme als auch an das soziale System der Organisation sind (vgl. Huschke-Rhein, 1992, S. 212f), Ausführungen zu „Offenheit für Neues“). Das setzt einerseits Kenntnisse über Einstellungen, Fähigkeiten, Kenntnisse, berufliche Aufgaben der Lernenden voraus und andererseits Kenntnisse über grundsätzliche Ziele und Aufgaben der Organisationen, der die Lernenden angehören. (So ist es z.B. bei Weiterbildungsmaßnahmen für pflegerische Leitungen sinnvoll, wenn Lehrende Kenntnisse über Ziele, Aufgaben, Strukturen von Krankenhäusern und Aufgaben pflegerischer Leitungen haben oder sich darüber Kenntnisse verschaffen.) Gefördert werden Prozesse der Koevolution, wenn Lehrende ihre Aufgabe analog zu den von Ulrich & Probst (1995) formulierten Hauptaufgaben des Managements sehen: Lenkung der Lernprozesse durch Steuerung und Regelung in der Form, daß einerseits gezielt Regeln und Rahmenbedingungen gesetzt werden und andererseits

Störungen als Informationen aus dem System aufgefaßt, zugelassen und ggf. (gemeinsam mit den Lernenden) korrigiert werden. (vgl. Teil I, Kap. 2.1.2)  
 Diese Form des Lehrens fördert nicht nur kognitive Lernprozesse, sondern wirkt auch auf Lernprozesse im sozialen System der Lernumgebung zurück. In diesen sozialen Lernprozessen wird die Wirklichkeit der Lernumgebung erzeugt, die sich entweder förderlich oder hinderlich auf die selbsttätige Wissensaneignung und das Entwickeln neuer Erkenntnisse auswirken kann.

### **2.3.4 Verarbeitung von Information zu Wissen**

#### Allgemeine Annahmen und Zielsetzungen

Arnold & Siebert führen an, daß aus konstruktivistischer Sicht alles das als Information aufgefaßt wird, was ein „Sender“ mitteilt, Wissen dagegen als eine Leistung des Subjekts und eine Kategorie verstanden wird, die das Subjekt mit seiner Umwelt verbindet. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 112).

Die Verarbeitung von Information zu Wissen führt zu Lernprozessen, die Arnold & Siebert als

„ Zustandsänderung eines Systems“ bezeichnen und zwar in der Weise, daß „... eine Veränderung des Wissens, der Emotionalität, der Fertigkeiten, auch der Werte und Deutungsmuster“ (Arnold & Siebert, 1997, S. 115) zustande kommt.

Informationen werden aber nur dann zu Wissen verarbeitet, wenn sie den Lernenden für ihren spezifischen Fragen- und Problembereich relevant, praktisch, nützlich, neu und in ihr kognitives System integrierbar (anschlußfähig) erscheinen. Diese Entscheidungen müssen Lernende immer wieder treffen, unabhängig davon, auf welche Wissensbereiche sich die Informationen beziehen. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 113)

Nach Kraak verändern Informationen Wissen<sup>24</sup> in der Weise, daß das Vertrauen in vorhandenes Wissen vergrößert oder verringert wird. Die Richtung der Veränderung hängt u.a. davon ab, ob Lernende die Informationen als relevant und valide (bei Sachinformationen) oder fundiert (bei Werturteilen) einschätzen. Vorhandenes Wissen wird dann, wenn neue Informationen konsistent erscheinen, erweitert,

---

<sup>24</sup> Nach Kraak erfolgt die Verarbeitung von Informationen zu Wissen im Rahmen kognitiver Handlungen, wobei er als grundlegende Prämisse anführt, daß Handlungen nicht nur als beobachtbare Bewegungen, sondern auch in Anlehnung an die Handlungs-Entscheidungs-Theorie als kognitive Handlungen in Form „innerer Denkbewegungen“ klassifiziert werden können (vgl. Kraak, 1991, S. 40f.)

differenziert oder vervollständigt oder, wenn sie diskrepant erscheinen, revidiert. (vgl. Kraak, 1991, S. 40 f.)

#### Bedeutung für die berufliche Weiterbildung

Informationen in beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen werden von Teilnehmerinnen an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen dann als anschlussfähig, relevant, praktisch und nützlich bewertet, wenn sie sich auf die jeweilige berufliche Aufgabe beziehen. Informationsverarbeitung geschieht in Interaktion mit im Gedächtnis gespeicherten beruflichen und nichtberuflichen Lernerfahrungen. Die vorhandenen Lernerfahrungen bilden die Wissensbasis und werden als epistemisches Wissen (Wissen über Sachverhalte) und als heuristisches, prozedurales Wissen (Verfahrenswissen) gespeichert. (vgl. Kraak, 1991, S. 100 ff.) und liegen als Fakten-, Methoden-, Orientierungs- oder Handlungswissen vor.

Ein wichtiger Aspekt in diesem Zusammenhang ist, daß einzelne Begriffe, Fakten usw. nicht isoliert gespeichert sind, sondern im Kontext ihrer Bedeutungen, die für das Verstehen von Fakten, Begriffen usw. sowie bestimmter Situationen notwendig sind. Auf diese Weise werden nicht nur wissensbezogene, sondern auch erfahrungsbezogene Informationen in die vorhandene Wissensbasis integriert. (vgl. Schermer, 1991, S. 139)

Auch hier ist es sinnvoll, wenn Lehrende Strukturen, Aufgaben, Ziele des Funktionsfeldes sowie Zielsetzungen, Stellenanforderungen, Arbeitsplatzbeschreibungen usw. kennen, die die Aufgaben der Lernenden im Funktionsfeld umschreiben.

Dadurch können sie prinzipiell anschlussfähige Informationen zur Verfügung stellen. Andererseits ist es notwendig, schon vorhandenes Wissen und Vorerfahrungen der Lernenden zu erschließen und in den Lernprozeß zu integrieren.

### **2.3.5 Offenheit für Neues**

#### Allgemeine Annahmen und Zielsetzungen

Auch die Annahmen Lernender hinsichtlich ihrer Lernfähigkeit, der Relevanz und des Nutzens von Lerninhalten für den jeweiligen Lebensbereich, den Sinn von Lernangeboten usw. sind Konstruktionen. Sie sind Ergebnisse von Erfahrungen und bilden die Basis für die Entscheidung Lernender, ob und in welcher Weise sie sich lernend mit ihren jeweiligen Wirklichkeitskonstruktionen auseinandersetzen. In diesem

Sinn wird jedes Lernangebot bewertet und anschließend akzeptiert und assimiliert oder abgelehnt und abgewehrt, um entweder unbrauchbare Konstrukte zu revidieren oder bewährte Konstrukte zu erhalten (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S 121 f.). Neues kann aber nur dann assimiliert und zur Revision von Konstruktionen herangezogen werden, wenn es anschlussfähig an vorhandenes Wissen ist. Anschlussfähigkeit ist aber nur dann gegeben, wenn die neuen Informationen in einer Spannbreite (Driftzone) zwischen Neuem und Bekanntem liegen, die einerseits nicht zu dicht an schon Bekanntem liegt, weil die Informationen dann als redundant und nicht neu aufgefaßt werden. Andererseits dürfen sie nicht zu weit von schon Bekanntem entfernt sein, weil das Lernangebot dann als Überforderung oder Bedrohung wahrgenommen wird (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 122).

#### Bedeutung für die berufliche Weiterbildung

Teilnehmerinnen an beruflichen Weiterbildungsmaßnahmen verfügen über eine mehr oder weniger umfangreiche Wissensbasis. Das dort vorhandene Wissen setzt sich zusammen aus berufsspezifischem Faktenwissen, methodischem Wissen, berufsspezifischen Erfahrungen aber auch lebensgeschichtlichen Erfahrungen und Handlungswissen. Sind die Teilnehmerinnen Führungskräfte, kommt noch ein spezifisches Führungswissen hinzu. Wie groß der Umfang der Wissensbasis ist, hängt ab von der Erstausbildung, Art und Umfang bisheriger Weiterbildungen sowie dem Umfang der beruflichen bzw. lebensgeschichtlichen Erfahrung.

Neue Informationen können unter diesen Bedingungen nur dann zu einer Umdeutung und Neuorientierung gewohnter Handlungsmuster, Einstellungen, gewohnten Wissens usw. führen, wenn Lehrende diese Wissensbasis kennen und sie in den Lehr-Lern-Prozeß einbeziehen. Das kann entweder dadurch geschehen, daß sich Lehrende in Gesprächen mit Lernenden bzw. in Gesprächen mit Weiterbildungsbeauftragten des Betriebs ein Bild über die vorhandene Wissensbasis verschaffen. Ist die Wissensbasis innerhalb der Lerngruppe sehr heterogen, dann ist es sinnvoll, zunächst Grundlagen für eine gemeinsame Wissensbasis zu vermitteln.

### **2.4 Handlungstheoretische Annahmen zur Unterstützung des Aufbaus leitungsbezogener Handlungskompetenzen**

Der beschriebene Ansatz der konstruktivistischen Erwachsenenbildung eignet sich in einem hohen Maße als Grundlage einer Konzeption von Weiterbildungsmaßnahmen mit dem Ziel eines Aufbaus komplexen Führungshandelns. Allerdings wird nach

meiner Erfahrung der Schritt vom Aufbau einer Wissensbasis zum Aufbau von Handlungsmustern zu wenig berücksichtigt. Deshalb müssen Elemente der Handlungstheorie diesen Ansatz im Bereich des Aufbaus der Handlungskompetenz ergänzen.

Dazu greife ich handlungstheoretische Annahmen auf, die Parallelen zum Konstruktivismus aufweisen und Wechselwirkungen und Vernetzungen berücksichtigen, dabei aber den Schwerpunkt auf den Aufbau von Handlungswissen und die Steuerung des Handlungsvollzugs legen.

Bei der Auswahl der handlungstheoretischen Elemente, die ich in mein Konzept einbeziehe, habe ich mich an folgenden Annahmen und Merkmalen orientiert :

- Die zentrale Annahme handlungstheoretischer Ansätze ist die, daß Handlungen immer auf einen subjektiven Zweck gerichtet und mit einer Absicht unterlegt sind und ihnen ein hohes Maß an Bewußtheit zugrunde liegt. (vgl. z.B. Wigger, 1983, S. 104 f.; Aebli, 1993, S. 20; Wottawa & Gluminski, 1995, S. 20)
- Die Merkmale des Handelns, die Severing (1994) in Anlehnung an die Handlungsregulationstheorie aufführt:
  - Menschen setzen sich mit ihrer Umwelt auseinander und verändern sie durch ihre Ziele
  - Das Handeln muß kontinuierlich an diese Veränderungen angepaßt werden. Jedes Handeln ist immer auch in gesellschaftliche Zusammenhänge eingebunden. Einzelne Handlungen sind keine für sich stehenden Elemente, sie sind immer ein Teil größerer Handlungsgefüge und prozeßhaft zu verstehen (vgl. Severing, 1994, S. 81).
  - Handlungen in Leitungsfunktionen sind komplex und bestehen in der Koordination mehrerer Handlungsbereiche sowie dem Schaffen neuer Handlungsbereiche. Dazu müssen Zusammenhänge über den individuellen Handlungsraum hinaus antizipiert und in die jeweiligen Handlungen einbezogen werden. (vgl. Severing, 1994, S. 85 ff.)<sup>25</sup>

Bezogen auf die genannten Aspekte und Merkmale zeigen handlungstheoretische Annahmen Rahmenbedingungen auf, die Verhalten steuern bzw. die für die

---

<sup>25</sup> Severing lehnt sich bei der Beschreibung beruflicher Handlungen an das 5-Ebenen-Modell der Regulationserfordernisse von Volpert (1983) an. Danach werden die Ebenen des Handelns durch Typen von Handlungen gebildet, die unterschiedliche Regulation erfordern. Handlungen in Leitungsfunktionen erfolgen nach diesem Modell auf der Ebene der Bereichs- und Erschließungsplanung (vgl. Severing, 1994, S. 85 ff.)

Steuerung relevant sein können und damit auch Handlungsorientierung in berufsbezogenen Situationen bieten (vgl. Wottawa & Gluminski, 1995, S.19). In diesem Sinn ergänzen sie sinnvoll ein Weiterbildungskonzept für pflegerische Leitungskräfte, das auf Annahmen der konstruktivistischen Erwachsenenbildung basiert. Dabei lege ich den Schwerpunkt auf Faktoren, die für die Planung und Durchführung sowie bei der Entscheidung für Handlungen relevant sind.

Die folgenden handlungstheoretischen Ansätze habe ich ausgewählt, weil sie einerseits diese Schwerpunkte aufgreifen, andererseits aber durch die Betonung von Interdependenzen und Steuerungsprozessen nicht nur den Aufbau einzelner Handlungen unterstützen, sondern darüber hinaus den Aufbau von Handlungskompetenz zur Durchführung komplexen Führungshandelns:

- Die von Aebli (1993) betonte Bedeutung kognitiver Prozesse für den Handlungsvollzug und den Aufbau von Handlungswissen.
- Annahmen Lantermanns (1980) zur Wechselwirkung von Person, Situation und Handlung.
- Die von Kraak (1991) konzipierte Handlungs-Entscheidungs-Theorie.

Handeln wird nach Aebli (1993) durch kognitive Prozesse gesteuert. Dies erfolgt in der Weise, daß immer dann, wenn sich im Handlungsvollzug Probleme andeuten, Aufmerksamkeit und Bewußtheit für Ziele und Strukturen des Handlungsvollzugs sich erhöhen und diese neu ausgerichtet werden können. Für die Gestaltung von Weiterbildungsmaßnahmen ist in diesem Zusammenhang die von Aebli getroffene Unterscheidung von Sprechhandeln und praktischem Handeln von Bedeutung, die in der Weise zusammenhängen, daß praktisches Handeln im Sprechhandeln abgebildet werden kann. Menschen sind danach in der Lage, durch Sprache Handlungen so abzubilden (beschreiben, Teilhandlungen in Beziehung setzen usw.), wie sie auch im unmittelbaren (praktischen) Tun erfolgen. (vgl. Aebli, 1993, S. 20)

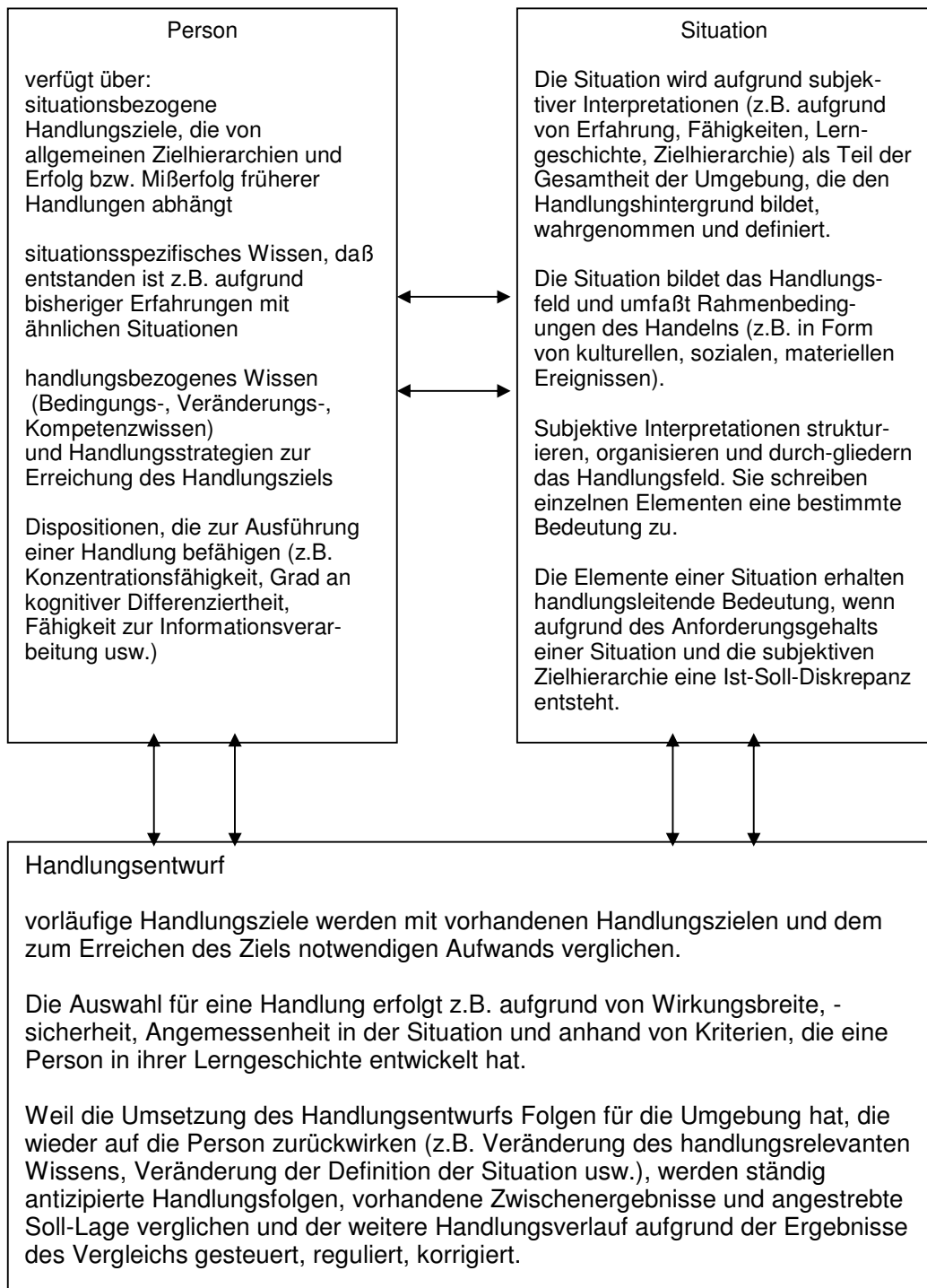
Sind die Probleme im Handlungsvollzug so groß, daß im Handlungsvollzug innegehalten werden muß, oder erscheint der Handlungsvollzug von vorne herein problematisch, dann setzen nach Aebli Denkprozesse ein, mit deren Hilfe das Handeln in Form eines abstrakten Probehandelns analysiert und vorstrukturiert wird. (Aebli, 1993, S. 21 f.).

Aebli bezeichnet dieses Denken als Reflexion, in deren Verlauf praktisches Tun gegen eine Tätigkeitsform ausgetauscht wird, die eine Strukturanalyse erleichtert und als Metatätigkeit Teil eines Problemlöseprozesses im Kontext eines Handlungsplans darstellt. (vgl. Aebli, 1993, S. 21 ff.)

Einen anderen, für meine Konzeption wichtigen Aspekt zeigt Aebli (1993) auf, indem er eine Beziehung zwischen Handlung, Situation und handlungsrelevantem Wissen herstellt. Handlungsrelevantes Wissen umfaßt danach sowohl Wissen um sachliche Zusammenhänge als auch um Deutungen der Situation, in der das Handeln stattfindet. Das Wissen um Deutungen strukturiert gleichzeitig die (auf die geplante Handlung bezogene) Wahrnehmung der Situation. Deutungen haben (wie auch im Kontext der konstruktivistischen Erwachsenenbildung) das Ziel, ein Bild der Situation zu erhalten und die Situation unter Berücksichtigung der sachlichen Zusammenhänge zu verstehen. (vgl. Aebli, 1993, S. 182) Aebli präzisiert den von Arnold & Siebert (1997) angeführten wechselseitigen Prozeß von Deuten und Erkennen wenn er aufzeigt, daß Wahrnehmen und Deuten die Nachkonstruktion der handlungsrelevanten Situation als kognitiven Prozeß ermöglicht, der die Basis für nachfolgendes Handeln ist. Die der Nachkonstruktion folgende Handlung weist dann über die gegebene Situation hinaus und erzeugt dadurch neue Beziehungen, die in der Situation noch nicht vorhanden sind. Auf diese Weise bildet sich Handlungswissen in Form komplexer Handlungs- und Wahrnehmungsstrukturen aus. (vgl. Aebli, 1993, S.120 f.)

Zur Veranschaulichung der Wechselwirkung von Person, Situation und Handlung greife ich das von Lantermann entwickelte handlungspsychologische Modell auf (vgl. Lantermann (1980, S. 132ff.).

Abbildung 2: Wechselwirkung von Person, Situation und Handlung in Anlehnung an das handlungspsychologische Modell Lantermanns



Annahmen zur Begründung von Entscheidungen für ein bestimmtes Handeln entnehme ich der von Kraak (1991) entwickelten Handlungs-Entscheidungs-Theorie. Die Handlungs-Entscheidungs-Theorie basiert auf Grundlagen der Erwartungs-Wert-Modelle<sup>26</sup>, die von Kraak modifiziert werden.

Diese Modifizierung umfaßt im Wesentlichen eine Erweiterung bezüglich der „subjektiven Handlungsabhängigkeit von Ereignissen“ und das Hinzufügen des Aspekts der „subjektiven Verfügbarkeit von Handlungen“ (Kraak, 1991, S. 36). Hinsichtlich der subjektiven Handlungsabhängigkeit von Ereignissen greift Kraak (1991) die Annahmen der Erwartungs-Wert-Modelle auf. Danach trifft ein Handelnder eine Entscheidung aufgrund der erwarteten Wahrscheinlichkeit, mit der die Handlung zu einer Veränderung führt. (vgl. Kraak, 1991, S. 35).

Erwartungen an Handlungsfolgen können sich nach Kraak (1991) aber auch darauf richten, daß eine Handlung nicht nur zu einer allgemeinen, nicht näher quantifizierbaren Veränderung führt, sondern daß eine Handlung darüber hinaus „...das Ausmaß, den Umfang, in dem ein Sachverhalt auftritt oder vorliegt, verändert.“ (Kraak, 1991, S. 35). Diese Situationen treten nach Kraak vor allem dann auf, wenn dem Handelnden mehrere Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und eine Entscheidung für eine dieser Handlungsmöglichkeiten gefällt werden muß. (vgl. Kraak, 1991, S. 35 f.)

Als weitere Bedingung zur Entscheidung für eine Handlung hat Kraak die subjektiv vorhandenen Handlungsmöglichkeiten eingeführt. Diese umfassen:

- Wissen über eine oder mehrere Handlungsmöglichkeiten.
- Beurteilung der grundsätzlichen Ausführbarkeit einer Handlung unter den vorhandenen Rahmenbedingungen.
- Beurteilung der Möglichkeit, diese Handlung persönlich ausführen zu können. (vgl. Kraak, 1991, S. 37)

Als zusätzliche Entscheidungskriterien führt Kraak Bedingungen an, die sich entweder unmittelbar im Entscheidungsprozeß auswirken (subjektive Verfügbarkeit von Handlungsmöglichkeiten) oder mittelbar den Entscheidungsprozeß beeinflussen.

Zu diesen mittelbaren Faktoren zählt Kraak z.B.

- situative Aspekte, von denen abhängt, ob einem Handelnden bestimmte Handlungsmöglichkeiten tatsächlich zur Verfügung stehen

---

<sup>26</sup> Erwartungs-Wert-Modelle basieren auf der Annahme, daß die antizipierten Erwartungen mit dem Nutzen (Wert) in Beziehung gesetzt und von Personen verschiedenen Handlungsergebnissen zugeordnet werden. Die Entscheidung für ein Handlungsziel wird nach diesem Modell von dem dadurch erwarteten Nutzen und der Wahrscheinlichkeit, mit der dieses Ziel erreicht werden kann, beeinflusst. (vgl. z.B. Lantermann, 1980, S. 123 ff.; Kraak, 1991, S. 33; Wegge, 1998, S. 29).

- die subjektive Lerngeschichte und Persönlichkeit eines Handelnden, die z.B. einen Einfluß darauf hat, in welchem Maße Menschen die Handlungsabhängigkeit von bestimmten Ereignissen abschätzen bzw. Veränderungen als Folge ihrer Handlungen erwarten
- gesellschaftliche Bedingungen, von denen z.B. abhängt, ob eine Handlungsfolge als positiv oder negativ oder grundsätzlich wichtig bzw. unwichtig gewertet wird. (vgl. Kraak, 1991, S. 38 f.)

#### Bedeutung der handlungstheoretischen Annahmen für die berufliche Weiterbildung

Die beschriebenen handlungstheoretischen Annahmen ermöglichen den Aufbau von Handlungskompetenz für die Bewältigung komplexer (beruflicher) Situationen, denn sie beziehen Prozesse der Handlungssteuerung, den Aufbau handlungsrelevanten Wissens und die Interdependenz von Person, Situation und Handlung mit ein. Zusätzlich treffen sie Aussagen über Entscheidungskriterien für Handlungen. Dieser Aspekt ist im Kontext dieser Arbeit von Bedeutung, weil das Treffen von Entscheidungen ein wichtiger Bereich innerhalb des Führungshandelns ist (vgl. Teil I, Kap. 2.3).

Außerdem stellen die Annahmen von Aebli (1993) einen Rahmen zur Verfügung, der es möglich macht, praktisches Handeln im Sprechhandeln abzubilden und dadurch Lernfeld und Funktionsfeld im Interaktionsfeld. (vgl. Heidack in Heeg & Münch, 1993) miteinander zu verbinden. Weil die handlungstheoretischen Annahmen außerdem das Thematisieren und Reflektieren von Entscheidungskriterien als wesentliche Teile des Handlungsvollzugs berücksichtigen, wird der Aspekt der Entscheidung einmal gezielt aufgegriffen und verdeutlicht.

Handlungskompetenz kann auf diese Weise in Form eines „abstrakten Probehandelns“ (Aebli, 1993) aufgebaut und (unterstützt durch gezielte Planung) im Funktionsfeld durch praktisches Handeln verfestigt werden.

Auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen habe ich ein Weiterbildungskonzept für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management entwickelt. Dieses Konzept wird im Städtischen Klinikum Braunschweig umgesetzt.

### **3. Konzept zur Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte im mittleren Management**

Den Hintergrund der Konzeption bilden die Ausführungen im ersten Teil der Arbeit zur Personal- und Organisationsentwicklung (vgl. Teil I, Kap. 3) und die Anforderungen an Führungshandeln zur Bewältigung komplexer Situationen (vgl. Teil I, Kap. 2.3 ).

Die Ausführungen basieren weitgehend auf Annahmen aus systemtheoretischen und konstruktivistischen Ansätzen, die auch bestimmend für die Auswahl der pädagogischen und handlungstheoretischen Annahmen als Grundlage der Gestaltung der Weiterbildung sind.

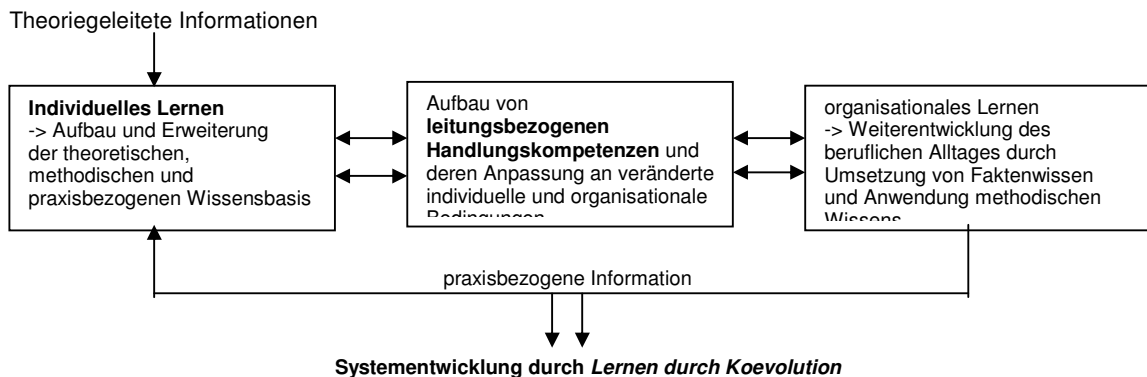
Die folgenden Überlegungen greifen diese Vorgaben auf:

- Die Weiterbildungsmaßnahme für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management berücksichtigt sowohl individuelles als auch organisationales Lernen. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Gestaltung des Transfers von Weiterbildungsinhalten in die berufliche Praxis.
- Bei den Teilnehmerinnen soll eine handlungsrelevante Wissensbasis aufgebaut bzw. die schon vorhandene Wissensbasis erweitert werden. Diese Wissensbasis soll sowohl theoretisches Wissen als auch Handlungswissen umfassen. Um dieses Ziel zu erreichen, erhalten die Teilnehmerinnen sowohl theoriegeleitete als auch praxisbezogene Informationen. Die theoriegeleiteten Informationen bestehen aus fachbezogenen Lehrinhalten und methodischen Vorgehensweisen, die durch Dozent/innen im Lernfeld vermittelt werden; die praxisbezogenen Informationen beruhen auf den schon vorhandenen leitungsbezogenen Erfahrungen der Teilnehmerinnen, über die ein (durch die Dozent/innen gelenkter) Austausch im Lernfeld erfolgt. Zusätzlich sollen die Teilnehmerinnen aber auch dadurch Erfahrungen erwerben, daß sie Aufgaben im Funktionsfeld umsetzen, die die Bearbeitung von Fragestellungen aus der eigenen Leitungspraxis erfordern. Der auf diese Weise gesteuerte Theorie-/ Praxistransfer führt zu Veränderungen in der beruflichen Praxis. Diese Veränderungen sollen als praxisbezogene Informationen erkannt und in vorhandenes Wissen integriert werden.
- Durch Anwendung und Reflexion des theoretischen und praktischen Wissens in Lern- und Funktionsfeld sollen leitungsbezogene Handlungskompetenzen aufgebaut bzw. erweitert werden. Der im Lernfeld begonnene Aufbau von Handlungskompetenzen soll im Laufe der Weiterbildung durch die Umsetzung von Aufgaben im beruflichen Alltag vertieft werden. Die Umsetzung der Aufgaben soll gesteuert und beratend begleitet werden und so geplant sein, daß

Veränderungen in der Praxis angeregt werden, die in der Folge zu organisationalen Lernprozessen führen können. Diese Veränderungen und Ergebnisse der organisationalen Lernprozesse führen über Rückkopplungsprozesse der individuellen Wissensbasis der Teilnehmerinnen ergänzende und erweiternde Informationen zu, die sich in der Folge wieder auf Handlungskompetenzen und organisationales Lernen auswirken.

- Aus systemischer Perspektive betrachtet können durch die Wechselwirkung von individuellem und organisationalem Lernen Lernprozesse stattfinden, die die Entwicklung psychischer und sozialer Systeme sowohl im Lernfeld als auch im Funktionsfeld im Sinne einer Koevolution fördern.
- Der Prozeß der Weiterentwicklung der individuellen Wissensbasis und der leitungsbezogenen Handlungskompetenzen durch die Aufnahme theoriegeleiteter und praxisbezogener Informationen mit anschließendem Transfer des neu gewonnenen bzw. erweiterten Wissens in die berufliche Praxis soll als Effekt der Weiterbildung erhalten bleiben.

Abbildung 3: Konzeptstruktur



Aus diesen Überlegungen habe ich zwei konzeptionelle Schwerpunkte abgeleitet:

- Die Gestaltung der organisatorischen Struktur des Lehrgangs.
- Die Gestaltung der Lehr-Lernprozesse mit dem Ziel, leitungsbezogene Handlungskompetenzen aufzubauen und den Theorie-Praxis-Transfer (Lerntransfer)<sup>27</sup> von Weiterbildungsinhalten durch die Verknüpfung von Lernfeld und Funktionsfeld zu fördern.

<sup>27</sup> Lerntransfer stellt nach Lemke einen psychosozialen Prozeß dar, in dessen Verlauf im Lernfeld erworbenes Wissen und Handlungskompetenzen in das Funktionsfeld der beruflichen Praxis übertragen und dort angewendet werden. (vgl. Lemke, 1995, S. 7)

### 3.1 Gestaltung der organisatorischen Struktur

Seit dem 20.10.1995 ist die Weiterbildung zur „Pflegefachkraft im mittleren Leitungsbereich“ in Niedersachsen durch einen Runderlaß des Sozialministeriums geregelt, dessen Vorschriften für die Durchführung bindend sind. Der Runderlaß gibt die Kriterien für die formale Gestaltung der Lehrgänge, die Durchführung der Abschlußprüfung sowie die zu lehrenden fachbezogenen Themenbereiche vor. Die Einhaltung der Bestimmungen und die Durchführung der Prüfungen kontrollieren die jeweiligen Bezirksregierungen.

Vorgeschrieben wird in dem Runderlaß:

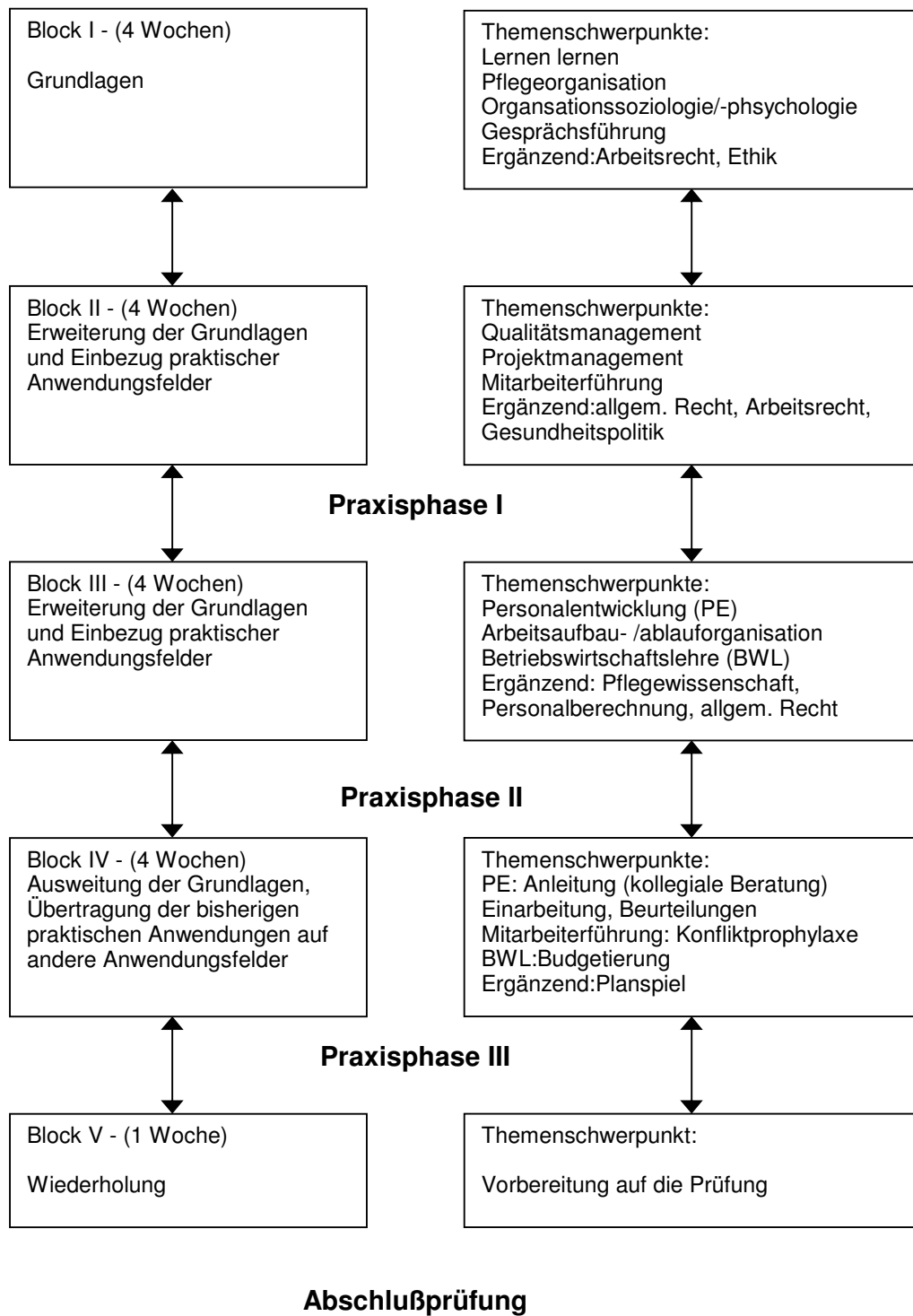
- eine Gesamtstundenzahl von 720 Unterrichtsstunden für den theoretischen Unterricht
- Praxisphasen, in denen sich die Teilnehmerinnen mit leitungsbezogenen Aufgaben z.B. zur Mitarbeiterführung, Stationsorganisation usw. auseinandersetzen sollen.
- Durchführung des Lehrgangs in Blockform.
- Dauer des Lehrgangs (mindestens 12 Monate, höchstens 24 Monate)
- Art und Umfang der Abschlußprüfung (Die Prüfung besteht aus einer Hausarbeit, in der ein Praxisproblem unter Einbezug relevanter Theorien bearbeitet werden soll, einer Klausur und einer mündlichen Prüfung.)

Für die inhaltliche Gestaltung gibt der Runderlaß Themenbereiche vor. Die wichtigsten Themen sind: Führen und Leiten, Organisationssoziologie und -psychologie, Pflegemanagement und -organisation, Kommunikation und Gesprächsführung, Qualitätsmanagement, Betriebswirtschaftslehre, Recht. Angaben dazu, wie die Praxisphasen methodisch gestaltet werden sollen, enthält der Runderlaß nicht. Es wird lediglich ein formaler Nachweis in Form einer Bestätigung durch die zuständige Pflegedienstleitung darüber gefordert, daß die Praxisphasen durchgeführt worden sind. Außerdem ist ein inhaltlicher Nachweis in Form eines Berichts (Praktikumsbericht) erforderlich.

Aufgrund dieser Vorgaben habe ich die in der Abbildung 4 dargestellte Lehrgangsstruktur entwickelt, die die Aufteilung der theoretischen Blöcke und der vorgeschriebenen Praxisphasen umfaßt. Darüber hinaus sind die vorgeschriebenen Lehrgangsinhalte in die organisatorische Aufteilung in der Weise einbezogen, daß sie aufeinander aufbauen und in zunehmendem Maß im Lehrgang mit den Anwendungsfeldern der Praxis verknüpft werden.

Abbildung 4: Organisatorische Struktur des Lehrgangs zur Weiterbildung zur „Pflegefachkraft im mittleren Management“

### Struktur des Lehrgangs



### 3.2 Gestaltung der Lehr-Lernprozesse

Zur Gestaltung der Lehr-Lernprozesse beziehe ich mich auf die Annahmen der konstruktivistischen Erwachsenenbildung von Arnold & Siebert (1997) und der handlungstheoretischen Elemente von Aebli (1993), Lantermann (1980) und Kraak (1991).

Zur Erleichterung der Planung ist die Gesamtkonzeption im Kontext einer systemischen Betrachtung in drei sich wechselseitig beeinflussende Subsysteme aufgegliedert. Diese bilden die grundlegenden Ziele der Weiterbildung ab (Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen und Förderung des Lerntransfers) und zeigen die Schnittstellen auf, an denen eine Verknüpfung von individuellem und organisationalem Lernen sowie von Lernfeld und Funktionsfeld erfolgt:

- Die Vorbereitung des Aufbaus leitungsbezogener Handlungskompetenzen und des Lerntransfers
- Der Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen
- Förderung des Lerntransfers

Die getrennte Betrachtung der Subsysteme erleichtert die methodische Gestaltung der Lehr-Lernprozesse sowie die Auswahl der jeweils notwendigen theoriegeleiteten und / oder praxisbezogenen Informationen.

Tabelle 4: Verknüpfung von Teilbereichen des Konzepts, Lernbereichen und theoretischen Annahmen im Gesamtkonzept

<b>Subsysteme</b>	<b>Verknüpfung der Lernbereiche</b>	<b>Theoretische Annahmen</b>
Die Vorbereitung des Aufbaus leitungsbezogener Handlungskompetenzen und des Lerntransfers	Individuelles Lernen unter Einbeziehung praxisbezogener Fragestellungen im Lernfeld	Konstruktion und Deutung von Wirklichkeit Offenheit für Neues Verarbeitung von Information zu Wissen (Arnold & Siebert, 1997)
Der Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen	Individuelles Lernen unter Einbeziehung praxisbezogener Fragestellungen im Lernfeld	Aufbau von Handlungswissen (Aebli, 1993) Wechselwirkung von Person, Situation und Handlung (Lantermann, 1980) Entscheidungsprozesse (Kraak, 1991)
Förderung des Lerntransfers	Verknüpfen von individuellem und organisationalem Lernen durch Anwendung des individuellen Handlungswissens im Funktionsfeld	Systementwicklung und Lernen durch Koevolution (Arnold & Siebert, 1997)

Die anschließende Darstellung des Konzepts folgt dieser Aufstellung. Dabei stelle ich den Bezug der einzelnen Bereiche zwischen den theoretischen Annahmen der

konstruktivistischen Erwachsenenbildung und der Handlungstheorie und der methodischen Gestaltung der Weiterbildung her.

### **3.2.1 Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen und des Lerntransfers im Lernfeld**

Das Ziel der Vorbereitung ist es, bei den neuen Teilnehmerinnen eine fachbezogene Wissensbasis aufzubauen, die sie befähigt, neue Handlungsmöglichkeiten zu erkennen und anzuwenden. Beeinflußt wird diese Fähigkeit durch die Art und Weise, in der die Wirklichkeiten der Lehr-/ Lernsituationen und der beruflichen Situation gedeutet werden, sowie durch den Grad, in dem Teilnehmerinnen offen für neue Informationen sind.

#### *Konstruktion und Deutungen von Wirklichkeit*

Für die Umsetzung des Konzepts sind vorrangig zwei Bereiche sozialer Wirklichkeit von Bedeutung: die Wirklichkeit der Lehr-/Lernsituation und die der Organisation Krankenhaus bzw. der Station oder Abteilung.

Dabei werden Konstruktionen angestrebt, die den Teilnehmerinnen einen neuen Zugang zu anderen als den bisherigen Handlungsmustern eröffnen. Angestrebt wird:

- Die Wirklichkeitsdeutung der Lehr-/ Lernsituation als Bereich, in dem Lernen nicht nur einseitig durch die Vermittlung von theoriegeleiteten Informationen durch Dozenten, sondern auch durch Austausch und Reflexion beruflicher Erfahrung erfolgen kann.
- Die Wirklichkeitsdeutung der Organisation Krankenhaus und der jeweiligen Station bzw. Abteilung als Bereich, in dem es möglich ist, Lehrgangsinhalte in der Weise anzuwenden, daß Veränderungen geplant und erfolgreich umgesetzt werden können.

Durch den Austausch von Beobachtungen, Erfahrungen, Handlungsmöglichkeiten usw. sollen die Teilnehmerinnen zu neuen Erkenntnissen über situative Zusammenhänge und Handlungsmöglichkeiten gelangen und ggf. andere als die gewohnten Handlungsmuster in Erwägung ziehen.

#### Lehr-/Lernsituation

Einer Konstruktion des Lehrgangs als Ort des wechselseitigen Lernens stehen häufig Erfahrungen mit unterschiedlichen Situationen in der schulischen und /oder beruflichen Ausbildung im Wege. Daß die Deutung der Lehrgangssituation vorrangig

durch assoziative Verknüpfung der Lehrgangssituation mit schulischem Lernen beeinflusst wird, wird deutlich, wenn Teilnehmerinnen sich als „Schüler“ bezeichnen bzw. für den Lehrgang den Begriff „Schule“ benutzen.

Da diese Deutung den weiteren Verlauf des Lehrgangs beeinflusst, wird der Prozeß der Deutung schon zu Beginn des Lehrgangs gezielt gesteuert.

#### Methodisches Vorgehen:

- Vermeiden von Begriffen, die Assoziationen mit „Schule“ fördern wie z.B. „Schulung“, „Schüler“, „Zensuren“ usw..
- Bei der Vorstellung des Lehrgangskonzepts werden Beispiele einbezogen, die an die berufliche und leitungsbezogene Erfahrung der Teilnehmerinnen anknüpfen
- Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen werden „Spielregeln“ für die Zusammenarbeit im Lehrgang aufgestellt, die auch den Bereich „Einbringen, Diskutieren und Reflektieren von themenbezogenen allgemeinen beruflichen und leitungsbezogenen Erfahrungen“ umfassen.
- Betonung der Möglichkeit und der Bedeutung des wechselseitigen kollegialen Erfahrungsaustauschs und Lernens innerhalb der Lerngruppe.
- Hinweis darauf, daß Dozenten theoretisch fundierte Impulse zu den einzelnen Bereichen des Führungshandelns geben und damit (andere, neue) Hintergründe und Möglichkeiten zur Gestaltung des praktische Handelns aufzeigen können, diese Impulse aber immer auf den eigenen Arbeitsbereich bezogen werden müssen.

Durch dieses Vorgehen erfolgt bei den meisten Teilnehmerinnen eine Anpassung der Wirklichkeitskonstruktion mit der Folge, daß der Lehrgang nicht nur als Ort der Vermittlung theoriegeleiteter Informationen sondern auch als Ort des wechselseitigen Lernens durch den Austausch leitungsbezogener praktischer Erfahrungen gedeutet und in diesem Sinne genutzt wird.

Allerdings erfolgt zum Ende des Lehrgangs eine erneute Anpassung der Konstruktion, da durch die vorgeschriebene Prüfung wieder Deutungen in den Vordergrund rücken, die an frühere (schulisch orientierte) Lern- und Prüfungserfahrungen anknüpfen.

#### Konstruktion der Organisation Krankenhaus

Die Konstruktion der Organisation Krankenhaus bildet sich vor dem Hintergrund von Erfahrungen, die sich auf das eigene Rollenhandeln als Leitungskraft, eigene

Kompetenzen und organisationale Möglichkeiten zur Gestaltung von Problemlösungen sowie Einstellungen von Mitarbeiterinnen, Vorgesetzten, Angehörigen anderer Berufsgruppen usw. zur Umsetzung von Veränderungen usw. beziehen.

Methodisches Vorgehen:

Diese Aspekte werden im Lehrgang in unterschiedlichen thematischen Zusammenhängen angesprochen und reflektiert. In den Prozeß geht das theoretische Vorwissen der Dozenten über Möglichkeiten zur Gestaltung der Praxis sowie der Planung und Umsetzung von Veränderungen auf der einen Seite und das Vorwissen der Lernenden über die Rahmenbedingungen des beruflichen Alltags (z.B. organisatorische Rahmenbedingungen, motivationale Aspekte, Möglichkeiten und Grenzen der Mitarbeiterinnen usw.) auf der anderen Seite ein. Die Teilnehmerinnen können auf diese Weise in der Auseinandersetzung mit den anderen Lernenden und Lehrenden ihre Konstruktionen und Deutungen überprüfen und ggf. modifizieren. Ob eine Modifikation stattfindet, hängt u.a. von dem Grad ab, in dem die Teilnehmerinnen offen für neue Informationen sind.

- *Offenheit für Neues*

Die Offenheit für Neues beeinflusst nicht nur den jeweiligen Grad der Auseinandersetzung mit Wirklichkeitskonstruktionen, sondern auch die Bewertung vor allem solcher Informationen, die das unmittelbare Führungshandeln betreffen (z.B. Arbeitsorganisation, Mitarbeiterführung, Qualitätssicherung, Pflegeorganisation). Zu Beginn des Lehrgangs weisen die Teilnehmerinnen einen unterschiedlichen Grad an Offenheit gegenüber dem Lernangebot auf, abhängig von

- dem jeweils subjektiv vorhandenen theoretischen und praktischen leitungsbezogenem Wissen
- der Erfahrung mit der Umsetzung von Veränderungen im Funktionsfeld Krankenhaus (z.B. Erfolg oder Mißerfolg bei der Umsetzung, Erfahrung mit der Resonanz auf Veränderungsvorschläge bei Vorgesetzten, Mitarbeiterinnen und anderen Berufsgruppen).
- der Erfahrung mit der Anwendung von Gelerntem zur Lösung von Führungsaufgaben
- der Bedeutung, die eine Lehrgangsteilnehmerin dem Lernen grundsätzlich zumißt (vgl. Tietgens, 1992, S. 52)

#### Methodisches Vorgehen:

Im Vordergrund steht die Auswahl der Dozenten, von deren Kompetenzen eine angemessene Berücksichtigung der genannten Aspekte und die darauf bezogene Bereitstellung anschließbarer Informationen abhängt. Die Dozenten sollen deshalb im wesentlichen folgende Kriterien erfüllen:

- Erfahrungen in Theorie und Praxis in ihrem fachlichen Bereich
- Erfahrungen innerhalb der Organisation Krankenhaus als Voraussetzung dafür, die Spannbreiten zu erkennen, in denen Lernprozesse bei pflegerischen Leitungskräften möglich sind. Liegen praktische Erfahrungen in der Organisation Krankenhaus nicht vor, werden die Dozenten ausführlich über die fachlichen Voraussetzungen der Teilnehmerinnen und deren praktische Tätigkeit informiert.
- Zusätzlich zu den fachlichen Erfahrungen sollten die Dozenten über ein Studium in einem Bereich der Pädagogik oder der Psychologie oder eine Weiterbildung zu Unterrichtsschwester / Unterrichtspfleger verfügen. Liegt keine Aus- oder Weiterbildung in diesen Bereichen vor, sollten die Dozenten aber über Erfahrungen verfügen, die sie z. B. durch Vorträge oder die Durchführung von Seminaren erworben haben.

#### - *Verarbeitung von Information zu Wissen*

Durch eine gezielte Steuerung der Informationsverarbeitung sollen die Teilnehmerinnen befähigt werden, relevante theorie- und praxisbezogene Informationen aus der Umwelt zu erkennen, in vorhandene Wissensbestände und Handlungswissen zu integrieren, um daraus neue Handlungsperspektiven abzuleiten.

Im Mittelpunkt der Steuerungsprozesse stehen die Annahmen, daß:

- Informationen nur dann zu Wissen verarbeitet werden, wenn Lernende sie als praxisrelevant, nützlich, neu und kognitiv integrierbar erleben. (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 123)
- abstrakte Begriffe, Merkmale, Fakten usw. nicht isoliert, sondern innerhalb eines Kontextes im Gedächtnis gespeichert werden. Dadurch können nicht nur abstrakte, sondern auch erfahrungsbezogene Lerninhalte in die Wissensbasis integriert werden. (vgl. Schermer, 1991, S. 139)<sup>28</sup>.

Damit die Teilnehmerinnen die fachbezogenen Informationen aber als praxisrelevant, nützlich und anwendbar (integrierbar) erleben, werden diese Informationen im Lernfeld zu praxisrelevanten Fragen in Beziehung gesetzt bzw. durch Beispiele aus der Praxis der Teilnehmerinnen erläutert. Zusätzlich werden Zusammenhänge von

---

<sup>28</sup> Ausführliche Darstellungen von Modellen zum Aufbau und zur Funktion des Gedächtnisses vgl. z.B. bei Hebb, 1975; Sworonek, 1979; Schermer, 1991; Spitzer, 1996; Vester, 1997.

theoretischen Inhalten und praktischem Handeln zur Verdeutlichung und Vertiefung in Übungen, Fallbeispielen und Rollenspielen aufgegriffen.

Damit wird eine Wissensbasis aufgebaut, die auf fachbezogenem theoretischem Wissen beruht und das Wissen um führungsrelevante Methoden und Strategien problemlösenden Handelns sowie das Wissen um die situationsadäquate Anwendung des Wissens einschließt.

Dieses Vorgehen hat auch Auswirkungen auf die Erwartungen an die Rolle der Lehrenden. Sie erweitert sich über die Funktion des Instructors hinaus zum Berater und Moderator von Lernprozessen.

### Methodisches Vorgehen

Der Aufbau dieser Wissensbasis erfolgt in verschiedenen Stufen im Lernfeld (vgl. Abbildung „Lehrgangsstruktur“). Während im ersten Lehrgangsblock die Vermittlung fachbezogenen theoretischen Wissens durch „klassische“ Lehrmethoden (z.B. Vortrag, Unterrichtsgespräch, Übungen unterstützt durch einfache Fallbeispiele usw.) im Vordergrund steht, erfolgt ab dem zweiten Block mit aufsteigendem Komplexitätsgrad die Verknüpfung des theoriebezogenen Wissens mit der beruflichen Praxis.

Ab dem zweiten Block bearbeiten die Lehrgangsteilnehmerinnen im Lernfeld Leitungsaufgaben aus der beruflichen Praxis, die aktuelle Probleme und Fragestellungen aufgreifen und einen mittleren bis hohen Komplexitätsgrad aufweisen (z.B. Umstellen der Arbeitsorganisation und optimaler Personaleinsatz zum Ausgleich von Arbeitsspitzen, Analyse der Dienstübergabe, Optimierung von Arbeitsabläufen usw.). Die Aufgabenstellung besteht darin, eine der Situationen (deren wesentliche Elemente kurz beschrieben werden) zu analysieren, auf der Grundlage der Analyse Ziele als Soll-Konzeption zu entwickeln, die wesentlichen Mittel zum Erreichen der Soll-Konzeption zu erkennen und das Ausmaß zu bestimmen, in dem diese Mittel zur Verfügung stehen müssen, sowie eine Umsetzungsplanung zu erarbeiten.

Methodisch ist diese Einheit in Anlehnung an die Projektmethode gestaltet und weist verschiedene Phasen auf, die sich aufeinander beziehen:

- In einer Einführungsphase erfolgen in einem Kurzvortrag Hinweise auf die fachbezogenen Informationen aus den Bereichen Organisationssoziologie und –psychologie, Mitarbeiterführung, Gesprächsführung usw., die bei der Bearbeitung der Probleme und Fragestellungen zu beachten sind.
- die Teilnehmerinnen erhalten danach Informationen zu Vorgehensweisen, die sie benötigen, um das Problem zu verstehen, eine Zielsetzung zu konzipieren, sowie

zu wichtigen Planungs- und Entscheidungskriterien. Diese Informationen werden auf einzelne Planungsphasen bezogen und umfassen Instruktionen zur Ist-Analyse, Soll-Konzeption, Umsetzungsplanung und zur Entscheidungsphase. Ergänzend werden Methoden vermittelt, die die Bearbeitung in den einzelnen Phasen unterstützen können. (z.B. Methoden zur Ermittlung des Zeit- und Kostenbedarfs, zur Entscheidungs- und Umsetzungsplanung usw.).

- Die Planungsphasen werden durch die Ist-Analyse, die Soll-Konzeption, die Analyse und Planung der benötigten Mittel und die Umsetzungsplanung mit der abschließenden Entscheidung für ein Vorgehen definiert. Jede Planungsphase besteht aus einem theoretischen Teil und einem Übungsteil. Im theoretischen Teil erhalten die Teilnehmerinnen Instruktionen und Informationen zu der jeweiligen Planungsphase. Anschließend erfolgt die Bearbeitung dieser Planungsphase am Beispiel eines der oben genannten Praxisprobleme.
- Die Bearbeitung der einzelnen Planungsphasen wird in Kleingruppen anhand der praxisrelevanten Probleme oder Fragestellungen durchgeführt. Während der Planung in den Kleingruppen werden die Teilnehmerinnen durch die verantwortliche Dozent/in beratend begleitet. Außerdem finden sich die Teilnehmerinnen regelmäßig in der Gesamtgruppe zusammen, um einzelne Planungsphasen vorzustellen und Fragen zu klären.
- Im Laufe des Planungsprozesses werden in der Regel die Probleme und Fragestellungen deutlich, die erfahrungsgemäß auch bei der Umsetzung von Veränderungen im beruflichen Alltag auftreten können (z.B. Widerstände gegen Neuerungen, motivationale Aspekte, Fragen der zielgerichteten und zeitgerechten Projektplanung, Auftreten von Unsicherheiten in der Planung, Einbeziehen von Mitarbeiterinnen in den einzelnen Planungsphasen usw.). Diese Fragen werden aufgegriffen, um in der Lerngruppe Lösungsvorschläge zu erarbeiten
- Die Gesamtplanung wird abschließend der Lerngruppe präsentiert und dort diskutiert. Dazu werden in den Kleingruppen Präsentationen erarbeitet, die auf die Zielgruppe zugeschnitten sind, der die Teilnehmerinnen die Planung in einer realen Alltagssituation vorstellen würden (z.B. Team, Vorgesetzte, Mitglieder anderer Berufsgruppen)

### 3.2.2 Aufbau leitungsbezogener Handlungskompetenzen

Leitungsbezogene Handlungen bilden die Schnittstelle zwischen individuellem und organisationalem Lernen. Ziel des Konzepts ist es, ein Handlungswissen aufzubauen, das die Fähigkeit zur Situationsdeutung, theoretisches und praktisches Wissen zur Bewältigung von Leitungssituationen sowie Offenheit für Neues einschließt.

Die Anwendung dieses Handlungswissens soll in der Praxis in Wechselwirkung mit den beteiligten Personen zu Veränderungen von beruflichen Situationen führen.

Dem Konzept liegt deshalb eine Auffassung von Führungshandeln zugrunde, das mehrere Dimensionen umfaßt und dem von Ulrich & Probst (1995) geforderten „Professionalismus im Management“ entspricht. Führungshandeln in diesem Sinn ist eine komplexe Tätigkeit und umfaßt die Dimensionen

- Anwendung des fachlichen und inhaltlichen Wissens,
- Analysieren und Verstehen sozialer Situationen durch Einordnen von Informationen in einen Gesamtkontext
- Entwicklung von situationsadäquaten Zielen
- Treffen von Entscheidungen im Hinblick auf die Zielsetzung
- Vermittlung von Zielsetzung und Entscheidung an Mitarbeiterinnen und andere Betroffene
- Planung und Steuerung der Umsetzung von Zielen  
(vgl. Teil I, Kap. 2.3 und Kap. 4)

Damit die pflegerischen Leitungskräfte ein solches Führungshandeln umsetzen können, sollen in der Weiterbildung unterstützende Handlungskompetenzen aufgebaut werden. Dazu gehören:

- Handlungswissen zur Durchführung von Analyse, Reflexion, Entwicklung und Umsetzung eines Handlungsentwurfs (vgl. Aepli, 1993),
- Erkennen und Berücksichtigen der Wechselwirkung von Person, Situation und Handeln im Handlungsprozeß (vgl. Lantermann, 1980)
- Planung und Durchführung von Entscheidungsprozessen (vgl. Kraak, 1991).

Grundlage des **Handlungswissens** ist das fachbezogene theoretische Wissen zu Führungsthemen sowie das Wissen um leitungsbezogene Methoden, Strategien und Handlungsmöglichkeiten. Auf der Basis dieser Wissensbereiche werden die Leitungskräfte trainiert, Führungssituationen in einem ersten Schritt zu analysieren und zu verstehen und in einem zweiten Schritt hinsichtlich der

Handlungsmöglichkeiten und –notwendigkeiten zu bewerten. Ein dritter Schritt umfaßt die Planung und Umsetzung der Handlung in die Praxis.

#### Methodisches Vorgehen

Um diese Form des Handlungswissens aufzubauen, werden die theoretischen Inhalte im Laufe der Weiterbildung immer wieder in aufsteigendem Schwierigkeitsgrad mit Praxisbeispielen verknüpft. (Das detaillierte Vorgehen wird unter dem Punkt „*Verarbeitung von Information zu Wissen*“ ausführlich beschrieben.)

Im Laufe des Lehrgangs steigt die Komplexität der Fallbeispiele, und die Aufgabenstellung schließt die Bearbeitung einer Analyse und einer Problemlösung ein. Gegen Ende des Lehrgangs besteht die Aufgabe in der Planung einer (an dem Fallbeispiel orientierten) Veränderung in Form eines Planspiels. Das Thema des Planspiels ist so gewählt, daß theoretisches und praktisches Wissen aus mehreren Themengebieten berücksichtigt werden muß (z.B. Das Thema „*Veränderung der Patientenstruktur einer Station durch die Zusammenlegung zweier Fachbereiche*“ berührt u.a. die Themenbereiche Ablauforganisation, Pflegeorganisation, Mitarbeiterführung, Personalentwicklung, Dienstplanung).

Durch die Bearbeitung dieser Fallbeispiele werden die Teilnehmerinnen angeregt, praktisches Handeln im Sprechhandeln abzubilden und ggf. vorwegzunehmen bzw. im Sinne Aebli zu reflektieren (vgl. Aebli, 1993, S. 21) und auf diesem Hintergrund die Handlungsentwürfe zur Planung und Umsetzung der Innovation zu entwickeln.

Die **Wechselwirkung von Person, Situation und Handeln** erfolgt in der Praxis auf verschiedenen, sich wechselseitig beeinflussenden Ebenen: der Tätigkeit der einzelnen Mitarbeiterinnen (*individuelle Ebene*), der Bearbeitung von Problemen bzw. Entwicklung einer Problemlösung mit mehreren Mitarbeiterinnen (*Teamebene*), der Umsetzung von Problemlösungen im beruflichen Alltag (*Organisationsebene*). Ziel ist es, die Teilnehmerinnen zu befähigen, Wechselwirkungen zu erkennen und in ihrem weiteren Handlungsplan zu berücksichtigen.

#### *Die individuelle Ebene (Tätigkeit der einzelnen Mitarbeiterinnen)*

Diese Ebene wird vorrangig im Kontext des Themas *Personalentwicklung* angesprochen. Im Mittelpunkt steht dabei die Wechselwirkung zwischen dem Einsatz von Mitarbeiterinnen mit stations- bzw. abteilungsbezogenen Zielen, betrieblichen Vorgaben (z.B. durch Stellenbeschreibungen, Anforderungsprofilen usw.) und individuellen Stärken und Schwächen.

Methodisches Vorgehen auf dieser Ebene:

- Vermitteln von Methoden und Strategien zur Erarbeitung von stations- bzw. abteilungsbezogenen Zielen mit anschließenden Übungen zur Zielbildung
- Erstellen von beispielhaften Anforderungs- und /oder Tätigkeitsprofilen
- Vermitteln von Methoden zum Ermitteln von Stärken und Schwächen
- Übung: Planung des Personaleinsatzes anhand eines Praxisbeispiels

*Die Teamebene (Entwickeln von Problemlösungen mit mehreren Mitarbeiterinnen)*

Während der Bearbeitung von praxisbezogenen Fallbeispielen und Planspielen in Kleingruppen bilden sich durch den Realitätsbezug Prozesse aus, die in ähnlicher Form bei der Bearbeitung von Problemen in der Praxis auftreten (z.B. unterschiedliche Sichtweisen in der Einschätzung der Situation, lange Diskussionen um einen Punkt, verschiedene Ideen, die zu einer Lösung zusammengeführt werden müssen, unterschiedliche Einstellungen zu einem Thema, unterschiedliches Wissen und Erfahrungen zu Handlungsmöglichkeiten usw.). Die Teilnehmerinnen lernen, diese Prozesse zu erkennen, in ihrer Handlungsrelevanz zu bewerten und ggf. Strategien zu deren Lösung zu entwickeln, indem sie auf gelernte Methoden zur Gesprächsführung, Analyse usw. zurückgreifen.

Methodisches Vorgehen auf dieser Ebene:

- Die Auswertungsphase wird von Dozenten durch Impulse gesteuert, die eine Analyse der situativen Bedingungen zum Ziel haben (z.B. „Was ging gut?“, „Was war besonders schwierig?“, „Was soll damit erreicht werden?“, „Was muß beachtet werden?“, „Was war der Anlaß?“, „Was können Sie in diesem Fall tun?“ usw.

*Die Organisationsebene (Umsetzung von Problemlösungen im beruflichen Alltag)*

Eine Wechselwirkung mit der Organisationsebene ist in jeder der beiden vorherigen Ebenen enthalten und muß deshalb in jeder Führungssituation erkannt und berücksichtigt werden. Aus diesem Grund werden organisationale Vorgaben immer wieder themenbezogen reflektiert.

Methodisches Vorgehen auf dieser Ebene:

- Die Handlungsmöglichkeiten und –spielräume von Führungskräften im mittleren Management werden themenbezogen aufgegriffen und in ihrem Bezug zu den

gesetzlichen Vorgaben, Dienstanweisungen, Erwartungen an das Führungshandeln von Stationsleitungen, Regeln in Organisationen usw. reflektiert

Ein wesentlicher Teil des Führungshandelns besteht darin, **Entscheidungsprozesse** in komplexen Situationen zu planen und durchzuführen.

Entscheidungsprozesse sind keine isolierten Handlungen. Sie sind immer Teile komplexerer Vorgänge, so daß nicht nur aufgaben-, mitarbeiter- und teambezogene Faktoren handlungsrelevant sind, sondern auch organisationale Rahmenbedingungen sowie die eigenen Einstellungen und Fähigkeiten. (vgl. Lantermann, 1980).

Voraussetzung ist die Fähigkeit, die in der Entscheidungssituation handlungsrelevanten Faktoren zu erkennen und in ihrer Bedeutung für die Entscheidung zu bewerten.

#### Methodisches Vorgehen:

- Weil Entscheidungsprozesse teilweise hochkomplex und gleichzeitig mit einer hohen Verantwortung verbunden sind, werden sie in unterschiedlichen thematischen Bezügen (z.B. Ablauforganisation, Mitarbeiterführung, Gesprächsführung, Personalentwicklung) immer wieder angesprochen und in ihrer Bedeutung als zentrale Aufgabe des Führungshandelns dargestellt (vgl. z.B. das methodische Vorgehen im Punkt „*Verarbeitung von Information zu Wissen*“).
- Gemeinsames Erarbeiten von Fragen zur Analyse der situativen Bedingungen (z.B. : „Was ist unbedingt notwendig?“, „Was ist wichtig?“, „Was ist wünschenswert?“, „Wer soll das tun?“, „Wer kann das tun?“, „Was soll damit erreicht werden?“, „Was ist, wenn ich das Ziel erreicht habe?“, „Was ist, wenn ich das Ziel nicht erreiche?“)
- Anwendung der erarbeiteten Fragen an einem Praxisbeispiel.

### **3.2.3 Förderung des Lerntransfers**

Der Transfer des Erlernten in die Praxis wird durch Aufgaben unterstützt, bei denen Handlungswissen im Funktionsfeld angewendet werden muß. Der Transfer wird durch Projekte unterstützt, die eine Erweiterung der Projektmethode darstellen. Während aber die Projektmethode vorsieht, daß Teilnehmerinnen eines Lehrgangs bzw. Seminars Praxisaufgaben in Form eines Planspiels in Kleingruppen im Lernfeld bearbeiten (vgl. z.B. Langosch, 1993; Heeg & Münch, 1993), sind die Projekte in der Weise konzipiert, daß leitungsrelevante Aufgaben im Funktionsfeld der (eigenen)

Station bzw. Abteilung durchgeführt werden. Geplant und umgesetzt werden diese Projekte mit den Mitarbeiterinnen der Station bzw. Abteilung.

Durch diese Projekte sollen die Teilnehmerinnen lernen:

- die Komplexität der Arbeitssituation einer Station bzw. Abteilung innerhalb der Organisation Krankenhaus, die im vorhandenen Umfang kaum simuliert werden kann, mit einzubeziehen.
- die theoretischen und methodischen Impulse aus dem Lehrgang situationsadäquat in der Praxis anzuwenden.
- Handlungsstrategien zu Handlungsplänen zu verknüpfen. Dazu gehören vor allem Strategien zur Zielsetzung, Planung, Umsetzung und Kontrolle von Maßnahmen sowie der Organisation und der Mitarbeiterführung.

Die Verknüpfung von Lernfeld und Funktionsfeld durch Projekte fördert die *Systementwicklung und das Lernen durch Koevolution*.

Das Konzept sieht vor, durch die Umsetzung der Projekte im Funktionsfeld die Entwicklung der psychischen und sozialen Subsysteme sowie das Subsystem der Interaktionen, Handlungen, Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten (vgl. Punkt „*Systementwicklung*“) sowohl im Lernfeld als auch im Funktionsfeld zu fördern. Ziel ist es, die Systementwicklung in der Form anzuregen, daß individuelles und organisationales Lernen wechselseitig aufeinander einwirken.

Diese Form des Lernens entspricht der konstruktivistischen Sicht des Lernens in Systemen als Koevolution, das die Lösung von Problemen und erfolgreiches Anschlußhandeln (vgl. Arnold & Siebert, 1997, S. 85) zum Inhalt hat.

#### Methodisches Vorgehen

- Die im Punkt „*Verarbeitung von Information zu Wissen*“ beschriebene Vorgehensweise dient der Vorbereitung der Projekte im Funktionsfeld. Die dort vermittelten Informationen und Instruktionen setzen die Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Projekte in der Praxis.
- Die Grundlage der Projekte bildet eine aktuelle und praxisrelevante Fragestellung aus der stationären bzw. abteilungsbezogenen Praxis der Lehrgangsteilnehmerinnen. Diese Fragestellung muß sich auf Leitungsaufgaben beziehen und muß durch eine pflegerische Leitungskraft im mittleren Management plan- und umsetzbar sein. (Durch diese Vorgabe fallen z.B. Fragestellungen weg, die allgemeine organisatorische Probleme im Krankenhaus, Veränderungen der Abläufe in organisatorischen Bereichen außerhalb der eigenen Station bzw. Abteilung, allgemeine Aussagen zu Krankheitsbildern usw. umfassen.)

- Die Fragestellung, die die Grundlage des jeweiligen Projekts bildet, wählen die Teilnehmerinnen selbst aus. Es werden lediglich die Themenbereiche vorgegeben, an denen sich die Teilnehmerinnen bei der Auswahl der Fragestellungen orientieren können. Diese Bereiche können z.B. die Qualitätssicherung, die Organisation der Pflege, Organisation der Arbeitsabläufe, Mitarbeiterführung sein. Diese Fragestellungen sollen anhand der im Lernfeld vorgestellten und geübten Projektplanungen unter Einbeziehung der Mitarbeiterinnen bearbeitet werden.
- Bei der Bearbeitung im Funktionsfeld müssen vorhandene Rahmenbedingungen einbezogen werden, d.h. die Projekte sollen (und können) nicht gegen die Bedingungen des Funktionsfeldes umgesetzt werden. Zur erfolgreichen Umsetzung der Aufgaben ist es daher erforderlich, organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen des Arbeitsplatzes wie institutionelle Ziele, Vorgaben, Leitlinien, Dienstanweisungen usw. zu berücksichtigen. Projektziel und –inhalt sowie Wege der Umsetzung müssen gegenüber Mitarbeiterinnen, Vorgesetzten und ggf. Vertretern anderer Berufsgruppen argumentativ vertreten und evtl. verhandelt werden. Zu hoch angesetzte Ziele müssen in diesem Prozeß auf die Realität zugeschnitten und entweder revidiert oder, wenn die Rahmenbedingungen es nicht anders zulassen, aufgegeben und durch andere ersetzt werden.
- Die Mitarbeiterinnen müssen in die Projekte integriert werden. Das kann in Form von Informationen, Beteiligung an der Ist-Analyse (z.B. durch Fragebögen, Reflexion der Ist-Situation usw.), Beteiligung an der Soll-Konzeption (z.B. gemeinsames Entwickeln von Problemlösungen, Beteiligung an Evaluationsmaßnahmen usw.) geschehen.

*Vorgehen während der Umsetzung der Projekte im Funktionsfeld*

- Lernen durch Koevolution beginnt mit dem Zeitpunkt der Umsetzung der Projekte auf den Stationen bzw. Abteilungen in der Weise, daß schon kleine Veränderungen zu Rückkopplungseffekten führen, die ggf. Veränderungen in der Projektplanung nach sich ziehen (müssen). Vor allem zu Beginn der Umsetzung der Projekte im Funktionsfeld können die Rückkopplungseffekte zu Irritationen und Verunsicherungen bei den Teilnehmerinnen führen. Wichtig ist deshalb eine beratende Begleitung durch Fachdozent/innen.

Während der Umsetzung können sich Rückkopplungseffekte in verschiedenen Bereichen entwickeln:

- Durch die Reaktionen von Mitarbeiterinnen, Vorgesetzten und anderen Beteiligten verändern sich evtl. die Rahmenbedingungen; Erfahrungen in der Umsetzung von Strategien oder Analyseergebnisse können sich auf die Sichtweise der Lernenden auswirken. Die Beteiligung der Mitarbeiterinnen erfordert deshalb, daß ggf. die eigene Planung modifiziert werden muß, neue bisher nicht berücksichtigte Aspekte hinzu genommen werden, andere als nicht mehr so relevant in den Hintergrund treten müssen. Die Teilnehmerinnen müssen dadurch innerhalb der komplexen Situation des beruflichen Alltags Entscheidungen überprüfen und ggf. neu treffen und begründen.
- Durch die Umsetzung der Projekte im Funktionsfeld werden nicht nur die Konstruktionen und Deutungen der Wirklichkeit "Praxis" bei den lernenden Führungskräften berührt, sondern auch die der Mitarbeiterinnen: Auch die Mitarbeiterinnen erhalten Informationen, die sie in ihre Wissensbasis integrieren müssen. Die Führungskräfte müssen die "Spannbreite zwischen Neuem und Bekanntem" bei den Mitarbeiterinnen berücksichtigen.
- Im Laufe der Umsetzung werden zwei Prozesse angeregt, die sich wechselseitig beeinflussen: der Aufbau von Handlungsplänen zur Planung und Umsetzung von Innovationen bei den Führungskräften und der Anstoß zur Auseinandersetzung mit den eigenen Konstruktionen und Deutungen der beruflichen Wirklichkeit bei den Mitarbeiterinnen in der Form, daß Veränderungen der beruflichen Praxis als durchführbar bewertet werden.
- Ein anderer Effekt tritt dadurch ein, daß die Führungskräfte nicht nur lernen, Fragen und Problemstellungen der eigenen Praxis zu analysieren und reflektierend zu betrachten, sondern aus den Ergebnissen der Analyse und Reflexion solche Handlungen ableiten, die die Praxis verändern. Dadurch findet wechselseitiges Lernen auf der individuellen Ebene und der Ebene der Organisation statt.

#### **4 . Schlußfolgerungen**

Im Mittelpunkt der Konzeption für eine Weiterbildung für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management stehen die Anforderungen an Führungskräfte zur Bewältigung komplexer Situationen und die Verknüpfung von individuellem und organisationalem Lernen.

Ziele des Weiterbildungskonzepts sind der Aufbau leitungsrelevanter Handlungskompetenzen, die fachliches Wissen, (Schlüssel-)Qualifikationen und Methoden zur Umsetzung des Handlungswissens in den beruflichen Alltag verknüpfen, sowie der Transfer dieses Wissens aus dem Lernfeld der Weiterbildung in das Funktionsfeld der beruflichen Praxis durch Praxisprojekte. (vgl. Teil II, Kap. 1 und 2.3)

Eine Grundlage zur Förderung des Transfers bietet das Modell Heidacks (1993), das in Anlehnung an Lewins Feldtheorie die Lernumgebungen Lernfeld, Interaktionsfeld und Funktionsfeld einerseits unterscheidet und andererseits in ihrer Verknüpfung betrachtet (vgl. Teil II, Kap. 2.1)

Im Vergleich mit Ansätzen der Erwachsenenbildung, die sich entweder weitgehend am Individuum, am betrieblichen Zweck oder an der Wechselwirkung von Individuum und Umgebung orientieren, unterstützt der Ansatz der Konstruktivistischen Erwachsenenbildung von Arnold & Siebert (1997) am ehesten die Zielsetzung des Konzepts. (vgl. Teil II, Kap. 2.3)

Handlungstheoretische Annahmen fundieren zusätzlich den Aufbau leitungsrelevanter Handlungskompetenzen. (vgl. Teil II, Kap. 2.4)

Der Konzeption liegen die folgenden Überlegungen zugrunde:

Die Lehrgangsteilnehmerinnen sollen einerseits eine Wissensbasis aufbauen und erweitern, die sowohl theoretisches Wissen als auch Handlungswissen umfaßt, andererseits sollen sie ihre Wissensbasis durch Erfahrungen erweitern, die durch die Umsetzung leitungsrelevanter Aufgaben im Rahmen von Praxisprojekten im Funktionsfeld erworben werden. Auf diese Weise soll ein Theorie-/ Praxistransfer gesteuert werden, der zu Veränderungen in der Praxis führt. Die Veränderungen und Ergebnisse, die durch den Transfer des Handlungswissens in der Praxis erfolgen, sollen als handlungsrelevante Informationen erkannt und zur Anpassung des Leitungshandelns genutzt werden.

Durch Aufbau und Reflexion des theoretischen und praktischen Wissens im Lernfeld und dessen Anwendung im Funktionsfeld soll eine Koevolution individuellen und organisationalen Lernens erfolgen, die als Koevolution von Systemen aufgefaßt wird. Als eines der Systeme beruflicher Weiterbildung wird im Rahmen der Konzeption die Systemebene *der Interaktionen, Motive, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten* als Subsysteme psychischer und sozialer Systeme betrachtet. (vgl. Teil II, Kap. 2.3.2).

Wenn die angestrebten Ziele durch die Konzeption erreicht werden, dann müssen sich Effekte auf dieser Systemebene nachweisen lassen.

In einer Evaluationsstudie, die im dritten Teil der Arbeit dargestellt wird, wurde diese Behauptung überprüft.

### **Teil III Untersuchung der Auswirkungen des Konzepts zur Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte im mittleren Management auf die Förderung des Lerntransfers.**

Der Transfer von Weiterbildungsinhalten in die berufliche Praxis kann als Prozeß betrachtet werden, in dessen Verlauf bei den Teilnehmerinnen im Lernfeld eine Wissens- und Handlungsbasis entsteht, die dann im Funktionsfeld des Arbeitsplatzes angewendet wird und dort Auswirkungen zeigt. (vgl. z.B Lemke, 1995, S. 7; Mandl. u.a., 1992, S. 127; Dörig, 1987, S. 192.) Eine solche Sichtweise erlaubt es, den Lerntransfer unter systemischer Perspektive als Folge einer gezielten Steuerung durch die methodisch-didaktische Gestaltung von Lehrprozessen anzusehen. Diese Perspektive bildet die Grundlage der vorliegenden Untersuchung, deren Planung, Durchführung und Ergebnisse ich im dritten Teil der Arbeit darstelle.

Die Untersuchung wird als Evaluationsstudie durchgeführt. Angewendet werden die Formen der summativen und der formativen Evaluation. Der Ablauf der Studie ist in Phasen eingeteilt, die die einzelnen Planungs- und Entscheidungsschritte innerhalb des Gesamtablaufs strukturieren.

Die Darstellung der Untersuchung folgt weitgehend diesen Phasen.

Die in den Plan aufgenommene Phase der Konzeptentwicklung mit der Auswahl des theoretischen Bezugsrahmens und der pädagogischen Ansätze sowie der Erstellung eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management (Phase 0) wird ausführlich im ersten und zweiten Teil der Arbeit dargestellt.

#### **1. Planung der Untersuchung**

Der Untersuchung liegt die folgende allgemeine Fragestellungen zugrunde:

Wird der Aufbau eines leitungsrelevanten Handlungswissens und der Transfer dieses Wissens in die berufliche Praxis durch ein Lehrgangskonzept auf der Grundlage konstruktivistischer und handlungstheoretischer Annahmen in einem solchen Maß gefördert, daß sich Effekte im Bereich der Systemebene *der Interaktionen, Motive, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten* nachweisen lassen?

Daraus ergeben sich die folgenden Fragestellung für die Untersuchungsplanung:

1. Welche methodischen und methodologischen Verfahren sind grundsätzlich geeignet?
2. Welche Indikatoren konkretisieren die Systemebene *der Interaktionen, Motive, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten* ?

### **1.1 Untersuchungsplan: Evaluation als Vorgehensweise**

Zur Festlegung der Vorgehensweise habe ich mich auf die von Bortz & Döring (1995) getroffene Unterscheidung von Grundlagenforschung und Evaluationsforschung (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 94. ff) bezogen, sowie auf die Grundlagen der Evaluation und Evaluationsforschung nach Wottawa & Thierau (1990).

Bortz & Döring (1995) unterscheiden zwischen Grundlagenforschung und Evaluationsforschung<sup>29</sup>, die sie beide als Teilbereich der empirischen Forschung betrachten. Durch den Begriff Evaluationsforschung unterstreichen sie, daß „... Evaluationen wissenschaftlichen Kriterien genügen müssen, die auch sonst für empirische Forschungsarbeiten gelten“ (Bortz & Döring, 1995, S. 96) und führen dazu aus: „Evaluationsforschung beinhaltet die systematische Anwendung empirischer Forschungsmethoden zur Bewertung des Konzepts, des Untersuchungsplans, der Implementierung und der Wirksamkeit sozialer Interventionsprogramme“ (Bortz & Döring, 1995, S.95).

Wottawa & Gluminski (1995) treffen in Anlehnung an Suchman (1967) zusätzlich eine Unterscheidung zwischen Evaluation und Evaluationsforschung: Danach stellt die Evaluation in Abgrenzung zur Evaluationsforschung einen Prozeß dar, der nicht notwendig systematisch oder datengestützt ist. (vgl. Wottawa & Thierau, 1990, S. 9.)

Das Erkenntnisinteresse der Evaluationsforschung ist auf eine Anwendungsorientierung ausgerichtet.

Als Anwendungsgebiet geben Wottawa & Thierau (1990) die Überprüfung des Erfolgs oder Mißerfolgs an, die als Effekte von Interventionen in sozialen Systemen verstanden werden.

---

<sup>29</sup> An anderer Stelle wird der Begriff Feldforschung verwendet. Ich behalte aber den Begriff Evaluationsforschung bei.

Ergebnisse der Evaluationsforschung sind daher in der Regel auf den Einzelfall bezogene Erkenntnisse, aus denen Planungs- und Entscheidungshilfen zur Handlungsoptimierung innerhalb eines bestimmten sozialen Kontextes abgeleitet werden können. (vgl. Wottawa & Thierau, 1990, S. 14 ff.).

Die Interventionen basieren in der Regel auf wissenschaftlich fundierten Theorien; ihre Effekte werden durch empirische Forschungsmethoden überprüft.

Tabelle 5: Vergleich von Grundlagenforschung und Evaluationsforschung nach Bortz & Döring (1995) und Wottawa & Thierau (1990)

	<b>Grundlagenforschung</b>	<b>Evaluationsforschung als anwendungsorientierte Forschung</b>
<b>Erkenntnis-Interesse</b>	Generierung von allgemeinem, über den Einzelfall hinaus geltendem Hintergrundwissen zur Entwicklung wissenschaftlicher Theorien sowie deren Überprüfung unter Verwendung der Standards empirischer Forschung	Überprüfung des Erfolgs oder Mißerfolgs einer sozialen Intervention zur Veränderung eines bestimmten sozialen Kontextes unter Verwendung der Standards empirischer Forschung
<b>Vorrangige Forschungs-verfahren</b>	Quantitative Verfahren, Laborexperiment	qualitative Verfahren Feld -/ Einzelfallstudie
<b>Ziel</b>	Beschreibung, Erklärung und Prognose von in wissenschaftlichen Theorien behaupteten Sachverhalten	Entwicklung technologischer Theorien <sup>30</sup> als Grundlage für Interventionskonzepte und deren Überprüfung
<b>Verwendung</b>	Zur-Verfügung -Stellen von Erkenntnissen, die auf der Grundlage empirischer Forschung gewonnen wurden, um praktisches Handeln wissenschaftlich fundieren zu können.	Aufzeigen einer Entscheidungsgrundlage für Handlungsalternativen in komplexen Situationen, die auf der Basis wissenschaftlich fundierter Theorien entwickelt und in ihren Auswirkungen durch empirische Forschungsmethoden überprüft wurden.

<sup>30</sup> Bortz & Döring (1995) grenzen innerhalb der Evaluationsforschung den Bereich der Interventionsforschung ab. Diese umfaßt alle Aktivitäten, die die Entwicklung einer auf eine praktische Situation bezogenen Maßnahme zum Inhalt haben. (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 100). Einen Zusammenhang zwischen Grundlagenforschung und Evaluationsforschung stellen Bortz & Döring durch den Hinweis her, daß die Interventionsforschung zur Entwicklung von Interventionen auf wissenschaftliche Theorien zurückgreift und daraus Regeln für Handlungsanleitungen ableitet. Diese Regeln bilden die Grundlage dafür, daß wissenschaftliche Theorien praktisch nutzbar gemacht werden können. Die Handlungsanweisungen bezeichnen Bortz & Döring in Anlehnung an Herrmann (1979) als technologische Theorien (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 99)

Bei der Untersuchungsplanung sollen zwei Evaluationsformen berücksichtigt werden:

- Der Schwerpunkt liegt auf einer abschließenden (summativen) Evaluation zur Überprüfung der Effekte des Konzepts zur Weiterbildung pflegerischer Leitungskräfte im mittleren Management. (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 108 u. S. 110).
- Zusätzlich soll eine prozeßbegleitende (formative) Evaluation durchgeführt werden, um den Verlauf der Implementierung des Weiterbildungskonzepts in der Treatmentgruppe zu kontrollieren (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 106 f).

Für die Untersuchung ergeben sich daraus die folgenden Planungskriterien:

- Der Schwerpunkt der summativen Untersuchung liegt auf der Durchführung eines Vorher-Nachher-Vergleichs bei einer Treatment- und einer Kontrollgruppe. Überprüft werden soll eine zweiseitige Fragestellung im Sinn einer Unterschiedshypothese, die einen Unterschied in den Merkmalsausprägungen auf der Subsystemebene der *Interaktionen, Handlungen, Einstellungen, Motive, Fähigkeiten und Fertigkeiten* sowohl innerhalb der Gruppen als auch zwischen den Gruppen behauptet
- Damit Untersuchungsverfahren zur Durchführung des Vorher-Nachher-Vergleichs ausgewählt werden können, ist es notwendig, Indikatoren festzulegen, die diese Subsystemebene im Funktionsfeld konkretisieren.
- Parallel zur Umsetzung der Praxisprojekte im Funktionsfeld, die zur Förderung des Lerntransfers in der Treatmentgruppe eingesetzt werden, erfolgt eine formative Evaluation, um Auswirkungen des Lehrgangskonzepts in der beruflichen Praxis zu erfassen.
- Die formative Evaluation unterliegt einer doppelten Zielsetzung: Es sollen rechtzeitig solche Effekte erfaßt werden, die ggf. eine Modifikation des Konzepts oder einen Abbruch der Umsetzung erforderlich machen<sup>31</sup>. Zusätzlich sollen die Effekte als Indikatoren für den Erfolg oder Mißerfolg der Intervention durch das Lehrgangskonzept im Funktionsfeld betrachtet werden. Sie sollen deshalb ggf. als Grundlage für den Entwurf eines Fragebogens genutzt werden, durch den nach Abschluß der Weiterbildung noch einmal Einschätzungen der Teilnehmerinnen zu den Effekten der Weiterbildung im Funktionsfeld erfaßt werden können.

---

<sup>31</sup> Nähere Ausführungen zu dem Problem der Nebenfolgenabschätzung bei Evaluationsstudien vgl. Wottawa & Thierau, 1990, S. 83.

## 1.2 Festlegung des Untersuchungsziels und des grundsätzlichen Vorgehens

Die vorliegende Untersuchung umfaßt nicht das gesamte Feld des Lerntransfers, sondern bezieht sich auf den zentralen Aspekt des von mir entwickelten Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management: die Förderung des Transfers von leitungsrelevantem Wissen in die berufliche Praxis durch die Ausführung leitungsrelevanter Aufgaben im Funktionsfeld im Rahmen von Praxisprojekten (vgl. Teil II, Kap. 3).

Überprüft werden soll, ob sich nach der Intervention durch eine Lehrgangskonzeption, die auf der Grundlage konstruktivistischer Ansätze der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischer Annahmen einen Lerntransfer durch die Umsetzung von Praxisprojekten im Funktionsfeld fördert, Effekte auf der Subsystemebene der *Interaktionen, Handlungen, Motive, Einstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten* nachweisen lassen, die als Folge der Lehrgangskonzeption interpretiert werden können.

Aussagen über die Effekte der Intervention können mittels eines Vorher-Nachher-Vergleichs getroffen werden, der eine Treatmentgruppe und eine Kontrollgruppe einschließt (Zwei-Gruppen-Plan). (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 512)

Eine Voraussetzung für die Überprüfung der Effekte ist die Festlegung von Indikatoren, die die Systemebene der *Interaktionen, Handlungen, Motive, Einstellungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten* konkretisieren.

## 1.3 Festlegung der Untersuchungsgruppen

Die Untersuchungsbedingungen der vorliegenden Evaluationsstudie legten es nahe, zwei voneinander unabhängige Lehrgänge zur Weiterbildung pflegerischer Führungskräfte im mittleren Leitungsbereich als Treatment- und Kontrollgruppe auszuwählen, die nach dem Runderlaß des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 20.10.1995 durchgeführt werden. (vgl. Teil II, Kap. 3.)

Die Zuordnung der Teilnehmerinnen zu den Gruppen erfolgt durch den Weiterbildungsträger und ist nicht das Ergebnis einer Randomisierung. Die Lehrgänge können daher als „natürlich gewachsene Gruppen“ (Bortz & Döring, 1995, S. 514) betrachtet werden und entsprechen damit den Anforderungen, die an die

Populationsauswahl im Rahmen einer quasiexperimentellen Untersuchung gestellt sind. (vgl., Bortz & Döring, 1995, S. 514)

Um eine größtmögliche Ähnlichkeit der untersuchten Gruppen zu erhalten werden personengebundene Störvariablen (z.B. Ausbildungsberuf, Leitungserfahrung, Leitungstätigkeit zum Zeitpunkt der Untersuchung usw.) konstant gehalten. (vgl. Teil III, Kap. 5)

Das Lehrgangskonzept der Treatmentgruppe basiert auf konstruktivistischen Ansätze der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischen Annahmen. Zentrale Zielsetzung ist die Förderung des Lerntransfers durch die Umsetzung des im Lernfeld vermittelten leitungsrelevanten Wissens im Rahmen von Praxisprojekten im Funktionsfeld.

Die Lehrgangskonzeption der Kontrollgruppe basiert auf interpretativen Ansätzen der Erwachsenenbildung und Annahmen der humanistischen Psychologie. Zentrale Zielsetzung ist die Förderung des Deutens und Verstehens beruflichen Handelns vor dem Hintergrund des im Lernfeld vermittelten leitungsrelevanten Wissens durch die Reflexion beruflicher Erfahrungen im Lernfeld .

Tabelle 6: Übersicht über den Untersuchungsplan

<b>Untersuchungsphasen</b>	<b>Zielsetzung</b>	<b>Vorgehen</b>
Phase 0	Konzeptentwicklung	Auswahl des theoretischen Bezugsrahmens und der pädagogischen Ansätze für ein Konzept zur Weiterbildung von Pflegefachkräften im mittleren Leitungsbereich (vgl. Teil I und Teil II)  Erstellen des Weiterbildungskonzepts (vgl. Teil II, Kap. 3)
Phase 1	Planung der Untersuchung	Entscheidung für eine Durchführung der Untersuchung auf der Grundlage der Evaluationsforschung, eingeteilt in die Bereiche der formativen und der summativen Evaluation  Planung der summativen Evaluation als Vorher-Nachher-Vergleich, durchgeführt an einer Treatment- und einer Kontrollgruppe und Auswahl der Untersuchungsgruppen
Phase 2	Auswahl der Untersuchungsmethoden und des Instrumentariums zur summativen Evaluation	Voruntersuchung: Expertenbefragung mit halbstrukturierten Fragebögen (vgl. Teil III, Kap. 2)  Durchsicht vorhandener Meßinstrumente, Entscheidung für einige Skalen des von Büssing & Glaser entwickelten Tätigkeits- und Arbeitsanalyse-Verfahrens im Krankenhaus (TAA-KH-S) sowie Skalen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit
Phase 3	Implementierung des Weiterbildungskonzepts im Lehrgang der Treatmentgruppe und Durchführung der formativen Evaluation	Umsetzung der Projekte im Funktionsfeld und prozeßbegleitende Evaluation (Durchführung als moderiertes Gruppengespräch nach der zweiten Praxisphase) (vgl. Teil III, Kap. 6)
Phase 4	Durchführung der summativen Evaluation in der Treatment- und der Kontrollgruppe. (vgl. Teil III, Kap. 4)	Einsatz der Skalen des TAA-KH-S und der Skalen „des „Verfahren zu Aspekte der Arbeitszufriedenheit“ in einem Vorher-Nachher-Vergleich in Treatment- und Kontrollgruppe (vgl. Teil III, Kap. 4)  Einsatz eines abschließenden Fragebogens in Treatment- und Kontrollgruppe, entwickelt aus den Ergebnissen des moderierten Gruppengesprächs in der Treatmentgruppe. (vgl. Teil III, Kap. 6)
Phase 5	Auswertung der summativen und ergänzende Auswertung der Ergebnisse der formativen Evaluation	Datenauswertung der summativen Evaluation (vgl. Teil III, Kap. 5) Auswertung der Ergebnisse der formativen Evaluation (ergänzend zur summativen Evaluation) (vgl. Teil III, Kap. 6)
Phase 6	Bewertung der Untersuchungsergebnisse	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse (vgl. Teil III, Kap. 5, 6 und 7)

## 2. Voruntersuchung - Expertenbefragung zur Festlegung der Indikatoren als Auswahlkriterien für die Untersuchungsinstrumente zur summativen Evaluation

Für den Bereich der Lerntransferförderung in der beruflichen Weiterbildung liegen in der Literatur kaum Ergebnisse vor, die zur Auswahl der Untersuchungsinstrumente herangezogen werden können. Vermutet werden kann, daß die Aspekte der fachlichen Kompetenz und Schlüsselqualifikationen aus den Bereichen der sozialen und der kommunikativen Kompetenz für die Bewertung eines Lerntransfers von Bedeutung sind.

Um genauere Hinweise zu erhalten wurde eine Expertenbefragung durchgeführt. Das Ziel dieser Befragung ist es, überprüfbare Indikatoren zur Konkretisierung der Subsystemebene *der Interaktionen, Handlungen, Motive, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten* (vgl. Teil II, Kap. 2.3.2) im Funktionsfeld zu gewinnen.

Die Exploration erfolgt durch eine Expertenbefragung<sup>32</sup>

Befragt worden sind Führungskräfte im mittleren bis höheren Management, zu deren Aufgabe es gehört, Mitarbeiterinnen zu Weiterbildungsmaßnahmen auszuwählen und zu entsenden oder die als Stabstellenverantwortliche unmittelbar für Weiterbildungsaufgaben für pflegerische Leitungen verantwortlich sind. Die Ergebnisse dieser Befragung bilden die Grundlage für die Auswahl des Instrumentariums zur Durchführung der summativen Evaluation als Vorher-Nachher-Vergleich.

Interviewt wurden insgesamt 14 Personen aus verschiedenen Bereichen des Krankenhauses.

Zur Befragung wurde ein halb-strukturiertes Interview im Sinne eines Leitfadenterviews eingesetzt.

Die Hauptfragen des eingesetzten Interview-Leitfadens sind:

- Wenn Sie Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu einer Weiterbildung vorschlagen / entsenden: Welche Erwartungen haben Sie dann?
- Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach die Umsetzung der Weiterbildungsinhalte?

Ergänzende Detaillierungsfragen beziehen sich auf:

- Maßnahmen zur Erfolgsbeurteilung nach dem Abschluß einer Weiterbildung
- Anforderungen an Weiterbildungsveranstaltungen
- Kriterien zur Auswahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen für eine Weiterbildungsmaßnahme

Alle Antworten wurden zunächst hinsichtlich thematischer Schwerpunkte analysiert. Im nächsten Schritt wurden die einzelnen Interviews in Bezug auf das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von Antworten untersucht, die diesen Schwerpunkten zugeordnet werden können.

---

<sup>32</sup> Experten im Sinne der Sozialwissenschaft sind ein "...auf Grund der vermuteten Kompetenz ausgewählter Personenkreis, von dem qualifizierte Informationen zu einem Problemgebiet erwartet wird." (Fuchs u.a., 1988, S. 215)

Die Themen, die sich als Indikatoren eignen, sind in der nachfolgenden Tabelle aufgeführt. Antworten zu anderen Fragen sind entweder zu speziell auf die institutionellen Gegebenheiten des Städtischen Klinikums Braunschweig bezogen oder sie betreffen sehr allgemeine Fragen zur Gestaltung von Weiterbildungsmaßnahmen oder sie werden nur vereinzelt genannt, so daß sie für die Auswahl der Untersuchungsinstrumente für diese Untersuchung keine Bedeutung haben. (siehe Anhang)

Tabelle 7 : Ergebnisse der Expertenbefragung

Von den befragten Vorgesetzten wurden Aussagen zu folgenden Themen getroffen:

<b>Schwerpunktthemen</b>	<b>Konkretisierende Aussagen</b>	<b>Häufigkeit der Nennungen in Prozent</b>
<b>Fachliche Tätigkeiten</b>		<b>64,28%</b>
	Praxisbezug/ Fachbezug der Inhalte	64,28%
	Lernen von neuem Wissen, Behebung von Defiziten	64,28%
	Verbesserung der Arbeitsleistung/Arbeitsgestaltung	64,28%
<b>Kommunikation/ Kooperation</b>		<b>50%</b>
	Teamfähigkeit / Kooperation	42,85%
	Kommunikation : im Team, bereichsübergreifend, institutionsübergreifend	85,71%
	Bereitschaft der Mitarbeiterinnen, gelernte Inhalte im Team vorzutragen	42,85%
	soziale Kompetenz der Mitarbeiterinnen	28,57%
<b>Motivation von Mitarbeitern</b>		<b>39,28%</b>
	Innovationen, Projekte anregen bzw. umsetzen	50%
	Motivation der Mitarbeiter zur Umsetzung von Neuerungen	28,57%
<b>Förderung von Mitarbeitern (Persönlichkeit / beruflich)</b>		<b>57,14%</b>
<b>Arbeitszufriedenheit</b>		<b>35,71%</b>
<b>Streßbewältigung</b>		<b>21,43%</b>

Das Thema *Förderung von Mitarbeitern (persönlich, beruflich)* bezieht sich auf die individuelle Förderung von Mitarbeiterinnen und ist nicht an

Weiterbildungsmaßnahmen gebunden. Es wurde daher nicht als Auswahlkriterium für Untersuchungsinstrumente zum Vorher-Nachher-Vergleich berücksichtigt. Arbeitszufriedenheit und Streßbewältigung werden in den Interviews teilweise in Verbindung gesetzt. Da Streß nicht nur durch Arbeitsbedingungen hervorgerufen, sondern auch von anderen Faktoren beeinflusst werden kann, berücksichtige ich nur die Arbeitszufriedenheit als Indikator.

Im **Vorher-Nachher-Vergleich** sollen erfaßt werden:

- *fachliche Fähigkeiten und Kenntnisse*
- *Arbeitszufriedenheit*
- *Kommunikation/Kooperation*<sup>33</sup>

Das Thema *Motivation von Mitarbeitern* wird in der Nachbefragung zur Erfassung von Effekten der Weiterbildung im Funktionsfeld erfaßt. (vgl. Teil III, Kap. 6.2)

---

<sup>33</sup> Eine Konkretisierung der Indikatoren z.B. anhand der Bloom'schen Matrix oder der in dieser Arbeit verwendeten Kategorien des deklarative, prozeduralen und konditionalen Wissens (Dörig, 1999) wäre sinnvoll gewesen, allerdings waren die von den Experten genannten Indikatoren hinsichtlich dieser Kategorien zu wenig unterscheidbar.

### 3. Instrumentarium zur Datenerhebung

Das hier vorgestellte Instrumentarium bezieht sich auf die Datenerhebung im Rahmen der summativen Evaluation. Das Verfahren, das zur formativen Evaluation eingesetzt wurde, wird dort im Kontext vorgestellt.<sup>34</sup>

#### 3.1 Meßverfahren zur Datenerhebung im Vorher-Nachher-Vergleich

Die in der Voruntersuchung gewonnenen zentralen Indikatoren der *fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten* werden sehr gut durch einzelne Skalen des von Büssing & Glaser (1997) entwickelten „Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus – Selbstbeobachtungsversion“ (TAA-KH-S) erfaßt.

Das TAA-KH liegt als modulares Verfahren vor, das eine Selbst- und eine Fremdbeobachtungsversion umfaßt. (vgl. Büssing & Glaser, 1997). Für die Untersuchung kommt die Selbstbeobachtungsversion in Frage. Sie umfaßt fünf Verfahrensbereiche: „Tätigkeitsanforderungen und Qualifikation“, „Transparenz, Tätigkeitsspielraum und Partizipation“, „Personelle, materielle und soziale Ressourcen“, „Organisationale und soziale Stressoren“, „Widersprüchliche Anforderungen“. In der vorliegenden Untersuchung werden einige Skalen des Verfahrensbereichs „Tätigkeitsanforderungen und Qualifikation“ eingesetzt.<sup>35</sup>

Das TAA-KH-S ist ein standardisiertes Instrument, das bis 1997 in 13 Krankenhäusern bei 1903 examinieren Pflegekräften eingeführt wurde und in dessen Entwicklung erfahrene Pflegekräfte, Ärzte und Mitarbeiter aus der Krankenhausverwaltung einbezogen wurden. Büssing & Glaser (1997) geben eine hohe Durchführungs- und Auswertungsobjektivität, eine hohe Reliabilität aufgrund der internen Konsistenz der Skalen sowie eine inhaltslogische Validität durch den theoriegeleiteten Aufbau und eine ständige Expertenbeteiligung sowie eine gute

---

<sup>34</sup> In Evaluationsstudien werden als häufigste Meßverfahren nicht- und teil-standardisierte Verfahren zur mündlichen Befragung (Interviews) sowie Verfahren der Beobachtung verwendet. Fragebögen (schriftliche Befragung) eignen sich nach Bortz & Döring (1995, S. 231) zur Datenerhebung in homogenen und natürlichen Gruppen unter der Voraussetzung, daß aufgrund detaillierter Vorkenntnisse des Untersuchungsgegenstandes eine Standardisierung der Fragen in der Weise möglich ist, daß sie von den Befragten ohne genauere Erläuterungen selbständig beantwortet werden können. Als ein mögliches qualitatives Beobachtungsverfahren führen Bortz & Döring (1995, S. 298) die Selbstbeobachtung an, die sich auf definierte Bereiche des Erlebens und Verhaltens (z.B. Ereignisse, Gefühle, Handlungen, Gedanken usw.) richtet. Grundsätzlich schließt die Entscheidung für ein Meßverfahren bei Evaluationsstudien ein Abwägen zwischen der Exaktheit des Meßverfahrens einerseits und dem praktischen Nutzen der damit gewonnenen Ergebnisse andererseits ein. (vgl. Wottawa & Thierau, 1990, S.125) Zu ausführlichen Darstellungen weiterer Methoden der qualitativen Sozialforschung vgl. z.B. Lamnek, Bd 2, 1995a; Bortz & Döring, 1995, zu Methoden der quantitativen Sozialforschung Mayntz u.a., 1978; Bortz & Döring, 1995.

<sup>35</sup> Die verwendeten Skalen sowie Erläuterungen zum theoretischen Hintergrund und zur Güte des Verfahrens wurden mir von Büssing & Glaser in einer zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlichten Version zur Verfügung gestellt. In dieser Arbeit beziehe ich mich auf diese Unterlagen.

Konstruktvalidität an (Nähere Angaben zur Güte des TAA-KH-S vgl. Büssing & Glaser, 1997)

*Skalen aus der Selbstbeobachtungsversion des TAA-KH*

Aus der Selbstbeobachtungsversion des TAA-KH (Büssing & Glaser, 1997) werden die in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Skalen aus dem Verfahrensbereich „Tätigkeitsanforderungen und Qualifikation“ eingesetzt.

Tabelle 8: Teilbereiche des Verfahrensbereichs „Tätigkeitsanforderungen und Qualifikation“ des TAA-KH-S von Büssing & Glaser (1997)

„ <b>Qualifikatorische Voraussetzungen</b> “	Einschätzung, inwieweit besondere oder ausgeprägte theoretische Fachkenntnisse, soziale, psychische und geistige Fähigkeiten sowie praktische Fertigkeiten <b>für die Tätigkeit gebraucht</b> werden.
„ <b>Lernerfordernisse</b> “	Einschätzung der Notwendigkeit, die <b>eigenen</b> theoretischen Fachkenntnisse, sozialen, psychischen und geistigen Fähigkeiten sowie praktischen Fertigkeiten immer wieder <b>zu erweitern</b> und <b>Neues dazuzulernen</b> .
„ <b>Qualifizierungsmöglichkeiten</b> “	Einschätzung der Möglichkeiten, die <b>eigenen</b> theoretischen Fachkenntnisse, sozialen, psychischen und geistigen Fähigkeiten sowie praktischen Fertigkeiten <b>innerhalb der Tätigkeit</b> über die Anforderungen der Station hinaus <b>zu erweitern</b> .
„ <b>Angemessenheit der Qualifikation</b> “	Einschätzung, inwieweit <ul style="list-style-type: none"> <li>- die <b>eigenen</b> theoretischen Fachkenntnisse, sozialen, psychischen und geistigen Fähigkeiten für die Durchführung der Tätigkeiten <b>fehlen</b>.</li> <li>- theoretischen Fachkenntnisse, sozialen, psychischen und geistigen Fähigkeiten in der Tätigkeit <b>eingesetzt werden können</b></li> <li>- Ausbildungskennntnisse den Anforderungen <b>der Tätigkeit entsprechen</b></li> </ul>

Die jeweils eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten sollen entweder nur bezogen auf den eigenen Qualifikationsstand oder in Verbindung mit der jeweiligen Tätigkeit eingeschätzt werden (Die Bezüge innerhalb der Skalen werden durch den Fettdruck kenntlich gemacht).

Die Skalen bilden den Indikator „fachliche Fähigkeiten und Kenntnisse“ umfassend ab. *Skalen zum „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“*

*Arbeitszufriedenheit* wird im „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“

vorwiegend durch Merkmale abgebildet, die auch als Aspekte der stations-/abteilungsinternen und -übergreifenden Kommunikation und Kooperation aufgefaßt werden können (13 von 23 Items, vgl. Fettdruck). Die Einschätzung der Merkmale der Arbeitszufriedenheit schließt daher in diesem Verfahren auch die in der

Voruntersuchung am häufigsten genannte Erwartung zur *Kommunikation/Kooperation* (vgl. Tabelle „Ergebnisse der Expertenbefragung“) ein.

Die Items der Skalen zum „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“ beziehen sich auf krankenhausesrelevante Fragen und Problemstellungen, so daß die Beantwortung nicht durch die Notwendigkeit eines Transfers aus anderen organisationalen Bereichen in die eigene berufliche Situation erschwert wird. Das „Verfahren zur Erfassung von Aspekten der Arbeitszufriedenheit“ umfaßt eine Skala zur Einschätzung der Ist-Situation der Merkmale der Arbeitszufriedenheit in der Institution und eine zweite Skala zur Einschätzung, wie wichtig den Befragten diese Merkmale sind.

Tabelle 9: Merkmale der Arbeitszufriedenheit im „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“ von Büssing & Glaser (1997)

<b>Merkmale der Arbeitszufriedenheit</b>	<b>Bereiche</b>
<b>Zusammenarbeit</b> (4 Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- mit Kolleg/innen</li> <li>- innerhalb des Teams</li> <li>- mit Vorgesetzten</li> </ul>
Möglichkeiten der <b>Mitbestimmung</b> und der <b>Übernahme</b> verantwortungsvoller <b>Aufgaben</b> (3 Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- innerhalb der Station/Abteilung</li> <li>- innerhalb der gesamten Organisation</li> </ul>
<b>Informationsweitergabe</b> durch die Betriebsleitung innerhalb der gesamten Organisation (ein Item)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- in Bezug auf organisationale Veränderungen</li> </ul>
<b>Vertrauensverhältnis</b> (3 Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Kolleg/innen</li> <li>- zu Vorgesetzten</li> <li>- innerhalb des Teams</li> </ul>
<b>Arbeitsklima</b> (2 Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- auf der Station/Abteilung</li> <li>- in der gesamten Organisation</li> </ul>
Aspekte der Gesamtorganisation (2 Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhausbetriebsleitung</li> <li>- Organisation des Krankenhauses</li> </ul>
Rahmenbedingungen der Tätigkeit (8 Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszeitgestaltung</li> <li>- Entlohnung,</li> <li>- räumliche Bedingungen am Arbeitsplatz</li> <li>- Sicherheit des Arbeitsplatzes</li> <li>- Aufstiegsmöglichkeiten</li> <li>- Weiterbildung</li> </ul>

Durch die beiden Verfahren sollen mögliche Effekte der Lehrgangskonzepte zur Weiterbildung von pflegerischen Führungskräften im mittleren Management im Vorher-Nachher-Vergleich in Treatment- und Kontrollgruppe erfaßt werden.

### 3.2 Fragebogen zur Erfassung von Effekten im Funktionsfeld

Die Konzeption des Fragebogens basiert auf Ergebnissen der formativen Evaluation, die nach Abschluß der ersten Projektphase in der Treatmentgruppe durchgeführt wurde. (vgl. Teil III, Kap.5.2).Berücksichtigt wurden nur die Ergebnisse, die den in der Expertenbefragung ermittelten Indikatoren *Motivation von Mitarbeitern* und *team-/bereichsübergreifende Kommunikation/Kooperation* zugeordnet werden können. (vgl. Teil III, Tabelle 7, S. 109 „*Ergebnisse der Expertenbefragung*“).

Der Fragebogen wird zur Nachbefragung nach Abschluß des jeweiligen Lehrgangs in Treatment- und Kontrollgruppe eingesetzt.

Überprüft werden soll die Behauptung, daß eine Lehrgangskonzeption, basierend auf konstruktivistischen Ansätzen der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischen Annahmen mit der Zielsetzung einer geplanten Förderung des Lerntransfers eher zu Effekten im Funktionsfeld in den Bereichen *Motivation von Mitarbeitern* und *team-/bereichsübergreifende Kommunikation/Kooperation* führt, als eine Lehrgangskonzeption, die auf interpretativen Ansätzen der Erwachsenenbildung und Annahmen humanistischer Psychologie mit der Zielsetzung des Deutens und Verstehens beruflichen Handelns, basiert.

Zugrunde liegt die Annahme, daß die Ergebnisse Rückschlüsse auf den Transfer leitungsbezogenen Handelns in das Funktionsfeld zulassen. Die Nachbefragung erhält damit auch die Funktion einer Erfolgskontrolle (vgl. Teil III, Kap. 1.1, *Planungskriterien*).

Dem Fragebogen ist ein einführender Impuls vorangestellt, mit dem an die Erfahrungen angeknüpft wird, die die Teilnehmerinnen mit der Umsetzung von Lehrgangsinhalten und den damit ausgelösten Reaktionen in der Praxis gemacht haben. (siehe Anhang)

Tabelle 10: Indikatoren und Statements zu dem Bereich *Motivation der Teammitglieder/Mitarbeiter*

Die Statements zu dem Bereich „*Motivation der Teammitglieder*“/ *Mitarbeiter* beziehen sich auf drei unterschiedlich verbindliche Ebenen des Handelns (siehe Unterstreichungen).

Indikator	Statements
Motivation der Teammitglieder/ Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Mitarbeiterinnen sind an Neuerungen <u>interessiert</u>.</li> <li>- Die Mitarbeiterinnen sind <u>motiviert</u>, Neuerungen <u>umzusetzen</u>.</li> <li>- Das Team <u>arbeitet</u> bei der Umsetzung von Neuerungen <u>gut zusammen</u>.</li> </ul>
Team-/bereichsübergreifende Kommunikation/Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit der Pflegedienstleitung arbeite ich gut zusammen</li> <li>- Andere Berufsgruppen sind an den Neuerungen interessiert.</li> <li>- Wenn anderer Berufsgruppen von den Neuerungen unmittelbar betroffen waren, war die Resonanz:.....?</li> <li>- Wenn der ärztliche Bereich von den Neuerungen unmittelbar betroffen war, war die Resonanz:.....?</li> </ul>

#### 4. Fragestellungen und Annahmen

Der Untersuchung liegt die Fragestellung zugrunde:

Wird der Lerntransfer durch ein Weiterbildungskonzept für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf konstruktivistischen Ansätzen der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischen Annahmen basiert und dessen Fokus auf der Unterstützung des Lerntransfer durch die Umsetzung von Praxisprojekten im Funktionsfeld liegt, mehr gefördert als durch ein Weiterbildungskonzept, das auf interpretativen Ansätzen der Erwachsenenbildung und Annahmen der humanistischen Psychologie basiert und bei dem ein Lerntransfer nicht gezielt unterstützt wird, sondern der Fokus auf der Förderung des Deutens und Verstehens beruflichen Handelns vor dem Hintergrund leitungsrelevanten Wissens im Lernfeld liegt.

Lassen sich signifikante Effekte in den Bereichen *fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten, Arbeitszufriedenheit und Kommunikation/Kooperation* nachweisen, die als Folge dieser Lehrgangskonzeption interpretiert werden können?

Daraus wurden die folgenden Annahmen abgeleitet:

Für den Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Treatment- und der Kontrollgruppe

Nach dem Einsatz eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf konstruktivistischen Ansätzen der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischen Annahmen mit der Zielsetzung einer geplanten Förderung des Lerntransfers basiert, läßt sich ein signifikanter Unterschied im Bereich *fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten* ausweisen.

Nach dem Einsatz eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf interpretativen Ansätzen der Erwachsenenbildung und Annahmen humanistischer Psychologie mit der Zielsetzung des Deutens und Verstehens beruflichen Handelns basiert, läßt sich im Bereich *fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten* kein signifikanter Unterschied ausweisen .

Nach dem Einsatz eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf konstruktivistischen Ansätzen der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischen Annahmen mit der Zielsetzung einer geplanten Förderung des Lerntransfers basiert, läßt sich ein signifikanter Unterschied im Bereich *Kommunikation/Kooperation* ausweisen.

Nach dem Einsatz eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf interpretativen Ansätzen der Erwachsenenbildung und Annahmen humanistischer Psychologie mit der Zielsetzung des Deutens und Verstehens beruflichen Handelns basiert, läßt sich im Bereich *Kommunikation/Kooperation* kein signifikanter Unterschied ausweisen .

Nach dem Einsatz eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf konstruktivistischen Ansätzen der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischen Annahmen mit der Zielsetzung einer geplanten Förderung des Lerntransfers basiert, läßt sich ein signifikanter Unterschied im Bereich *Arbeitszufriedenheit* ausweisen.

Nach dem Einsatz eines Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management, das auf interpretativen Ansätzen der Erwachsenenbildung und Annahmen humanistischer Psychologie mit der Zielsetzung des Deutens und Verstehens beruflichen Handelns basiert, läßt sich im Bereich *Arbeitszufriedenheit* kein signifikanter Unterschied ausweisen.

### Vergleich zwischen den Untersuchungsgruppen

Überprüft werden soll, ob sich Treatment- und Kontrollgruppe nach Abschluß der Lehrgänge in den Bereichen *fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten*, *Arbeitszufriedenheit und Kommunikation/Kooperation* signifikant unterscheiden.

Angenommen wird, daß sich Treatment- und Kontrollgruppe in den Bereichen *fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten*, *Arbeitszufriedenheit und Kommunikation/Kooperation* nach Abschluß der Lehrgänge signifikant unterscheiden.

## **5. Datenerhebung**

Der Lehrgang zur Weiterbildung zur „Pflegefachkraft im mittleren Leitungsbereich“, der am Städtischen Klinikum Braunschweig durchgeführt wurde, bildet die Treatmentgruppe. Als Kontrollgruppe konnte ich einen Lehrgang zur Weiterbildung zur „Pflegefachkraft im mittleren Leitungsbereich“ untersuchen, der von einem andern Träger durchgeführt wird.

In beiden Gruppen erfolgte eine summative Evaluation durch die Skalen des TAA-KH-S von Büssing & Glaser (1997) und die Skalen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit von Büssing. Es wurde in beiden Gruppen eine abschließende Befragung durch den selbstentworfenen Fragebogen durchgeführt, durch den nach Abschluß der Maßnahmen in beiden Gruppen die Umsetzung des Gelernten im Funktionsfeld erfaßt werden soll (vgl. Teil III, Kap 6,2).

Eine formative Evaluation überprüft die Umsetzung der Projekte im Funktionsfeld und findet deshalb nur in der Treatmentgruppe statt.

## 5.1 Beschreibung der Stichproben

Tabelle 11: Teilnehmerstruktur in Treatment- und Kontrollgruppe

<b>Merkmale</b>	<b>Treatmentgruppe</b>	<b>Kontrollgruppe</b>
Anzahl der Teilnehmerinnen	18	24
Grundausbildung	18 Krankenschwestern/-pfleger	21 Krankenschwestern/-pfleger 3 Altenpfleger/innen
Anzahl der Teilnehmerinnen mit Leitungserfahrungen in Institutionen des Gesundheitswesens	18	17
Anzahl der Teilnehmerinnen bezogen auf Institutionen des Gesundheitswesens (nur Leitungskräfte)	17 Leitungskräfte (Stations- bzw. Abteilungsleitungen und stellvertretende Stations- bzw. Abteilungsleitungen) aus unterschiedlichen Krankenhäusern 1 Leitungskraft aus einer Rehabilitationseinrichtung	15 Leitungskräfte aus unterschiedlichen Krankenhäusern 2 Leitungskräfte aus stationären Einrichtungen der Altenpflege (Stations- bzw. Abteilungsleitungen und stellvertretende Stations- bzw. Abteilungsleitungen)
Durchschnittliche Dauer der Leitungstätigkeit (Berücksichtigt wurden nur die Daten der Leitungskräfte)	4,61 Jahre	3,24 Jahre

- Um vergleichbare Gruppen zu erhalten (innere Validität), wurden aus beiden Gruppen nur die Lehrgangsteilnehmerinnen in die Datenauswertung einbezogen, die eine Leitungsfunktion in einer Einrichtung des Gesundheitswesens wahrnehmen, d.h. die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe, die keine Leitungsposition, bekleidet hatten, wurden bei der Datenauswertung nicht berücksichtigt.
- Die beiden Stichproben sind dadurch annähernd gleich groß: an dem Lehrgang der Treatmentgruppe nehmen 18 Teilnehmerinnen teil, die in einer Leitungsfunktion tätig sind, an dem Lehrgang der Kontrollgruppe 17 Teilnehmerinnen mit Leitungsfunktion. (vgl. Teil III, Kap. 1.3)
- Alle Teilnehmerinnen in Leitungsfunktion sind in stationären Einrichtungen tätig, so daß von vergleichbaren organisationalen Strukturen ausgegangen werden kann.
- In beiden Gruppen begannen die Lehrgänge zeitlich versetzt; wegen ihrer unterschiedlichen Dauer schlossen sie aber fast zeitgleich ab: Die Treatmentgruppe begann den Lehrgang, der 16 Monate dauerte, im Januar; die Kontrollgruppe begann ihren Lehrgang, der 12 Monate dauerte, im April des gleichen Jahres. Da beide Gruppen nach dem Niedersächsischen Runderlaß vom 25.10.1995 durchgeführt wurden, war die Dauer der Gesamtstundenzahl von 720 Unterrichtsstunden und die Dauer der Praxisphasen, in denen sich die Lehrgangsteilnehmerinnen mit leitungsbezogenen Aufgaben auseinandersetzen sollen (20 Wochen) in beiden Lehrgängen gleich lang. (vgl. auch Teil II, Kap. 3)

- Die Leitungskräfte der Treatmentgruppe waren im Vergleich zu den Leitungskräften aus der Kontrollgruppe im Durchschnitt über ein Jahr länger in leitender Funktion tätig

Tabelle 12: Konzeptioneller Rahmen von Treatment- und Kontrollgruppe

	<b>Treatmentgruppe</b>	<b>Kontrollgruppe</b>
<b>Ziele</b>	<p>Aufbau einer leitungsrelevanten Wissensbasis im Lernfeld auf der Basis des Curriculums nach dem Runderlaß des Niedersächsischen Sozialministeriums v. 20.10.1995 und Aufbau leitungsrelevanter Handlungskompetenzen</p> <p>Förderung des Transfers der leitungsrelevanten Wissensbasis und der leitungsrelevanten Handlungskompetenzen in den beruflichen Alltag</p>	<p>Aufbau einer leitungsrelevanten Wissensbasis im Lernfeld auf der Basis des Curriculums nach dem Runderlaß des Niedersächsischen Sozialministeriums v. 20.10.1995 und Aufbau leitungsrelevanter Handlungskompetenzen</p> <p>Deuten und Verstehen beruflicher Erfahrungen und Reflexion beruflichen Handelns vor dem vermittelten theoretischen Hintergrund</p>
<b>Pädagogische Ansätze</b>	Ansätze der Konstruktivistischen Erwachsenenbildung und handlungstheoretische Annahmen	Interpretative Ansätze der Erwachsenenbildung und Annahmen der humanistischen Psychologie
<b>Konzeptionelle Schwerpunkte</b>	<p>Aufbau und Erweiterung der theoretischen und methodischen leitungsrelevanten Wissensbasis im Lernfeld durch den Einsatz von Lehrgesprächen, Kurzvorträgen, Planspielen zur Simulation komplexer Arbeitsaufgaben, Rollenspielen, Übungen zur Analyse und Problemlösung anhand von Fallbeispielen, Reflexion von Praxiserfahrungen, moderierte Diskussionen.</p> <p>Förderung des Lerntransfers durch die Umsetzung von Faktenwissen und methodischem Wissen in Praxisprojekten im Funktionsfeld</p>	<p>Aufbau und Erweiterung der theoretischen und methodischen leitungsrelevanten Wissensbasis im Lernfeld durch den Einsatz von Lehrgesprächen, Kurzvorträgen, Übungen zur Analyse und Problemlösung anhand von Fallbeispielen, Reflexion von Praxiserfahrungen, moderierte Diskussionen:</p>
<b>Dozenten</b>	Vorzugsweise Fachdozenten, die in ihrem jeweiligen Fach über praktische Erfahrungen in Bereichen des Gesundheitswesens und zusätzlich eine pädagogische Ausbildung nachweisen können bzw. über Lehrerfahrungen in Weiterbildungsmaßnahmen des Gesundheitswesens verfügen	Vorzugsweise Fachdozenten, die in ihrem jeweiligen Fach über praktische Erfahrungen in Bereichen des Gesundheitswesens verfügen und zusätzlich eine pädagogische Ausbildung nachweisen können bzw. über Lehrerfahrungen in Weiterbildungsmaßnahmen des Gesundheitswesens verfügen

## 5.2 Summative Datenerhebung

Die Skalen des TAA-KH-S und diejenigen zur Erfassung von Aspekten der Arbeitszufriedenheit sind zu einem Fragebogen zusammengefaßt, ergänzt durch Fragen nach Sozialdaten, ausbildungs- und berufsbezogenen Daten und Fragen nach der Leitungstätigkeit (siehe Anlage).

Eine Zuordnung der einzelnen Fragebögen zu Treatment- und Kontrollgruppe sowie innerhalb der Gruppen zu den einzelnen Teilnehmerinnen bei gleichzeitiger Wahrung der Anonymität wird durch die Art der Codierung gewährleistet

Zur Erfassung der Ausgangssituation wurden beiden Gruppen die Fragebögen jeweils zu Beginn des ersten Lehrgangsblocks von mir vorgelegt und erläutert

Die zweite Befragung zur Erfassung der „Nachher-Situation“ erfolgte in beiden Gruppen nach Abschluß des Lehrgangs. Den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe wurden die Fragebögen wieder von mir vorgelegt Für die Durchführung der Nachher-Befragung in der Kontrollgruppe konnte aus organisatorischen Gründen auf Seiten des Trägers kein Termin zur persönlichen Vorlage der Fragebögen gefunden werden. Die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe haben den Fragebogen durch ihre Lehrgangsleitung vorgelegt bekommen, ergänzt durch ein Anschreiben von mir, in dem ich an die erste Befragung angeknüpft und noch einmal die Vorgehensweise erläutert habe (siehe Anhang).

## 5.3. Formative Evaluation in der Treatmentgruppe

Die formative Evaluation erfolgte in der Treatmentgruppe nach der ersten Praxisphase (vgl. Teil II, Abb. 4, S.84 „*Struktur des Lehrgangs*“) Es sollte überprüft werden, ob durch die Umsetzung der Praxisprojekte im Funktionsfeld Prozesse auftreten, die ggf. zu nicht akzeptablen Nebenfolgen im betrieblichen Alltag z.B. bezüglich der Arbeitsorganisation, der Arbeitsabläufen, der Teamstruktur usw. führen konnten. Ein frühes Erfassen nicht gewünschter Folgen in der Praxis sollte es ermöglichen, steuernd einzugreifen oder ggf. die Konzeptumsetzung abbrechen zu können (bzw. zu müssen).

Da noch keine Indikatoren zur Erfassung der Auswirkung der Projekte im Funktionsfeld vorhanden waren, wurden die Auswirkungen der Projekte im Funktionsfeld wurden mittels einer moderierten Gruppenbefragung erfaßt. (vgl. Bortz & Döring, 1995, S. 295) Als Impuls wurden zwei sehr weit gefaßte Fragen gewählt: Was lief bei der Durchführung der Projekte gut? Was lief weniger gut?

In einer ersten Runde haben die Teilnehmerinnen auf Moderationskarten Stichpunkte zu diesen beiden Fragen zusammengetragen, die im Plenum gemeinsam zugeordnet wurden.

Die genannten Stichpunkte umfassen im wesentlichen zwei Bereiche, die in der Expertenbefragung als Indikatoren für einen Weiterbildungserfolg genannt wurden: Die Motivation der Mitarbeiterinnen und den Teilbereich der Kommunikation/Kooperation, der sich auf die Kommunikation/Kooperation im Team und die bereichsübergreifende Kommunikation/Kooperation bezieht.

In einer zweiten Runde haben die Teilnehmerinnen ihre Erfahrungen zu den einzelnen Punkten ausgetauscht, die visualisiert wurden.

Aufgrund der Ergebnisse konnte das Lehrgangskonzept einschließlich der Praxisprojekte weiter umgesetzt werden.

Die Ergebnisse der formativen Evaluation sind im nachfolgenden Protokoll zusammengefaßt.

Tabelle 13: Ergebnisse der formativen Evaluation

<p><b>Motivation der Teammitglieder/Mitarbeiter</b></p> <p>Die Motivation war in den meisten Fällen gut. Von einigen TeilnehmerInnen wurde über eine anfängliche Skepsis der Teammitglieder berichtet. Hier stand die Angst vor zusätzlicher Arbeit bei geringer Personaldecke und hohem Arbeitsanfall im Vordergrund. Durch ausführliche Informationen über Projekthalte, -ziele und Vorgehensweise konnte diese Skepsis in den meisten Fällen überwunden werden. Motivierend war auch, daß die Ziele so gewählt wurden, daß sie auch erreichbar waren, die MitarbeiterInnen also einen Erfolg sahen.</p> <p>In allen Fällen, in denen anfangs Skepsis vorhanden war, konnten aber andere MitarbeiterInnen gewonnen werden, die sich in Arbeitsgruppen mit der näheren Projektplanung bzw.- umsetzung befaßten.</p> <p>Als Motivationsfaktoren wurden genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- die Beteiligung interessierter Mitarbeiter</li> <li>- hohe Transparenz der Projektziele z.B. durch Dienstbesprechungen, schriftliche Informationen, Vorstellen des Projekts auch bei anderen betroffenen Berufsgruppen, Wandzeitungen</li> <li>- eine regelmäßige Information über den Sachstand (z.B. in Dienstbesprechungen)</li> <li>- Aufgreifen von Vorschlägen der MitarbeiterInnen</li> <li>- der Nutzen der Projektziele für den Arbeitsalltag</li> </ul>
<p><b>Unterstützung durch die Pflegedienstleitungen</b></p> <p>Bis auf zwei TeilnehmerInnen erhielten alle in unterschiedlicher Form Unterstützung durch ihre Pflegedienstleitungen (durch Beratung, Unterstützung bezüglich der Akzeptanz durch andere Berufsgruppen, Genehmigung von Arbeitsgruppen, akzeptieren organisatorischer Änderungen usw.)</p> <p>Nur in zwei Fällen haben Pflegedienstleitungen bremsend in ein Projekt eingegriffen. In beiden Fällen war die Auswirkung der Projekte auf andere Bereiche bzw. Berufsgruppen nicht genügend berücksichtigt worden bzw. wurden von der Pflegedienstleitung zu schwerwiegende negative Konsequenzen antizipiert.</p>
<p><b>Interesse anderer Berufsgruppen</b></p> <p>Bei den meisten Projekten mußten die jeweiligen Chefärzte informiert werden bzw. ihre Zustimmung geben (z.B. bei Befragungen von Patienten, Berührung von Ablaufstrukturen usw.). Bis auf einen Fall haben die Chefärzte ihre Zustimmung gegeben bzw. standen den Projekten interessiert gegenüber.</p> <p>Einige TeilnehmerInnen berichteten, daß Stationsärzte sehr aufgeschlossen waren und die Umsetzung der Projekte unterstützt haben.</p> <p>Das Interesse nicht-ärztlicher Berufsgruppen wurde unterschiedlich bewertet.</p>
<p><b>Projektbegleitung</b></p> <p>Die Form der Projektbegleitung (Beratung während der Praxisphase) wurde als positiv und unterstützend beschrieben.</p>
<p><b>Reaktion von Patienten</b></p> <p>Einige TeilnehmerInnen, die patientenbezogene Projekte umsetzten, führten positive Reaktionen von Patienten an. Als Grund für die positiven Reaktionen wurde die hohe Transparenz bezüglich der Zielsetzung der Veränderungen den Patienten gegenüber genannt</p>

Die wenigen negativen Erfahrungen in den Teams sowie mit den Pflegedienstleitungen und Ärzten wurden schon aufgegriffen.

Tabelle 14: Übersicht über den Einsatz des Untersuchungsinstrumentariums in Treatment- und Kontrollgruppe im Verlauf der Evaluationsstudie

	<b>Erste Lehrgangs-woche</b>	<b>Abschluß erstes Praxisprojekt</b>	<b>Nach Abschluß des Lehrgangs</b>	<b>Nach Abschluß des Lehrgangs</b>
<b>Treatment-gruppe</b>	Skalen des TAA-KS-S und Skalen zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit (Vorher-Erhebung)	<b>Formative</b> Evaluation durch moderierte Gruppenbefragung	Skalen des TAA-KH-S und Skalen zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit ( <b>summative</b> Evaluation)	Abschließende Befragung zur Umsetzung von Lehrgangsinhalten im Funktionsfeld ( <b>summative</b> Evaluation)
<b>Kontroll-gruppe</b>	Skalen des TAA-KS-S und Skalen zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit (Vorher-Erhebung)		Skalen des TAA-KH-S und Skalen zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit ( <b>summative</b> Evaluation)	Abschließende Befragung zur Umsetzung von Lehrgangsinhalten im Funktionsfeld ( <b>summative</b> Evaluation)

## 6. Ergebnisse der Datenerhebung

### 6.1 Ergebnisse der Datenerhebung durch das TAA-KH-S und das „Verfahren zu Aspekten der Arbeitszufriedenheit“

Eine Analyse durch den Komolgorov-Smirnov-Anpassungstest zur Überprüfung der Verteilungsform (vgl. Bühl & Zöfel, 1999, S. 291 und Eckstein, 1999, S. 106) ergab, daß die erhobenen Daten nicht normalverteilt vorliegen. Außerdem sind die Stichproben sehr klein (Treatmentgruppe: N = 18, Kontrollgruppe N = 17), so daß für die Datenauswertung nur verteilungsunabhängige (nichtparametrische) Verfahren in Frage kommen, die auch Daten aus kleinen Stichproben auswerten. Geeignete Verfahren sind der U-Test nach Mann-Whitney für zwei unabhängige Stichproben<sup>36</sup> und der Wilcoxon-Test<sup>37</sup> für abhängige Stichproben. Sie sind darüber hinaus geeignet, Unterschiedshypothesen im Rahmen eines Zwei-Gruppen-Plans zu überprüfen.

<sup>36</sup> Eckstein empfiehlt die Anwendung des Mann-Whitney-Tests immer dann, wenn die unabhängigen Stichproben „... nicht sehr groß sind und /oder aus nicht normalverteilten Grundgesamtheiten stammen“ (Eckstein, 1999, S. 166).

Der Mann-Whitney-Test basiert auf Rangsummenvergleichen und reagiert auf Medianunterschiede zwischen zwei unabhängigen Stichproben. (vgl. Eckstein, 1999, S. 166)

<sup>37</sup> Der Wilcoxon-Test ist ein Signifikanztest für abhängige Stichproben, den Clauß u.a. (1999) als Unterschiedstest für metrische Daten beschreiben. Sie weisen darauf hin, daß dieser Test in der Praxis auch bei ordinalskalierten Daten eingesetzt wird, „...wobei dann lediglich vorausgesetzt wird, daß für die Paardifferenzen eine Rangreihe erstellt werden kann (vgl. Tränkle, U., 1991, S. 170)“ (Clauß u.a., 1999, S. 233).

Die Überprüfung der Daten erfolgte zunächst durch den Wilcoxon-Test, um mögliche signifikante Unterschiede im Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben zu erfassen.

Da durch den Wilcoxon-Test bei einigen Skalen signifikante Unterschiede ausgewiesen wurden, habe ich den Mann-Whitney-Test eingesetzt, um zu überprüfen, ob sich auch Unterschiede zwischen den Stichproben erfassen lassen.

Die statistische Datenanalyse zur Überprüfung der Unterschiedshypothese erfolgte mit dem Programmsystem SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Version 8. Sowohl für den Vergleich innerhalb der Stichprobe als auch zwischen den Stichproben liegt das festgelegte Signifikanzniveau bei  $\alpha = 0,05$ .

Der Mann-Whitney-Test und der Wilcoxon-Test weisen Signifikanzwerte aus, die einen Rückschluß bezüglich der Wirksamkeit eines Treatments zulassen, aus denen sich aber keine Hinweise auf die Richtung einer Veränderung ableiten lassen.

Da bei einigen Skalen signifikante Veränderungen ausgewiesen wurden, habe ich ergänzend eine Überprüfung durch den t-test für gepaarte Stichproben durchgeführt<sup>38</sup>. Ziel war es, anhand der im t-test ausgewiesenen Skalen-Mittelwerte einen Hinweis auf die Richtung signifikanter Veränderungen zu erhalten. Betonen möchte ich, daß die Mittelwerte auch nur in diesem Sinne bei der Auswertung der Daten berücksichtigt werden. Die Mittelwerte der t-tests werden durch Balken visualisiert, um Unterschiede zu verdeutlichen.

---

<sup>38</sup> Obwohl der t-test eine Normalverteilung der Daten erfordert, habe ich mich zu diesem Vorgehen entschlossen, da eine Überprüfung der Mediane und der arithmetischen Mittel im Nachher-Vergleich pro Item in beiden Stichproben Werte mit nur geringen Differenzen ergaben.

### 6.1.1 Ergebnisse des Vergleichs innerhalb der Stichproben durch den Wilcoxon-Test

Die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests werden zunächst in einer Übersicht dargestellt, um einen Vergleich der Werte zu erleichtern.

Darüber hinaus sind im Folgenden die jeweiligen Ergebnisse für Treatment- und Kontrollgruppe denjenigen Skalen zugeordnet, auf die sich die ermittelten Werte beziehen .

Tabelle 15: Übersicht über die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die <b>Treatmentgruppe</b>			
N = 18			
Skala	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala =	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Qualifikatorische Voraussetzungen	18	-0,178	0,859
Lernerfordernisse	18	-0,26	0,797
Qualifizierungsmöglichkeiten	18	-0,398	0,69
Angemessenheit der Qualifikation	18	-0,925	0,355
Arbeitszufriedenheit + Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation)	17	-2,102	0,036
Arbeitszufriedenheit + Kommunikation/Kooperation (Wichtigkeit der jeweiligen Merkmale)	17	-1,711	0,087

Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die <b>Kontrollgruppe</b>			
N = 17			
Skala	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala =	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Qualifikatorische Voraussetzungen	17	-0,222	0,824
Lernerfordernisse	17	1,587	0,112
Qualifizierungsmöglichkeiten	17	-1,601	0,109
Angemessenheit der Qualifikation	11	-0,297	0,767
Arbeitszufriedenheit * Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation)	13	-0,175	0,861
Arbeitszufriedenheit * Kommunikation/Kooperation (Wichtigkeit der jeweiligen Merkmale)	14	-1,163	0,245

### Qualifikatorische Voraussetzungen

Die qualifikatorischen Anforderungen werden durch Statements zu theoretischen Fachkenntnissen sowie sozialen, psychischen und geistigen Fähigkeiten abgebildet, die für die Tätigkeit gebraucht werden.

Die Befragten sollen einschätzen, inwieweit diese Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für die Durchführung der Tätigkeit in einem besonderen Maß („...besondere...Fertigkeiten“, „...ausgeprägte... Fähigkeiten“) gebraucht werden.

Tabelle 16: Qualifikatorische Voraussetzungen - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

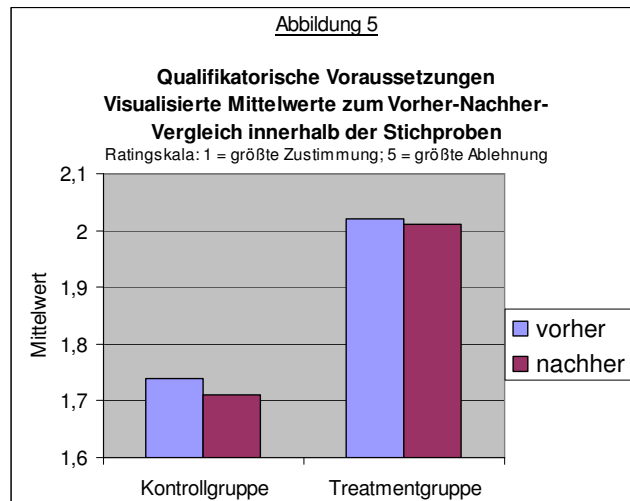
	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Treatmentgruppe	18	-0,178	0,859
Kontrollgruppe	17	-0,222	0,824

#### Signifikanzwerte

Die Werte beider Gruppen weisen in dieser Skala keine signifikanten Veränderungen aus.

#### Mittelwerte

Allerdings weisen die Mittelwerte der Kontrollgruppe schon bei der Vorher-Erhebung eine höhere Zustimmung auf, als die Mittelwerte der Treatmentgruppe.



### Lernerfordernisse

Die Statements beziehen sich auf die Notwendigkeit, die jeweils eigenen fachlichen, sozialen, geistigen und psychischen Fertigkeiten innerhalb der Tätigkeit zu erweitern und Neues dazulernen.

### Signifikanzwerte

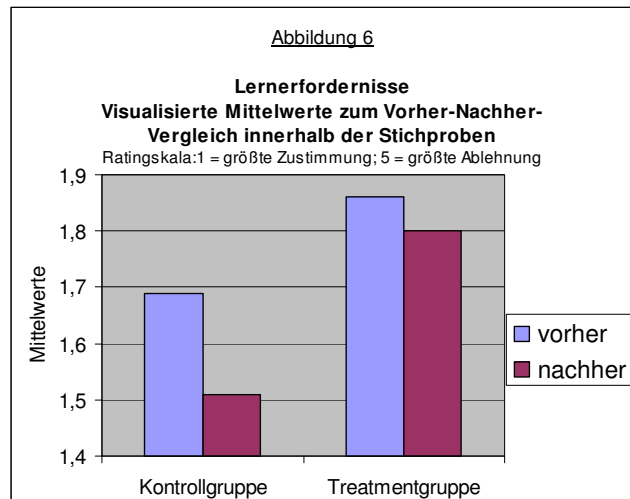
Tabelle 17: Lernerfordernisse - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Treatmentgruppe	18	-0,26	0,797
Kontrollgruppe	17	1,587	0,112

Der Wert der Treatmentgruppe weist keine signifikanten Veränderungen aus. Der Wert der Kontrollgruppe kann als Tendenz in Richtung einer signifikanten Veränderung interpretiert werden. ( $\square = 0,112$ ).

### Mittelwerte

Ein Vergleich der Mittelwerte zeigt, daß in beiden Stichproben die Notwendigkeit, die eigenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erweitern, schon vor der Durchführung der Weiterbildung eher hoch eingeschätzt wurde. Dieser Trend hat sich in der Kontrollgruppe nach Abschluß der Weiterbildung deutlicher verstärkt, als dies in der Treatmentgruppe der Fall war.



### Qualifizierungsmöglichkeiten

Diese Skala enthält Statements zu der Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten innerhalb der Tätigkeit „...über die notwendigen Anforderungen auf der Station hinaus...“ zu erweitern bzw. zu verbessern. Durch die Formulierung der Items wird eine Verknüpfung von eigener Qualifikation und Anforderungen hergestellt, die sich aus dem jeweiligen beruflichen Alltag ergeben. (Allerdings wird nicht deutlich, welche Kriterien den „notwendigen Anforderungen über die eigene Station hinaus“ zugrunde liegen.)

### Signifikanzwerte

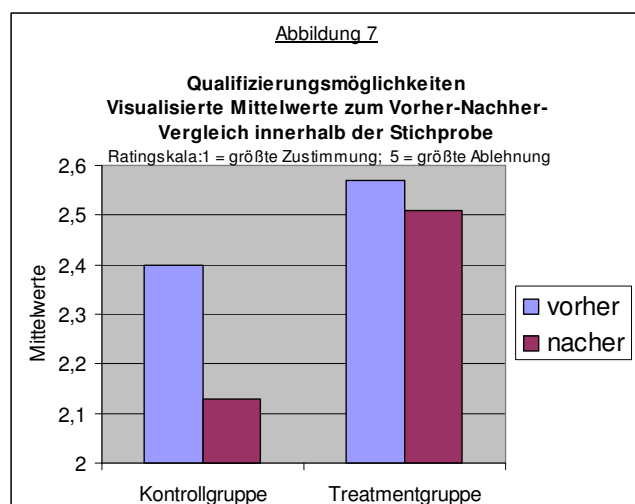
Tabelle 18: Qualifizierungsmöglichkeiten - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Treatmentgruppe	18	-0,398	0,69
Kontrollgruppe	17	-1,601	0,109

Das Ergebnis der Treatmentgruppe weist keinen signifikanten Unterschied auf; der Wert der Kontrollgruppe ( $\square = 0,109$ ) kann als Tendenz in Richtung einer signifikanten Veränderung interpretiert werden.

### Mittelwerte

Diese Tendenz verdeutlicht auch ein Vergleich der Mittelwerte der Kontrollgruppe: die Einschätzung der Qualifizierungsmöglichkeiten erfolgt nach Abschluß der Weiterbildung deutlich zustimmender als vorher. Die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe schätzen die Qualifizierungsmöglichkeiten nach Abschluß der



Weiterbildung nur geringfügig positiver ein.

### Angemessenheit der Qualifikation

Die Items dieser Skala beziehen sich auf die Angemessenheit der eigenen theoretischen Kenntnisse, der sozialen, geistigen, psychischen und praktischen Fähigkeiten sowie auf die Angemessenheit der Ausbildungsinhalte für die derzeitige Tätigkeit. Die Statements sprechen nicht nur das jeweils individuelle Vorhandensein bzw. Fehlen der Kenntnisse und Fähigkeiten an; erfragt wird auch, ob die angeführten Kenntnisse und Fähigkeiten der Tätigkeit entsprechen und innerhalb der Tätigkeit eingesetzt werden können.

### Signifikanzwerte

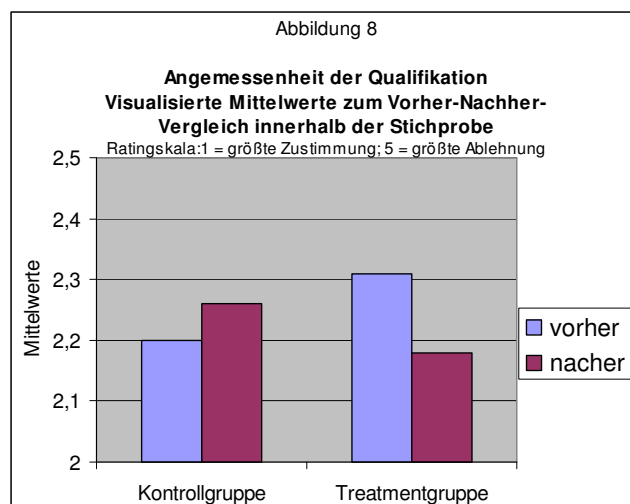
Tabelle 19: Angemessenheit der Qualifikation - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Treatmentgruppe	18	-0,925	0,355
Kontrollgruppe	11	-0,297	0,767

Die Werte zeigen bei beiden Gruppen keine signifikanten Veränderungen in der Vorher-Nachher-Einschätzung auf.

### Mittelwerte

Eine Betrachtung der Mittelwerte zeigt, daß die Einschätzung der Kontrollgruppe nach Abschluß der Weiterbildung im Vergleich zu vorher eine eher verneinende Tendenz aufweist.



### Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation– Einschätzung der Ist-Situation

Arbeitszufriedenheit wird in der Skala als komplexes Geschehen durch die Bereiche Kommunikation und Kooperation mit Vorgesetzten, Kolleg/innen, Informationen durch die Klinikleitung, Möglichkeiten der Mitbestimmung und Mitgestaltung innerhalb der Tätigkeit, Arbeitsklima, Arbeitszeiten und Lohn- und Sozialleistungen abgebildet. Die Befragten werden aufgefordert, diese Merkmale bezogen auf die jeweilige Ist-Situation ihrer Arbeitsstelle in der Weise zu bewerten, daß deren Vorhandensein eher bejaht oder eher verneint werden soll.

#### Signifikanzwerte

Tabelle 20: Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation– Einschätzung der Ist-Situation - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

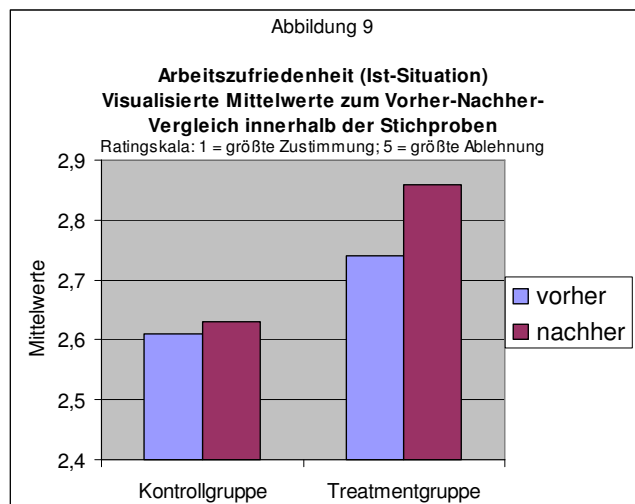
	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Treatmentgruppe	17	-2,102	0,036
Kontrollgruppe	13	-0,175	0,861

Die Werte zeigen für die Treatmentgruppe einen signifikanten Unterschied zwischen der Einschätzung vor und nach der Weiterbildungsmaßnahme auf ( $\alpha = 0,036$ ).

#### Mittelwerte

Die Mittelwerte machen deutlich, daß die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe die Ist-Situation nach Abschluß der Weiterbildung wesentlich deutlicher verneint haben als vorher. Diese Werte können

dahingehend interpretiert werden, daß die Teilnehmerinnen nach Abschluß der Weiterbildungsmaßnahme die Ist-Situation kritischer bewerten und dadurch vorhandene Schwachstellen besser erfassen als vor der Weiterbildung.



Die Signifikanzwerte der Kontrollgruppe zeigen dagegen keinen signifikanten Unterschied auf, die ausgewiesenen Mittelwerte weichen im Vorher-Nachher-Vergleich nur gering voneinander ab.

### **Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Einschätzung der Wichtigkeit)**

Diese Skala enthält die gleichen Statements wie die vorherige, die Befragten werden dazu aufgefordert, die Bedeutung dieser Bereiche einzuschätzen.

#### *Signifikanzwerte*

Tabelle 21: Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Einschätzung der Wichtigkeit) - Ergebnisse des Wilcoxon-Tests für die Treatmentgruppe und Kontrollgruppe

	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Treatmentgruppe	17	-1,711	0,087
Kontrollgruppe	14	-1,163	0,245

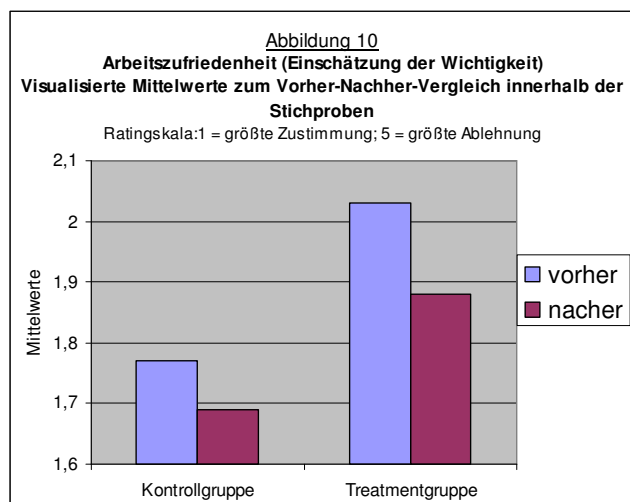
Während auch hier die Werte der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede aufweisen, zeigen die Werte der Treatmentgruppe eine starke Tendenz zu einer signifikanten Veränderung auf ( $p = 0,087$ ).

#### *Mittelwerte*

Der Vergleich der Mittelwerte zeigt, daß die Teilnehmerinnen

der Treatmentgruppe die Bedeutung der aufgeführten Merkmale der Arbeitszufriedenheit nach Abschluß der Weiterbildungsmaßnahme deutlich höher eingeschätzten als vor der Maßnahme.

Die Mittelwerte der Kontrollgruppe weisen nur eine geringe Veränderung in Richtung einer zunehmenden Bedeutung auf.



## 6.1.2 Ergebnisse des Vergleichs zwischen den Stichproben durch den Mann-Withney-Test

Tabelle 22: Übersicht über die Ergebnisse des Mann-Withney-Tests

Ergebnisse des Mann-Withney-Tests (Vorher)				
N = 18				
Skala	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala (Treatment) =	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala (Kontroll)=	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Qualifikatorische Voraussetzungen	18	17	-1,253	0,21
Lernerfordernisse	18	17	-1,2	0,23
Qualifizierungsmöglichkeiten	18	17	-0,53	0,596
Angemessenheit der Qualifikation	18	16	-0,674	0,5
Arbeitszufriedenheit (Einschätzung der Ist-Situation)	17	14	-0,596	0,551
Arbeitszufriedenheit (Einschätzung der Wichtigkeit der jeweiligen Merkmale)	17	14	-1,77	0,077

Ergebnisse des Mann-Withney-Tests (Nachher)				
N = 17				
Skala	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala (Treatment) =	Anzahl der verwendeten Fälle pro Skala (Kontroll) =	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Qualifikatorische Voraussetzungen	18	17	-1,569	0,117
Lernerfordernisse	18	17	-2,344	0,019
Qualifizierungsmöglichkeiten	18	17	-1,952	0,051
Angemessenheit der Qualifikation	18	11	-0,158	0,874
Arbeitszufriedenheit (Einschätzung der Ist-Situation)	18	15	-1,484	0,138
Arbeitszufriedenheit (Einschätzung der Wichtigkeit der jeweiligen Merkmale)	18	16	-2,574	0,01

Der Wert der Skala „Qualifikatorische Voraussetzungen“ weist im Nachher-Vergleich zwischen den Gruppen auf eine schwache Tendenz in Richtung eines signifikanten Unterschieds hin, während die Werte im Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichproben bei beiden untersuchten Gruppen keinerlei Tendenz in Richtung eines signifikanten Unterschieds aufweisen.

Ein hoch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen findet sich nach Abschluß der Weiterbildungsmaßnahmen bei der Skala „Lernerfordernisse“. Die Werte des Vorher-Nachher-Vergleichs innerhalb der Stichproben zeigen keine Hinweise auf einen signifikanten Unterschied bei der Treatmentgruppe aber sie zeigen die Tendenz in Richtung eines signifikanten Unterschieds bei der Kontrollgruppe.

Die Werte der Skala „Qualifizierungsmöglichkeiten“ weisen auf signifikante Unterschiede zwischen der Treatment- und der Kontrollgruppe hin. In diesen beiden Bereichen zeigten die Ergebnisse der Kontrollgruppe im Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Stichprobe eine Tendenz zu einem signifikanten Unterschied, die Ergebnisse der Treatmentgruppe wiesen in diesem Vergleich keine Tendenz in diese Richtung aus.

Die Werte der Skala „Angemessenheit der Qualifikation“ zeigen keinen Hinweis auf einen signifikanten Unterschied zwischen den untersuchten Gruppen. Im Vorher-Nachher-Vergleich innerhalb der Gruppen lassen sich weder bei der Treatment- noch bei der Kontrollgruppe Hinweise auf einen signifikanten Unterschied nachweisen.

Die Werte der Skala „Aspekte der Arbeitszufriedenheit (Ist-Situation)“ weisen im Vorher-Nachher-Vergleich zwischen den Gruppen nach Abschluß der Weiterbildung lediglich eine schwache Tendenz in Richtung einer signifikanten Veränderung auf. Ein Vergleich der Werte des Vorher-Nachher-Vergleichs innerhalb der Stichproben zeigt, daß bei der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede feststellbar waren, die Werte der Treatmentgruppe aber einen signifikanten Unterschied aufzeigten.

Einen hochsignifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigen die Werte der Skala „Aspekte der Arbeitszufriedenheit (Einschätzung der Wichtigkeit)“. Hier hat sich die schon vor der Weiterbildung vorhandene starke Tendenz in Richtung eines signifikanten Unterschieds zwischen den beiden Gruppen deutlich verstärkt. Die Werte des Vorher-Nachher-Vergleichs innerhalb der Stichproben zeigen für diese Skala eine starke Tendenz in Richtung eines signifikanten Unterschieds bei der Treatmentgruppe und keinen Hinweis einer Veränderung in diese Richtung bei der Kontrollgruppe.

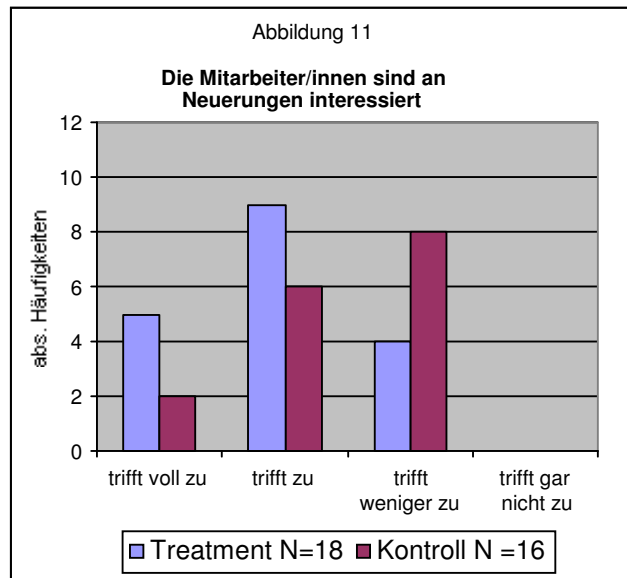
## 6.2 Ergebnisse der Datenerhebung durch den Fragebogen zur Erfassung von Effekten im Funktionsfeld – Nachbefragung in Treatment- und Kontrollgruppe

Der Fragebogen basiert auf Ergebnissen der Gruppenbefragung, die im Rahmen der formativen Evaluation in der Treatmentgruppe durchgeführt wurde. Berücksichtigt wurden nur die Ergebnisse, die den Indikatoren *Motivation von Mitarbeitern* und *team-/bereichsübergreifende Kommunikation/Kooperation* zugeordnet werden können. Aufgrund der fehlenden Standardisierung des Instruments fasse ich die erhobenen Daten als nominalskalierte kategoriale Daten auf. (vgl. Clauß u.a., 1999, S. 12) Vor diesem Hintergrund habe ich mich bei der Auswertung der Befragung gegen den Einsatz eines prüfstatistischen Verfahrens und für eine einfache Auszählung der Häufigkeiten der Nennungen sowie deren Darstellung in Form eines Balkendiagramms entschieden.

Die Diagramme weisen jeweils die ermittelten absoluten Häufigkeiten für die Treatment- und die Kontrollgruppe aus. Sie sind in der Reihenfolge der Fragen aufgeführt. Die im Fragebogen enthaltene Frage nach der Resonanz der Patienten habe ich nicht berücksichtigt, weil sie sich zu sehr auf spezielle Praxisprojekte innerhalb der Treatmentgruppe bezog.

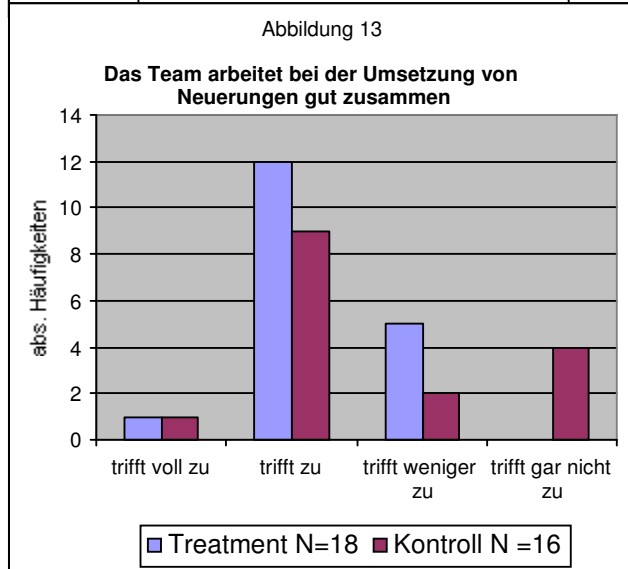
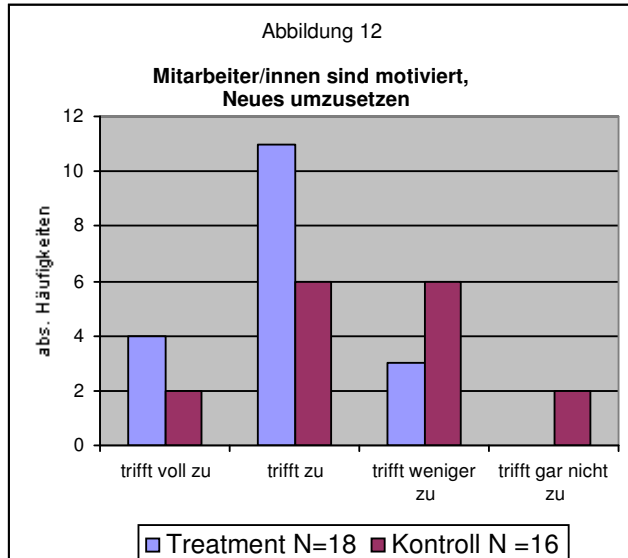
### Motivation der Mitarbeiter

Die positive Motivation der Mitarbeiterinnen, die von den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe nach der Durchführung des ersten Projekts beschrieben wurde, konnte offensichtlich aufrechterhalten werden. Die positive Motivation spiegelt sich sowohl in der Einschätzung des Interesses der Mitarbeiterinnen als auch in der Einschätzung der Motivation, Neuerungen umzusetzen, und der Zusammenarbeit des Teams bei der Umsetzung von Neuerungen wider.



Die Ergebnisse der Kontrollgruppe ergeben dagegen ein weniger klares Bild.

Während noch die Hälfte der Befragten einem Interesse der Mitarbeiterinnen an Neuerungen zustimmt und die Einschätzung „trifft gar nicht zu“ nicht genannt wird, umfassen die Einschätzungen der Motivation der Mitarbeiterinnen, Neuerungen umzusetzen, sowie der Zusammenarbeit des Teams bei der Umsetzung von Neuerungen den gesamten Bereich der Skala.

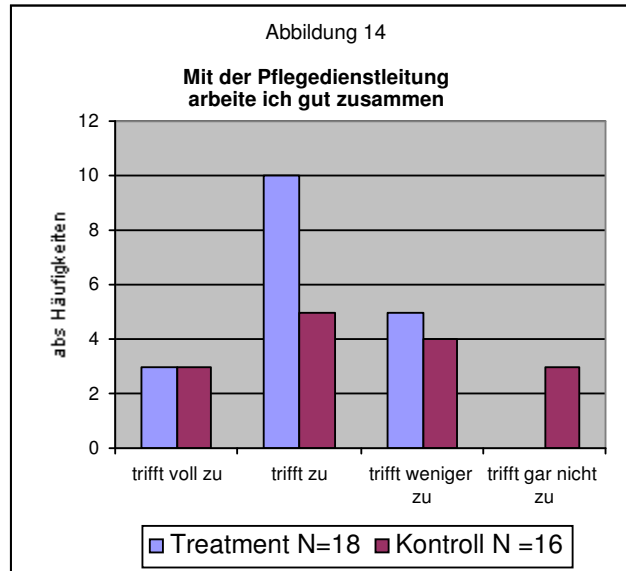


### Die Zusammenarbeit mit den Pflegedienstleitungen

Die Zusammenarbeit mit den Pflegedienstleitungen wird durch die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe überwiegend positiv eingeschätzt. Fünf Teilnehmerinnen schätzen die Zusammenarbeit als weniger gut ein, dreizehn Teilnehmerinnen wählten die Einschätzungen „trifft voll zu“ und „trifft zu“.

Die Einschätzungen der Teilnehmerinnen der

Kontrollgruppe umfassen alle vier Bereiche der Skala, eine eindeutig positive oder negative Einschätzung der Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung erfolgt nicht.

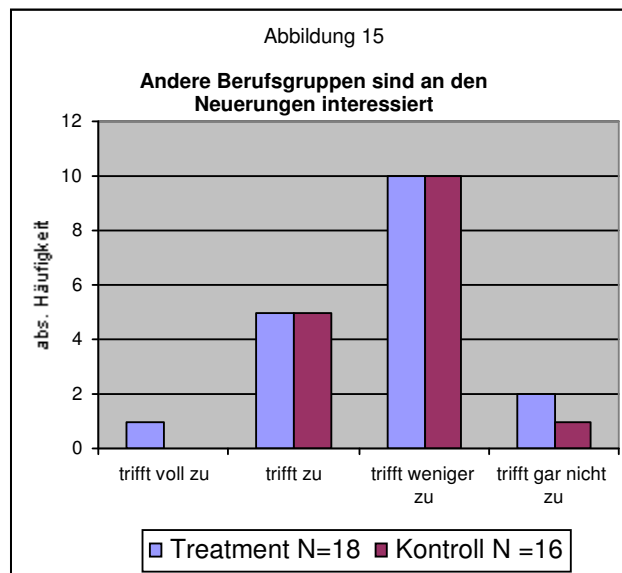


### Das Interesse anderer Berufsgruppen

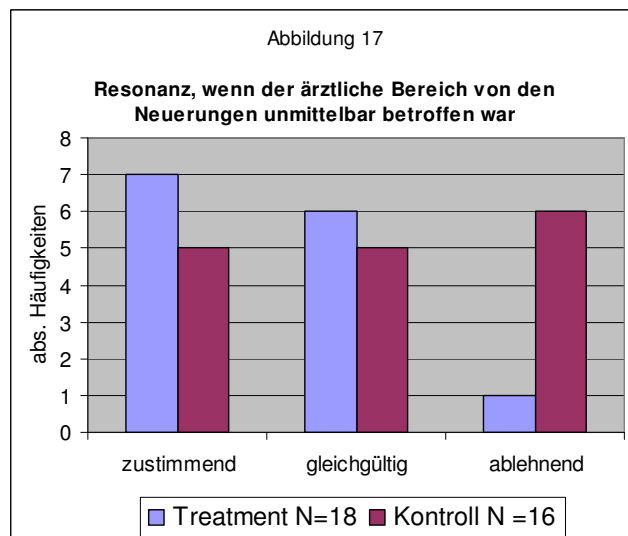
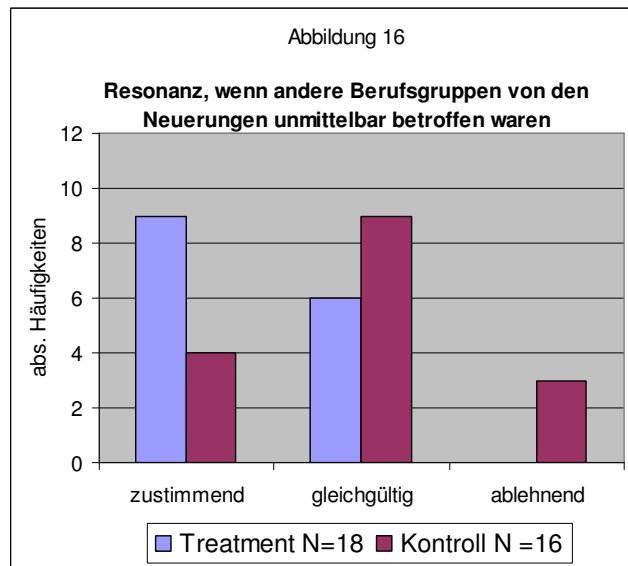
Das Interesse anderer Berufsgruppen an den Neuerungen wird von beiden Gruppen fast gleich eingeschätzt:

Die Einschätzung des Interesses erfolgt über den gesamten Bereich der Skala, die Anzahl der Nennungen ist fast identisch.

Allerdings ändern sich die Einschätzungen, wenn nach der Resonanz anderer Berufsgruppen in den Fällen gefragt wird, in denen diese von den Neuerungen unmittelbar betroffen waren:



Obwohl die Einschätzung des Interesses anderer Berufsgruppen an Neuerungen bei beiden Gruppen weitgehend übereinstimmte, schätzen die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe die Resonanz anderer Berufsgruppen sowie des ärztlichen Bereichs auf die eingeführten Neuerungen als überwiegend positiv ein. Die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe schätzen die Resonanz anderer Berufsgruppen sowie des ärztlichen Bereichs auf Neuerungen als überwiegend gleichgültig bis ablehnend ein.



## 7. Diskussion und Ausblick

Der Entwicklung des Weiterbildungskonzepts für pflegerische Führungskräfte im mittleren Management liegen Anforderungen an Führungshandeln unter den Aspekten von Komplexität und Vernetztheit zugrunde (vgl. Neuberger, 1995 und Ulrich & Probst 1995).

Daraus wird die Annahme abgeleitet, daß eine Weiterbildungsmaßnahme, die Führungskräfte zur Bewältigung komplexer Situationen qualifizieren soll, zwei Anforderungen erfüllen muß:

- Die Vermittlung von theoriegeleitetem leitungsrelevantem Wissen als Voraussetzung zu Analyse, Verstehen und Entwicklung situationsbezogener Innovationen, sowie die Vermittlung relevanter Methoden in organisierten Lehrveranstaltungen
- Den Transfer dieses Wissens in die komplexe Realität des Alltags mit dem Ziel, leitungsrelevantes professionelles Handeln durch die Anwendung des Wissens in Führungssituationen aufzubauen und zu entwickeln.

Im Mittelpunkt des Konzepts steht die Förderung des Transfers von Handlungswissen in die berufliche Praxis durch die Durchführung von Praxisprojekten. Erwartet werden als Folge der Konzeption Veränderungen auf der Subsystemebene der *Interaktionen, Motive, Einstellungen, Informationen, Kenntnisse und Fähigkeiten*. Diese Ebene wird durch die nachfolgenden Indikatoren beschrieben:

- fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten
- Arbeitszufriedenheit
- Kommunikation/Kooperation
- Motivation von Mitarbeitern

In welchem Ausmaß diese Konzeption tatsächlich zu den erwarteten Effekten führt, wird nachfolgend diskutiert.

## 7.1 Diskussion der Ergebnisse

**Fachliche Kenntnisse und Fähigkeiten:** Der Aufbau fachlicher Kenntnisse und Fähigkeiten erfolgt in beiden Gruppen zunächst in der Weise, daß im Lernfeld theoriegeleitetes Wissen und methodisches Wissen als Basis situationsadäquaten Führungshandelns vermittelt wird. Diese Wissensbasis zeigt damit auch die Anforderungen auf, die an ein kompetentes Führungshandeln gestellt werden.

Die Einschätzung, inwieweit für die Durchführung der Tätigkeit „besondere“ bzw. „ausgeprägte“ Kenntnisse und Fähigkeiten („Qualifikatorische Voraussetzungen“) notwendig sind, weist im Vorher-Nachher-Vergleich bei keiner der beiden untersuchten Gruppen auf signifikante Veränderungen hin. Die Ergebnisse des Mittelwertvergleichs zeigen bei beiden Gruppe lediglich eine schwache Tendenz hin zu einer stärkeren Bejahung.

Die Frage, ob diese Einschätzung in einem Zusammenhang mit Weiterbildungsmaßnahmen gesehen werden kann oder ob andere Faktoren wirksam sind, kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht beantwortet werden. (Diese Faktoren könnten z.B. sein: die Formulierung „besondere“ und „ausgeprägte“ Kenntnisse und Fähigkeiten in den Statements der Skala, eher organisationsbezogene Faktoren, wie sie eine klare Eingrenzung von Tätigkeiten und Aufgaben darstellen usw.)

Der Notwendigkeit einer ständigen Erweiterung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten („Lernerfordernisse“) stimmen die Teilnehmerinnen beider Gruppen schon vor Beginn der Weiterbildungsmaßnahme in einem hohen Maß zu.

Allerdings ist bei den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe nur eine schwache Tendenz in Richtung einer stärkeren Bejahung nachzuweisen.

Bei der Kontrollgruppe zeigen die Ergebnisse des Vorher-Nachher-Vergleichs (Tendenz zu einer signifikanten Veränderung) in Verbindung mit den Mittelwerten, daß die Teilnehmerinnen die Notwendigkeit, die eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten ständig zu erweitern (Skala „Lernerfordernisse“), nach Abschluß der Weiterbildungsmaßnahme deutlich stärker bejahen als vorher.

Möglicherweise ist für die Einschätzung der Notwendigkeit einer ständigen Erweiterung der eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten neben der Weiterbildung auch die Erfahrung, die Führungskräfte in der Bewältigung von Führungssituationen haben, von Bedeutung:

Folgt man dem fünfstufigen Modell der Kompetenzentwicklung vom Novizen zum Experten, das Benner in Anlehnung an Dreyfuß & Dreyfuß (1980) und Dreyfuß (1982) entwickelt hat, dann erfolgt Kompetenzentwicklung durch die Verbindung von Wissen, der Anwendung von Wissen in relevanten Situationen und den Erfahrungen, die mit der Anwendung dieses Wissens zur Situationsbewältigung gemacht werden. Die Entwicklung von Kompetenz steht nach diesem Modell in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der zunehmenden Erfahrung in der Bewältigung relevanter Situationen und umfaßt damit auch eine zeitliche Dimension. (vgl. Benner, 1994, S. 35 ff.) Es kann davon ausgegangen werden, daß Führungskräfte, die schon länger in dieser Funktion sind, über ein höheres Maß an Wissen zur Situationsbewältigung verfügen. Dieses Wissen setzt sich einerseits aus praxisbezogenen leitungsrelevanten Kenntnissen und methodischen Fähigkeiten zusammen. Andererseits hat die institutionalisierte Weiterbildung von Führungskräften im mittleren Management einen hohen Stellenwert in Krankenhäusern und anderen stationären Einrichtungen bekommen, so daß davon ausgegangen werden kann, daß Führungskräfte, die schon länger in dieser Funktion sind, jeweils themenspezifisches theoretisches und methodisches Wissen z.B. in Seminaren vermittelt bekamen.

Ein Vergleich der durchschnittlichen Dauer der Leitungstätigkeit beider Untersuchungsgruppen zeigt, daß die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe über eine (im Durchschnitt) längere Leitungserfahrung verfügen, als die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe. (siehe Tabelle „Beschreibung der Stichproben“)

Es kann daher vermutet werden, daß die größere Zustimmung durch die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe auch ein Ausdruck dafür ist, daß sie aufgrund ihrer geringeren Leitungserfahrung über ein geringeres leitungsrelevantes Handlungswissen verfügen und daß deshalb der Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten als Grundlage einer kompetenten Situationsbewältigung noch stärker im Vordergrund steht als bei den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe.

Ähnliches kann für die Einschätzung der Qualifizierungsmöglichkeiten innerhalb der Tätigkeit „über die Anforderungen der Station hinaus“ angenommen werden.

Die Möglichkeit, Qualifikationen innerhalb der Tätigkeiten aufbauen zu können, kann bei den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe zu einem Teil der Leitungserfahrung geworden sein.

Die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe konnten dagegen durch die geringere Leitungserfahrung weniger praxisbezogene Fähigkeiten und Kenntnisse innerhalb der Tätigkeit erwerben, bzw. noch nicht ein ausreichendes Maß an Routine in ihrer Anwendung aufbauen. Die Notwendigkeit, die eigenen Qualifikationen ständig zu

erweitern, sowie die Möglichkeit, dies auch innerhalb der Tätigkeit zu können, wird möglicherweise noch stärker wahrgenommen.

Inwieweit die Formulierung „über die Anforderungen der Station hinaus“ die Einschätzung beeinflusst hat, müßte genauer überprüft werden. Die Erfahrung zeigt aber, daß Stationsleitungen mit einer geringeren Leitungserfahrung in einem höheren Maß ihre Prioritäten auf pflegebezogene Aufgaben setzen und erst in zweiter Linie auf Managementaufgaben. Ein häufiger Grund sind Probleme in der Rollendefinition, vor allem dann, wenn die neue Funktion die Folge eines Aufstiegs aus dem eigenen Team heraus war. Es kann vermutet werden, daß die Formulierung „über die Anforderungen der Station hinaus“ in Verbindung mit den neuen Rollenanforderungen wahrgenommen wird.

Inwieweit die ermittelten Effekte als eine Folge der Erfahrung in der Situationsbewältigung oder der Weiterbildungskonzeption oder noch anderer Faktoren betrachtet werden können, müßte noch genauer überprüft werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung lassen aufgrund der empirischen Gegebenheiten und der damit verbundenen Datenlage eine Beantwortung dieser Frage nicht zu.

Die Ergebnisse der Skala zur Einschätzung der Angemessenheit der Qualifikation weisen im Vorher-Nachher-Vergleich bei beiden Gruppen keine signifikante Veränderung und keine Tendenz in diese Richtung auf.

Ein Vergleich der Mittelwerte weist aber auf deutliche Unterschiede in der Vorher-Nachher-Einschätzung hin:

Die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe haben vor der Durchführung der Weiterbildungsmaßnahme die Angemessenheit ihrer Qualifikation deutlicher bejaht, als die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe. Nach dem Abschluß der Weiterbildungsmaßnahme haben die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe die Angemessenheit ihrer Qualifikation stärker verneint als vor der Weiterbildung. Die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe haben dagegen die Angemessenheit ihrer Qualifikation nach dem Abschluß der Weiterbildung stärker als vorher bejaht.

Vermutet werden kann, daß in der Kontrollgruppe zwar leitungsrelevantes theoretisches und methodisches Wissen vermittelt wurde, das bei den Teilnehmerinnen zu einer Vorstellung von Leitungshandeln führte, dieses Wissen aber als nicht umsetzbar bewertet oder die Umsetzung als eher problematisch erlebt wurde. (Dafür kann auch sprechen, daß nur 11 Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe

die Statements so beantworteten, daß ausreichend Daten für eine Auswertung zur Verfügung standen.)

Die Mittelwerte der Treatmentgruppe zeigen dagegen nach Abschluß der Weiterbildung eine größere Zustimmung auf als vorher. Diese höhere Zustimmung nach Abschluß der Weiterbildung kann darauf hinweisen, daß durch die gezielte Anwendung des Handlungswissens, wie sie durch die Umsetzung der Praxisprojekte im Funktionsfeld erfolgte, die aufgebauten und erweiterten Kenntnisse und Fähigkeiten als umsetzbar erlebt und daher im beruflichen Alltag eingesetzt werden.

**Arbeitszufriedenheit** : Die Aspekte der Arbeitszufriedenheit sollten hinsichtlich der Ist-Situation in der jeweiligen Einrichtung und im Hinblick auf ihre grundsätzliche Wichtigkeit eingeschätzt werden

Bei der Einschätzung der Ist-Situation weisen die Werte der Treatmentgruppe im Vorher-Nachher-Vergleich signifikante Veränderungen in der Einschätzung auf. Obwohl der Mittelwert des Vorher-Vergleichs bei der Treatmentgruppe schon auf eine kritische Einschätzung der Ist-Situation hinweist, zeigt der Mittelwert nach Abschluß der Weiterbildung, daß sich diese Tendenz noch weiter verstärkt hat.

Der Mittelwertvergleich kann darauf hinweisen, daß die Teilnehmerinnen nach Abschluß der Weiterbildung noch besser als vor der Weiterbildung vorhandene Schwachstellen erkannten.

In diesem Zusammenhang ist zu sehen, daß die Aspekte der Arbeitszufriedenheit von den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe nach Abschluß der Weiterbildung als bedeutend wichtiger eingeschätzt werden, als dies vor der Weiterbildung der Fall war. Da die Aspekte der Arbeitszufriedenheit im Wesentlichen dem Bereich Kommunikation /Kooperation zugeordnet werden können, kann davon ausgegangen werden, daß Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe die Ist-Situation und die Wichtigkeit auch dieses Indikators nach Abschluß der Weiterbildungsmaßnahme besser erfassen können. Diese Annahme wird durch die Ergebnisse der formativen Evaluation und der abschließenden Befragung bestätigt, bei der vor allem Aspekte der Kommunikation und der Kooperation erfaßt wurden.

Die Werte der Kontrollgruppe weisen weder bei der Einschätzung der Ist-Situation noch bei der Einschätzung der Wichtigkeit auf signifikante Veränderungen hin. Die Mittelwerte zeigen kaum Unterschiede zwischen der Einschätzung der Ist-Situation

vorher und nachher, die Mittelwerte der Einschätzung der Wichtigkeit der Merkmale der Arbeitszufriedenheit weisen auf eine geringfügig höhere Einschätzung der Wichtigkeit hin.

Eine Voraussetzung zur Bewertung einer Ist-Situation ist die Fähigkeit, Situationen zu analysieren, in einen übergeordneten Kontext zu setzen und in Bezug darauf bewerten zu können. Eine Ist-Analyse stellt immer auch eine Schwachstellenanalyse dar, die in Verbindung mit theoretischem Wissen und Methodenkenntnissen eine der Voraussetzungen für situationsadäquates Handeln ist.

Davon hängen auch die Einschätzung und die Entscheidung ab, welche kontextrelevanten Faktoren wichtig sind, um in einer Situation adäquat handeln zu können.

Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß diese Fähigkeiten durch eine Konzeption, die unter Berücksichtigung konstruktivistischer und handlungstheoretischer Elemente Aspekte der Komplexität und Vernetztheit umfassend einbezieht, besonders gut aufgebaut werden.

Vermutet werden kann, daß hierbei die Umsetzung der Praxisprojekte im Funktionsfeld, durch die die vorhandenen Schwachstellen bei den aufgeführten Merkmalen der Arbeitszufriedenheit sowie deren Bedeutung für die Umsetzung von Neuerungen unmittelbar erfahren werden, ein wichtiger Faktor ist.

**Kommunikation/Kooperation:** Unmittelbare Aussagen zur Veränderung dieses Indikators können nicht getroffen werden, weil er nicht isoliert überprüft wurde. Aspekte der Kommunikation/Kooperation sind aber als wesentliche Merkmale im Verfahren „Aspekte der Arbeitszufriedenheit“ aufgeführt. Darüber hinaus werden sie von den Lehrgangsteilnehmerinnen der Treatmentgruppe in der formativen Evaluation als wesentliche Motivationsfaktoren genannt.

Es lassen sich daher zur Kommunikation/Kooperation eher Aussagen aus den Ergebnissen der formativen Evaluation und der abschließenden Befragung als aus den Ergebnissen des Vorher-Nachher-Vergleichs ableiten:

Die Ergebnisse der formativen Evaluation zeigten, daß die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe Handlungswissen eingesetzt haben, das den Bereichen Kommunikation / Kooperation zugeordnet werden kann. Im Vordergrund stand dabei das Vorgehen „Transparenz schaffen durch Beteiligung und Information“, das sowohl gegenüber Mitarbeitern, Angehörigen anderer Berufsgruppen als auch Vorgesetzten eingesetzt wurde.

Die Ergebnisse lassen den Schluß zu, daß nicht nur das notwendige Handlungswissen im Lernfeld aufgebaut und einmalig im Kontext der Praxisprojekte in die Praxis transferiert wurde. Vielmehr hat sich das aufgebaute Handlungswissen durch die weiteren Praxisprojekte verfestigt.

Darauf weisen die Ergebnisse der abschließenden Befragung hin:

Die Mitarbeiterinnen konnten nicht nur für Neuerungen interessiert werden. Sie waren darüber hinaus in einem hohen Maß motiviert, Neuerungen umzusetzen und bei der Umsetzung dieser Neuerungen gut zusammen zu arbeiten.

Die Notwendigkeit, während der Praxisprojekte nicht nur Mitarbeiterinnen sondern auch Vorgesetzte einzubeziehen bzw. ihnen gegenüber Projektziele und –inhalte zu vertreten und abzusprechen, führte offensichtlich nicht nur zu einer situationsbezogenen Beratung und Unterstützung der Teilnehmerinnen durch die Pflegedienstleitungen. In der Mehrzahl der Fälle hat sich die grundsätzliche Zusammenarbeit zwischen Pflegedienstleitung und Stationsleitung verbessert.

Offensichtlich ist es den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe gelungen, Angehörige anderer Berufsgruppen in einer Weise einzubeziehen, die dazu geführt hat, die Veränderungen, die in Folge der Praxisprojekte auftraten, zu akzeptieren und zu unterstützen.

Das trifft auch dann zu, wenn nur der ärztliche Bereich betrachtet wird. Die Ergebnisse lassen hier wie auch im Bereich der Motivation der Mitarbeiterinnen den Schluß zu, daß Handlungswissen aus dem Bereich Kommunikation/Kooperation aufgebaut und jeweils situationsadäquat umgesetzt wurde.

Die Ergebnisse der abschließenden Befragung bei der Kontrollgruppe weisen darauf hin, daß der Transfer und die Anwendung von Aspekten der Kommunikation und Kooperation im Funktionsfeld nur zufällig erfolgte.

**Motivation der Mitarbeiter:** Die Förderung der Motivation der Mitarbeiterinnen wurde nur durch die abschließende Befragung überprüft. Die Ergebnisse zeigen, daß es den Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe in einem hohen Maß gelungen ist, Mitarbeiterinnen nicht nur für die Neuerungen zu interessieren und sie zu motivieren, diese Neuerungen umzusetzen. Darüber hinaus wird auch die Zusammenarbeit bei der Umsetzung überwiegend positiv bewertet.

Die Ergebnisse der Kontrollgruppe zeigen, daß das generelle Interesse der Mitarbeiterinnen an Neuerungen noch von der Hälfte der Teilnehmerinnen positiv eingeschätzt wurde. Die Mitarbeiterinnen zu motivieren, diese Neuerungen auch umzusetzen bzw. bei der Umsetzung gut zusammenzuarbeiten, ist den Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe offensichtlich nur wenig gelungen. Ein Grund kann sein, daß das im Lernfeld aufgebaute Handlungswissen zwar vorhanden ist, dieses aber nicht an die komplexe Realität des beruflichen Alltags adaptiert werden konnte.

Von Bedeutung kann sein, daß die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe die im Lernfeld aufgebauten Handlungskompetenzen aus dem Bereich Kommunikation /Kooperation im Rahmen der Praxisprojekte gezielt im beruflichen Alltag einsetzen mußten. Die ersten positiven Erfahrungen bezüglich der Auswirkungen auf die Motivation der Mitarbeiterinnen, die die Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe nach der Umsetzung der ersten Praxisprojekte gemacht hatten, haben offensichtlich dazu geführt, daß diese Handlungskompetenzen auch weiterhin erfolgreich in die Praxis transferiert und sinnvoll angewendet wurden.

Dies wird durch Rückmeldungen durch Vorgesetzte der Teilnehmerinnen der Treatmentgruppe erhärtet die berichteten, daß in den meisten Fällen die in den Praxisprojekten begonnenen strukturellen Veränderungen im Funktionsfeld beibehalten bzw. weiterentwickelt wurden.

## **7.2 Ausblick**

Aus den Ergebnissen kann folgendes Fazit gezogen werden:

Kenntnisse und Fähigkeiten konnten auch durch das Lehrgangskonzept der Kontrollgruppe, das weitgehend auf die Vermittlung von theoriegeleiteten Inhalten und Methodenwissen im Lernfeld ausgerichtet ist, gut vermittelt werden. Als weniger geeignet erweist sich dieses Konzept für den Transfer des Gelernten in den beruflichen Alltag und daran anschließendes situationsadäquates Handeln: Ob das aufgebaute Führungshandeln in den beruflichen Alltag transferiert wird, hängt aber offensichtlich davon ab, ob den Teilnehmerinnen die Transferaufgabe implizit angetragen wird, und wie sie bei der Durchführung unterstützt werden. Werden Teilnehmerinnen mit dieser Aufgabe „alleine gelassen“, gelingt der Transfer nach den vorliegenden Ergebnissen kaum.

Besser geeignet ist hier das Konzept der Treatmentgruppe, nach dem im Lernfeld vermitteltes theoriegeleitetes und methodisches Wissen durch die Praxisprojekte im

Funktionsfeld umgesetzt werden muß. Die Praxisprojekte stellen eine explizite Transferaufgabe dar, die im Lernfeld umfassend vorbereitet und im Sinne einer Beratung durch Dozenten begleitet wird (vgl. Teil II, Lehrgangskonzept).

Der Bereich Kommunikation/Kooperation wird als ein besonders wichtiger Bereich des Leitungshandelns zur Bewältigung komplexer Situationen angesehen (vgl. Anforderungen an Führungskräfte, Expertenbefragung, formative Evaluation). Die Ergebnisse dieser Evaluationsstudie zeigen, daß eine Vermittlung relevanten Wissens und relevanter Methoden zur Kommunikation /Kooperation im Lernfeld kaum dazu geführt hat, diesen Teil des Leitungshandelns so zu transferieren, daß komplexe Situationen, wie sie die Motivation von Mitarbeiterinnen und die berufsgruppeninterne und –übergreifende Zusammenarbeit darstellen, adäquat bewältigt werden konnten. Die Ergebnisse verdeutlichen, wie wichtig eine gezielte Förderung des Lerntransfers gerade für diesen Bereich des Leitungshandelns ist: Die Auseinandersetzung mit der komplexen Berufssituation im Rahmen der Praxisprojekte fördert und verfestigt den Aufbau einer umfassenden Handlungskompetenz und deren Integration in das eigene berufliche Handeln besser als dies bei einer ausschließlichen Vermittlung relevanter theoretischer und methodischer Kenntnisse und Fähigkeiten im Lernfeld der Fall sein kann.

Offensichtlich eignen sich die Praxisprojekte in besonderer Weise, diese Zielsetzung zu unterstützen.

Aufgrund der Untersuchungsergebnisse kann davon ausgegangen werden, daß der Transfer von Weiterbildungsinhalten durch die Lehrgangskonzeption auf der Grundlage konstruktivistischer Ansätze der Erwachsenenbildung und handlungstheoretischer Elemente mit dem Schwerpunkt der Praxisprojekte gefördert und verfestigt wurde.

Es kann daher behauptet werden, daß aus den Ergebnissen Planungs- und Entscheidungshilfen für solche Weiterbildungsmaßnahmen abgeleitet werden können, bei denen Handlungskompetenzen zur Bewältigung komplexer Situationen aufgebaut und erweitert werden sollen.

**Literaturverzeichnis**

- Aebli, H. 1993  
Denken: Das Ordnen des Tuns, Bd. 1. Kognitive Aspekte der Handlungstheorie  
2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta
- Alisch, L.M., u.a. (hrsg.) 1990  
Professionswissen und Professionalisierung  
Braunschweig: Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialwissenschaft, Hrsg: Prof Dr. Lutz Rössner:
- Amann, A.: 1993  
Rationalität und das fraglos Gegebene – auf den Spuren von Weber, Schütz und Parsons.  
In: Bäumer. A. & Benedikt, M. (Hrsg.): Gelehrtenrepublik – Lebenswelt: Edmund Husserl und Alfred Schütz in der Krisis der phänomenologischen Bewegung  
Wien: Passagen-Verlag
- Arnold, M.: 1993  
Die Rolle des Akutkrankenhauses im Versorgungssystem der Zukunft,  
In: Badura. B, Feuerstein, G., Schott, T.(Hrsg.), 1993  
Weinheim München: Juventa-Verlag
- Arnold, R.: 1994  
Weiterbildung und Beruf  
In: Tippelt, R. Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung,  
Opladen: Leske+Budrich
- Arnold, R. u. Krämer-Stürzl, A.: 1995  
Zugänge und Methoden zur Evaluation von Weiterbildung  
In: Feuchthofen, J.E. u. Severing (Hrsg.)1995  
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung,  
Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand
- Arnold, R.: 1995  
Betriebliche Weiterbildung: Selbstorganisation- Unternehmenskultur-  
Schlüsselqualifikationen, 2. Aufl.  
Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren
- Arnold, R.: 1997  
Betriebspädagogik  
2. überarb. und erw. Aufl.  
Berlin: Schmidt
- Arnold, R. u. Siebert, H.: 1997  
Konstruktivistische Erwachsenenbildung: von der Deutung zur  
Konstruktion von Wirklichkeit, 2. Aufl.  
Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren

- Arnold, R., 1999  
Schlüsselqualifikationen aus berufspädagogischer Sicht  
In: Arnold, R., Müller, H.-J. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung  
Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren,
- Badura, B., 1993  
Systemgestaltung im Gesundheitswesen : das Beispiel Krankenhaus  
In: Badura, B, Feuerstein, G., Schott, T.(Hrsg.), 1993  
Weinheim, München: Juventa-Verlag
- Battmann, W.& Schönpflug, W. 1999  
Bewältigung von Streß in Organisationen  
In: Sonntag, KH. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage  
Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Barz, H., Tippelt, R.1994  
Lebenswelt, Lebenslage, Lebensstil und Erwachsenenbildung  
In: Tippelt, R. Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung,  
Opladen: Leske+Budrich
- Bartholomeyczik, S. 1993  
Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus  
In: Badura, B, Feuerstein, G., Schott, T.(Hrsg.), 1993  
Weinheim, München: Juventa-Verlag
- Bellabarba, J. & Schnappauf, D. (Hrsg.) 1996  
Organisationsentwicklung im Krankenhaus  
Göttingen, Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie
- Benner, P. 1995  
Stufen zur Pflegekonferenz  
Bern, Göttingen, Baltimore
- Berger, P. & Luckmann, T.: 1987  
Gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit  
Frankfurt a. Main: Fischer Taschenbuchverlag GmbH
- Bergmann, B., Sonntag, KH. 1999  
Transfer: Die Umsetzung und Generalisierung erworbener Kompetenzen in den Arbeitsalltag  
In: Sonntag, KH. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage  
Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Borsi, G.: 1995  
Das Krankenhaus als lernende Organisation, 2. Aufl.  
Heidelberg: Asanger
- Borsi, G. u. Schröck, R.: 1995  
Pflegermanagement im Wandel: Perspektiven und Kontroversen,  
Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg, New York

- Bortz, J. & Döring, N. 1995  
Forschungsmethoden und Evaluation, 2. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl.  
Berlin; Heidelberg; New York: Springer
- Bühl, A. & Zöfel, P. 1999  
SPSS Version 8 : Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows  
Bonn: Addison-Wesley-Longman
- Büssing, A.: 1993  
Analyse von Qualifikationsanforderungen in der Krankenpflege  
In: Badura, B, Feuerstein, G., Schott, T.(Hrsg.), 1993  
Weinheim, München: Juventa-Verlag
- Büssing, A. & Glaser, J.: 1997  
Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus (TAA-KH )  
Erscheint in Dunckel, H. (Hrsg.): Handbuch psychologischer Arbeitsverfahren.
- Capra, F.: 1991  
Wendezeit  
20. Aufl.  
Bern, München, Wien: Scherz
- Clauß, G. u.a.: 1999  
Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner  
3. überarb. und erw. Aufl.  
Frankfurt a. Main: Deutsch
- Crozier, M.: 1968  
Der bürokratische Circulus vitiosus und das Problem des Wandels  
In: Mayntz, R.: 1968: Bürokratische Organisation,  
Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft, 1998:  
Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung im Gesundheitswesen  
Hrsg: Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Düsseldorf
- Dewe, B. & Otto H.-U.: 1987  
Professionalisierung  
In: Eyferth, H. u.a. (hrsg): Handbuch zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik  
Neuwied, Darmstadt: Luchterhand
- Dörig, R. 1999  
Schlüsselqualifikation aus kognitionspsychologischer Sicht  
In: Arnold, R., Müller, H.-J. (Hrsg): Kompetenzentwicklung durch Schlüsselqualifizierung  
Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren

- Eberle, T. S.: 1993  
Schütz' Lebensweltanalyse: Soziologie oder Protozoziologie  
In: Bäumer, A. & Benedikt, M. (Hrsg.): Gelehrtenrepublik – Lebenswelt:  
Edmund Husserl und Alfred Schütz in der Krisis der  
phänomenologischen Bewegung  
Wien: Passagen-Verlag
- Eckstein, P.P. 1999  
Angewandte Statistik mit SPSS: praktische Einführung für  
Wirtschaftswissenschaftler  
2. vollst. überarb. und erw. Auflage  
Wiesbaden: Gabler
- Feuchthofen, J.E. u. Severing (hrsg.) 1995  
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der  
Weiterbildung,  
Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand
- Fleck, L. 1980  
Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache :  
Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv  
1. Aufl.  
Frankfurt a. Main: Suhrkamp
- Flierl, H., 1992:  
Freie und öffentliche Wohlfahrtspflege,  
2. Überarbeitete Auflage,  
S. 125 - 127  
München: Jehle
- French, W.L. & Bell jr, C.H.: 1990  
Organisationsentwicklung, 3. Aufl.  
Bern, Stuttgart: Haupt
- Fuchs, W. u.a. : 1988  
Lexikon zur Soziologie  
2. verbesserte und erweiterte Aufl.  
Opladen: Westdeutscher Verlag
- Gaugler, E.: 1994  
Inhalt und Funktionen Betriebswirtschaftlicher Schlüsselqualifikationen  
In: Konegen-Grenier, C. & Schlauffke, W. (hrsg): Praxisbezug und  
soziale Kompetenz: Hochschule und Wirtschaft im Dialog / (hrsg. vom  
Institut der deutschen Wirtschaft Köln)  
Köln: Deutscher Instituts-Verlag GmbH
- Geißler, H.: 1995  
Grundlagen des Organisationslernens, 2. durchgesehene Aufl  
Weinheim: Deutscher Studien Verlag
- Gerstenmaier, J. & Henninger, M., 1997  
Konstruktivistische Perspektiven in der Weiterbildung  
In: Gruber, H. & Renkl., A. (Hrsg.): Wege zum Können: Determinanten  
des Kompetenzerwerbs  
Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

- Gouldner, A. W. 1968  
 "Disziplinäre" und "repräsentative" Bürokratie  
 In: Mayntz, R.: 1968: Bürokratische Organisation,  
 Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch
- Grossmann, R.: 1993  
 Leitungsfunktion und Organisationsentwicklung im Krankenhaus  
 In: Badura, B, Feuerstein, G., Schott, T.(Hrsg.), 1993  
 Weinheim, München: Juventa-Verlag
- Grunwald, A.: 1987  
 Betriebliche Bildungsarbeit als Instrument der Organisationsentwicklung  
 Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH
- Gukenbiehl, H.-L.: 1980  
 Formelle und informelle Gruppe als Grundform sozialer Strukturbildung  
 In: Schäfers, B.: Einführung in die Gruppensoziologie  
 Heidelberg: Quelle und Meyer
- Hebb, D.O.: 1975  
 Einführung in die moderne Psychologie  
 3. völlig überarbeitete Auflage  
 Weinheim, Basel: Beltz
- Heeg, F.-J. & Münch, J (Hrsg.) 1993  
 Handbuch Personal- und Organisationsentwicklung, 1. Aufl.  
 Stuttgart, Dresden: Klett
- Huschke – Rhein, R 1992  
 Systemtheorien für die Pädagogik: Umriss einer neuen Pädagogik  
 2. verb. und veränd. Aufl., ( Bd. 3 der Reihe Systemisch-ökologische  
 Pädagogik, Hrsg.: Huschke – Rhein, R. )  
 Köln: Rhein-Verlag
- Huschke – Rhein, R. 1994  
 Zur Praxisrelevanz der Systemtheorien  
 2. verb. und veränd. Aufl. ., ( Bd. 3 der Reihe Systemisch-ökologische  
 Pädagogik, Hrsg.: Huschke – Rhein, R. )  
 Köln: Rhein-Verlag
- Kade, S.: 1994  
 Methoden und Ergebnisse der qualitativ-hermeneutisch orientierten  
 Erwachsenenbildungsforschung  
 In: Tippelt, R. (hrsg.): Handbuch der Erwachsenenbildung/Weiterbildung  
 Opladen: Leske+Budrich
- Klafki, W. u.a.: 1986  
 Erziehungswissenschaften, Bd 2  
 S. 41 - 78  
 Frankfurt a. Main: Fischer Taschenbuch Verlag#

- Konegen-Grenier, C. & Kalka, A.M.: 1994  
 Wege zur Vermittlung von Schlüsselqualifikationen  
 In: Konegen-Grenier, C. & Schläffke, W. (Hrsg.): Praxisbezug und soziale Kompetenz: Hochschule und Wirtschaft im Dialog / (Hrsg. vom Institut der deutschen Wirtschaft Köln)  
 Köln: Deutscher Instituts-Verlag GmbH
- Kraak, B.: 1991  
 Der riskante Weg von der Information zum Wissen  
 Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- Krapp, A., Weidenmann, B. 1999  
 Entwicklungsförderliche Gestaltung von Lernprozessen – Beiträge zur Pädagogischen Psychologie.  
 In: Sonntag, KH. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen, 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage  
 Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Lamnek, S. 1995  
 Qualitative Sozialforschung, Bd. 1 Methodologie, 3. Korrigierte Auflage  
 Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion
- Lamnek, S. 1995 (a)  
 Qualitative Sozialforschung, Bd. 2 Methoden und Techniken, 3. Korrigierte Auflage  
 Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion
- Langosch, I.: 1993  
 Weiterbildung: Planen, Gestalten, Kontrollieren  
 Stuttgart: Enke
- Lantermann, E.D.: 1980  
 Interaktion – Person, Situation und Handlung  
 München: Urban und Schwarzenberg
- Lemke, St. G.: 1995  
 Transfermanagement,  
 Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie
- Luhmann, N.: 1968  
 Die Programmierung von Entscheidungen und das Problem der Flexibilität  
 In: Mayntz, R.: 1968: Bürokratische Organisation,  
 Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch
- Mader, W.: 1991  
 Zur psychologischen Bestimmung von Teilnehmerorientierung und Lebensweltorientierung in der Weiterbildung  
 In: Mader, W. u.a.: Zehn Jahre Erwachsenenbildungswissenschaft  
 Bad Heilbrunn/Obb: Klinkhardt

- Mader, W.: 1992  
 Der Beitrag der Sozialwissenschaften für eine Didaktik der  
 Erwachsenenbildung  
 In : Bibliothek für Erwachsenenbildung Band 2, zusammengestellt von  
 Tietgens, H. Studienbibliothek für Erwachsenenbildung,  
 Frankfurt (Main): Pädagogische Arbeitsstelle Deutscher  
 Volkshochschulverband
- Mandl u.a., 1992:  
 Das Problem des Lerntransfers in der betrieblichen Weiterbildung,  
 In: Unterrichtswissenschaft, Zeitschrift für Lernforschung, 20.  
 Jahrgang/Heft 2/1992, S. 126 ff)
- Mayntz, R. u.a.1978  
 Einführung in die Methoden der empirischen Sozialforschung  
 5. Aufl.  
 Opladen: Westdeutscher Verlag
- Mentzel, W.: 1997  
 Unternehmenssicherung durch Personalentwicklung  
 7. aktualisierte Aufl. ,  
 Freiburg i. Breisgau: Haufe
- Miebach, B.: 1991  
 Soziologische Handlungstheorie  
 Opladen: Westdeutscher Verlag
- Mikl-Horke, G.: 1989  
 Soziologie,  
 S. 275 - 294  
 München, Wien: Oldenbourg
- Neuberger, O., 1994:  
 Personalentwicklung ,  
 Stuttgart:Enke
- Neuberger, O. 1995  
 Führen und geführt werden, 5. Aufl.  
 Stuttgart: Enke
- Nuissl, E. : 1992:  
 Bildungszeit. Die Entstehung einer Bildungszeit zwischen Arbeitszeit  
 und Freizeit.  
 In: Faulstich, P u.a.: Weiterbildung für die 90er Jahre, Gutachten über  
 zukunftsorientierte Angebote , Organisationsformen und Institutionen,  
 Weinheim, München: Juventa-Verlag
- Orendi, B.: 1993  
 Veränderung der Arbeitssituation im Krankenhaus: Systemisch denken  
 und handeln  
 In: Badura. B, Feuerstein, G., Schott, T.(Hrsg.), 1993  
 Weinheim, München: Juventa-Verlag

- Piaget, J.: 1983  
Meine Theorie der geistigen Entwicklung  
Hamburg: Fischer Taschenbuch Verlag
- Prenzel, M.: 1997  
Sechs Möglichkeiten, Lernende zu demotivieren  
In: Gruber, H. & Renkl., A. (Hrsg.): Determinanten des  
Kompetenzerwerbs  
Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- v. Rosenstiel, L. 1999  
Entwicklung von Werthaltungen und interpersonaler Kompetenz –  
Beiträge der Sozialpsychologie  
In: Sonntag, KH. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen,  
2. Überarbeitete und erweiterte Auflage  
Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Röhrig, P.:1994  
Der bildungstheoretische Ansatz in der Erwachsenenbildung  
In: Tippelt, R. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung,  
Opladen: Leske + Budrich
- Schermer, F.-J.: 1991  
Lernen und Gedächtnis  
Stuttgart: Kohlhammer
- Schiefele, U. & Schiefele, H.: 1997  
Motivationale Orientierungen und Prozesse des Wissenserwerbs  
In: Gruber, H. & Renkl., A. (Hrsg.): Determinaten des  
Kompetenzerwerbs  
Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Schiersmann, CH.: 1994  
Zielgruppenforschung  
In: Tippelt, R. (hrsg): Handbuch Erwachsenenbildung / Weiterbildung  
Opladen: Leske+Budrich
- Schwendenwein, W.: 1990  
Profession – Professionalisierung – Professionelles Handeln  
In: Alisch, L.M., u.a. (hrsg.) 1990  
Professionswissen und Professionalisierung  
Braunschweig: Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und  
Sozialwissenschaft, Bd. 28
- Schwarz, P.: 1992  
Management in Nonprofit Organisationen,  
Bern, Stuttgart, Wien: HAupt
- Schreyögg, A.: 1991  
Supervision - ein integratives Modell  
S. 149 - 194  
Paderborn: Jungfermann

- Scott, R. W.: 1968  
Konflikte zwischen Spezialisten und bürokratischen Organisationen  
In: Mayntz, R.: 1968: Bürokratische Organisation,  
Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch
- Severing, E.: 1994:  
Arbeitsplatznahe Weiterbildung: betriebspädagogische  
Konzepte und betriebliche Umsetzungsstrategie  
Neuwied: Luchterhand
- Severing, E.: 1995  
Qualitätssicherung arbeitsplatznaher Weiterbildung  
In: Feuchthofen, J.E. u. Severing (hrsg.)1995  
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung,  
Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand
- Siebert, H. 1999  
Schlüsselqualifikationen aus erwachsenenpädagogischer Sicht  
In: Arnold, R., Müller, H.-J. (Hrsg.): Kompetenzentwicklung durch  
Schlüsselqualifizierung  
Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren,
- Sonntag, KH.: 1987  
Evaluation in der Bildungsforschung im Beziehungsgefüge  
unterschiedlicher Interessen  
In: Will, H.(Hrsg) 1987, Evaluation in der beruflichen Aus- und  
Weiterbildung: Konzepte und Strategien,  
Heidelberg: Sauer
- Sonntag, KH. 1999  
Personalentwicklung – ein Feld psychologischer Forschung und  
Gestaltung.  
In: Sonntag, KH. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen , 2.  
Überarbeitete und erweiterte Auflage  
Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Spitzer, M.; 1996  
Geist im Netz: Modelle für Lernen, Denken und Handeln  
Heidelberg, Berlin: Spektrum, Akademischer Verlag
- Srubar, I.: 1993  
Schütz´pragmatische Theorie der lebenswelt  
In: Bäumer. A. & Benedikt, M. (Hrsg.): Gelehrtenrepublik – Lebenswelt:  
Edmund Husserl und Alfred Schütz in der Krisis der  
phänomenologischen Bewegung  
Wien: Passagen-Verlag
- Stahl, T.: 1995  
Selbstevaluation - Ein Königsweg zur Qualitätssicherung in der  
Weiterbildung ?  
In: Feuchthofen, J.E. u. Severing (hrsg.)1995  
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung,  
Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand

- Sworonek, H.: 1979  
Lernpsychologische Forschung zum Erwachsenenalter  
In: Siebert, H.: Taschenbuch der Weiterbildungsforschung  
Baltmannsweiler: Burgbücherei Schneider
- Terhart, E.: 1990  
Professionen in Organisationen: Institutionelle Bedingungen der  
Entwicklung von Professionswissen  
In: Alisch, L.M., u.a. (hrsg.) 1990  
Professionswissen und Professionalisierung  
Braunschweig: Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und  
Sozialwissenschaft, Bd. 28
- Tietgens, H. 1980  
Teilnehmerorientierung als Antizipation.  
In: Breloer, G Dauber, H. Tietgens, H.: Teilnehmerorientierung und  
Selbststeuerung in der Erwachsenenbildung,  
Braunschweig: Westermann
- Tietgens, H.: 1992  
Reflexionen zur Erwachsenenendidaktik  
Bad Heilbrunn (Obb.): Klinkhardt
- Tietgens, H. :1994:  
Geschichte der Erwachsenenbildung.  
In: Tippelt, R. (Hrsg): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung,  
Opladen: Leske+Budrich
- Thompson, V. A.: 1968  
Hierarchie, Spezialisierung und organisationsinterner Konflikt  
In: Mayntz, R.: 1968: Bürokratische Organisation,  
Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch
- Ulich, E. 1999  
Lern- und Entwicklungspotentiale in der Arbeit – Beiträge der Arbeits-  
und Organisationspsychologie.  
In: Sonntag, KH. (Hrsg.): Personalentwicklung in Organisationen,  
2. Überarbeitete und erweiterte Auflage  
Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Ulrich, H., Probst, G. J.B.: 1995  
Anleitung zum ganzheitlichen Denken und Handeln 4. Aufl. ,  
Bern, Stuttgart, Wien: Haupt
- Vester, F. 1997  
Denken, Lernen, Vergessen  
München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Voigt, W.: 1983  
Qualifikation oder Identität? Berufliche Weiterbildung als Bildung  
Erwachsener  
In: Schlutz, E. (hrsg): Erwachsenenbildung zwischen Schule und  
sozialer Arbeit  
Bad Heilbrunn, Obb.: Klinkhardt

- Wegge, J.: 1998  
Lernmotivation, Informationsverarbeitung, Leistung: Zur Bedeutung von Zielen des Lernenden bei der Aufklärung motivationaler Leistungsunterschiede.  
Münster, New York, München, Berlin: Waxmann
- Weidner, F., 1995  
Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung: eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege.  
Frankfurt a. Main: Mabuse-Verlag
- Wigger, L.: 1983  
Handlungstheorie und Pädagogik – eine systematisch-kritische Analyse des Handlungsbegriffs als pädagogische Grundkategorie  
1. Aufl.  
St. Augustin: Richarz
- Willke, H.: 1991  
Systemtheorie  
3. überarb. Auflage  
Stuttgart, New York: Fischer
- Will, H. & Blickhan, C.: 1987  
Evaluation als Intervention  
In: Will, H.(Hrsg.) 1987, Evaluation in der beruflichen Aus- und Weiterbildung: Konzepte und Strategien,  
Heidelberg: Sauer
- Wollersheim, H.-W. 1993  
Kompetenzerziehung: Befähigung zur Bewältigung  
Frankfurt a. Main; Berlin; Bern: Lang
- Woortmann, G.: 1995  
Qualität in der Weiterbildung  
In: Feuchthofen, J.E. u. Severing (hrsg.)1995  
Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Weiterbildung,  
Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand
- Wottawa, H.& Gluminski, I.:1995  
Psychologische Theorien für Unternehmen  
Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie
- Wottawa, H. & Thierau, H.: 1990  
Evaluation,  
Bern, Stuttgart, Toronto: Huber
- Zimmer, G.: 1996  
Von Lernumgebungen zu Arbeitsaufgaben – multimediale Lernarrangements für selbstorganisiertes Lernen  
In: Zimmer, G. & Holz, H.: 1996 Lernarrangements und Bildungsmarketing für multimediales Lernen  
Nürnberg: BW Bildung und Wissen

Zimmer, G. & Holz, H.: 1996  
Lernarrangements und Bildungsmarketing für multimediales Lernen  
Nürnberg: BW Bildung und Wissen

Erklärung:

Ich versichere, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfaßt und sie nicht schon für eine andere Prüfungsarbeit verwendet habe.

Alle benutzten Hilfsmittel sind vollständig angegeben.

Ich versichere gemäß § 15 Abs 2 der Promotionsordnung, daß ich keine früheren Promotionsgesuche an einer anderen Hochschule eingereicht habe.

Ortrud Sander

Anhangsband  
zur Dissertation

**Lerntransfer in der beruflichen Weiterbildung**  
**Entwicklung und Überprüfung eines Weiterbildungskonzepts zur Förderung von**  
**Leitungshandeln im mittleren Management in stationären Einrichtungen des**  
**Gesundheitswesens**

Ortrud Sander

2003

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>I. Instrumente zur Datenerhebung</b>	<b>1</b>
Fragebogen zur summativen Datenerhebung Zusammengestellt aus den Skalen des TAA-KS-S und des Verfahrens zu den Aspekten der Arbeitszufriedenheit	2
Fragebogen zur Erfassung von Effekten im Funktionsfeld	10
Interviewleitfaden zur Expertenbefragung	12
<b>II. Expertenbefragung</b>	<b>13</b>
Transkriptionen der Interviews	14
Tabellarische Darstellung der Ergebnisse der Expertenbefragung	31
Tabellarische Zusammenfassung der Faktoren, die die Umsetzung von Weiterbildungsinhalten beeinflussen	32
<b>III. Tabellen zur Datenerhebung im Vorher-Nachher-Vergleich</b>	<b>33</b>
Tabellen Wilcoxon-Test	34
Tabellen Mann-Withney-Test	40
Tabellen T-test	46
Tabellen Mittelwert- und Medianvergleich	58

## **I. Instrumente zur Datenerhebung**

## **Fragebogen zur Datenerhebung im Vorher-Nachher-Vergleich**

Der Fragebogen ist zusammengestellt aus den Skalen des TAA-KS-S und des Verfahrens zu den Aspekten der Arbeitszufriedenheit

Zur Anonymisierung wurden die Teilnehmerinnen gebeten, das Geburtsjahr und den Geburtstag sowie den ersten Buchstaben des Vornamens und des Geburtsnamens der Mutter anzugeben.

Codierung der Ratingskala zur Auswertung:

1= größte Zustimmung

5= größte Ablehnung

Zu Beginn bitte ich Sie, einige allgemeine Angaben zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	männlich	weiblich	Alter		
Seit wann sind Sie examinierte Pflegekraft?	<input type="checkbox"/>				
Wo , in welchem Bundesland, haben Sie Ihre Krankenpflegeausbildung gemacht?					
Hatten Sie vorher schon einen anderen Beruf?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	
Seit wieviel Jahren sind Sie Leitungskraft (Bitte beziehen Sie auch die Zeit als stellvertretende Leitung mit ein)	<input type="checkbox"/>				
Zu welchem pflegerischen Bereich gehört Ihre Station/Abteilung?	<input type="checkbox"/>	allgem. Pflegedienst			
	<input type="checkbox"/>	Funktionsdienst			





	Ja, genau	eher ja	teils- teils	eher nein	gar nicht
<b>Qualifizierungsmöglichkeiten</b>					
Diese Arbeit bietet Möglichkeiten, seine beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten über die notwendigen Anforderungen auf der Station hinaus zu erweitern.					
Diese Arbeit bietet Möglichkeiten, seine sozialen Fähigkeiten (z.B. Team- und Konfliktfähigkeit) über die notwendigen Anforderungen auf der Station hinaus zu erweitern.					
Diese Arbeit bietet Möglichkeiten, seine praktischen Fertigkeiten (z.B. Geschicklichkeit, Beweglichkeit) über die notwendige Anforderungen auf der Station hinaus zu verbessern.					
Diese Arbeit bietet Möglichkeiten, seine geistigen Fähigkeiten (z.B. Analysieren, Schlußfolgern) über die notwendigen Anforderungen auf der Station hinaus zu erweitern.					
Diese Arbeit bietet Möglichkeiten, seine theoretischen Fachkenntnisse über die notwendigen Anforderungen auf der Station hinaus zu verbessern.					
Diese Arbeit bietet Möglichkeiten, seine psychischen Fähigkeiten (z.B. Selbstmotivierung, Gelassenheit) über die notwendigen Anforderungen auf der Station hinaus zu erweitern.					
Copyright: Prof.Dr. André Büssing, Lehrstuhl für Psychologie, TU München					



	Ja, genau	eher ja	teils- teils	eher nein	gar nicht
Für seine Arbeit auf dieser Station fehlen einem bestimmte soziale Fähigkeiten (z.B. Team-, Konfliktfähigkeit)					
Für seine Arbeit auf dieser Station fehlen einem bestimmte geistige Fähigkeiten (z.B. Analysieren, Schlußfolgern)					
Für seine Arbeit auf dieser Station fehlen einem bestimmte praktische Fertigkeiten (z.B. Geschicklichkeit, Beweglichkeit)					
Auf dieser Station entsprechen die eigenen theoretischen Ausbildungskennnisse den Arbeitsanforderungen.					
Auf dieser Station entsprechen die eigenen praktischen Ausbildungskennnissen den Arbeitsanforderungen					
Bei seiner Arbeit auf dieser Station kann man wenig von dem einsetzen, was man in der Ausbildung gelernt hat					
Man muß bei seiner Arbeit auf dieser Station Tätigkeiten verrichten, für die man zu wenig ausgebildet ist.					
Copyright: Prof.Dr. André Büssing, Lehrstuhl für Psychologie, TU München					



## Fragebogen zur Erfassung von Effekten im Funktionsfeld

### Frage zu „*Motivation der Teammitglieder*“/ *Mitarbeiter*

Die Statements zu diesem Stichpunkt beziehen sich auf drei unterschiedlich verbindliche Ebenen des Handelns:

- ” Die Mitarbeiter/innen sind an Neuerungen interessiert.“  
„Die Mitarbeiter/innen sind motiviert, Neuerungen umzusetzen.“  
„Das Team arbeitet bei der Umsetzung von Neuerungen gut zusammen.“

### Frage zu „*Unterstützung durch die Pflegedienstleitung*“

Zu diesem Stichpunkt habe ich als Statement formuliert:

- ” Mit der Pflegedienstleitung arbeite ich gut zusammen.“

### Frage zu „*Interesse anderer Berufsgruppen*“

Zu diesem Stichpunkt habe ich drei Statements formuliert.

Ein Statement bezieht sich auf das generelle Interesse, das andere Berufsgruppen den Projekten und den damit verbundenen Aufgaben entgegenbringen:

- ” Andere Berufsgruppen sind an den Neuerungen interessiert“

Das zweite Statement bezieht sich auf Projekte bei denen andere Berufsgruppen einbezogen werden mußten, weil die Projekte deren Aufgabenbereich mit berührten

„Wenn andere Berufsgruppen unmittelbar betroffen waren, war die Resonanz auf die Neuerungen...“ (zustimmend, gleichgültig, ablehnend)

Die Berufsgruppe, mit denen pflegerische Leitungen am häufigsten zusammenarbeiten, ist die der Ärzte. Auch in der Gruppenbefragung wurden Reaktionen der Ärzte nicht nur mehrfach explizit genannt sondern auch ausführlich beschrieben wurden. Das dritte Statement lautet deshalb:

„Wenn der ärztliche Bereich unmittelbar betroffen war, war die Resonanz auf die Neuerungen...“ (zustimmend, gleichgültig, ablehnend)

### Frage zu „*Reaktion von Patienten*“

Diesen Stichpunkt habe ich in dem Statement aufgegriffen:

„Wenn Patienten unmittelbar betroffen waren war die Resonanz auf die Neuerungen...“ (zustimmend, gleichgültig, ablehnend)



## **Interviewleitfaden für ein halb-strukturiertes Interview zur Expertenbefragung**

### **Hauptfragen**

1. Wenn Sie Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter zu einer Weiterbildung vorschlagen oder zu einer Weiterbildung entsenden: Welche Erwartungen haben Sie dann?

2. Welche Faktoren beeinflussen Ihrer Meinung nach die Umsetzung der gelernten Weiterbildungsinhalte?

### **Detaillierungsfragen zu den Bereichen:**

Kriterien für die Erfolgsbeurteilung einer Weiterbildungsmaßnahmen, wenn der Mitarbeiter wieder im Betrieb ist

Anforderungen an Weiterbildungsveranstaltungen (planerisch, inhaltlich)

Kriterien zur Auswahl von Mitarbeitern, die für eine Weiterbildung empfohlen bzw. dorthin entsendet werden

## **II. Expertenbefragung**

## Transkriptionen der Interviews

Die Interviews wurden in den Büros der Befragten geführt. Alle Interviews wurden mit einem Bandgerät aufgenommen. Zur Anonymisierung sind den Interviewten folgende Codes zugeordnet worden:

A= Pflegedienstleitungen,

B= Stationsleitungen,

C= Vorgesetzte aus der Verwaltung,

D= Vorgesetzte aus dem ärztlichen Bereich und Stabstellenverantwortliche

Bei jedem Interviewpartner wurde der Code durch eine fortlaufende Nummer ergänzt, um die jeweiligen Antworten nach der Transkription der Interviews wieder zuordnen zu können.

**Bei der Transkription wurden nur die Aussagen berücksichtigt, die sich auf den Bereich der Weiterbildung bezogen. Angesprochene institutionelle Gegebenheiten, die die Weiterbildung nicht berührten oder Aussagen, die allgemeine Fragen des Gesundheitswesens betrafen, sind nicht aufgeführt.**

## Interview A1

### Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden

#### an die Weiterbildung

- Die Weiterbildung soll die Mitarbeiter theoretisch aufrüsten und einen Transfer ermöglichen
- Die Themen sollen praxisbezogen sein, Beispiele sollen die Umsetzbarkeit betonen
- Wichtig ist betonen: eine Kluft zwischen Theorie und Praxis gibt es nicht

#### an die Mitarbeiter

- Bereitschaft soll vorhanden sein, Gelerntes anzuwenden, das wird vorher von der Pflegedienstleitung abgefragt und in Bewerbungen
- Eine Reduktion von Überstunden, Verbesserung z.B. von Urlaubsplanung, andere Strukturen schaffen, Nutzen von Kommunikationsstrukturen,

#### Anforderungen an Weiterbildung

- Verstärkte Verschachtelung von Theorie und Praxis in der Weiterbildung
- Die Blockform schafft Abstand von der Praxis z.B. von organisatorischen Fragen, sie ist besser als Einzeltage, sie ermöglicht schon die Reflexion "Was kann ich umsetzen?"
- Projekte und Innovationsprogramme, die zu Verbesserungen und Veränderungen für Patienten und Mitarbeiter führen anbieten
- Perspektivisch soll eine lernende Organisation angestrebt werden
- Höhere Arbeitszufriedenheit schaffen

#### Messen von Weiterbildungserfolg

- Es wird nicht gezielt kontrolliert
- Ansätze werden beobachtet (empathisch erfaßt): Reduktion von Überstunden, Verbesserung z.B. von Urlaubsplanung, andere Strukturen schaffen, Nutzen von Kommunikationsstrukturen
- Bei mangelndem Erfolg gibt es keine Sanktionen, die örtlichen Pflegedienstleitungen sprechen aber an z.B. unqualifizierte Dienstpläne, dann werden Inhalte der Weiterbildung erfragt
- Erfolg wird auch subjektiv gewertet
- Durch Kontrolle der betrieblichen Prämisse: Wie entwickeln sich Handlungsabläufe anschließend? Erfolgreich war eine Weiterbildung, wenn sich in Abläufen was ändert

#### Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen

- Vorrang hat die fachliche Kompetenz
- Es besteht ein Überhang der fachlichen Kompetenz z.B. in Funktionsbereichen und wenig soziale Kompetenz bei Führungskräften,
- Arbeitsabläufe beeinflussen Verhaltensmuster

#### Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen

- Mitarbeiter melden sich gerade für Weiterbildungen für Stationsleitungen und Mentoren weil sie merken, daß sie fachlich fast alles können und sie sich weiterentwickeln möchten. Sie möchten dann Anreize und gezielte Unterstützung haben, möchten aber nicht das Team wechseln.
- Kriterien für die Auswahl: Wer ist länger im Klinikum tätig? und betriebliche Bedingungen

## **Interview A2**

### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Praxisnähe
- Inhalte zu: Gesprächsführung und Umgang mit Mitarbeitern,
- Weiterbildung soll anregen zum Experimentieren, Freiräume nutzen, Literaturstudium,
- Auseinandersetzung mit der Rolle der Stationsleitung soll erfolgen, Stärken des Selbstbewußtseins, Erkennen von Kompetenzen und Position,
- Mitarbeiter sollen sensibel gemacht werden für Strömungen in der Pflege
- Sollen erkennen: "Was kann ich mitnehmen?"
- Schauen über den Tellerrand ist wichtig
- Visionen entwickeln

### **Anforderungen an Weiterbildung**

1. Eher unproblematisch sind formale Inhalte z.B. Dienstplan, Recht
2. Wichtig: Mitarbeiter sollen z.B. Konflikte klären können, Gespräche führen können usw.

Wunsch:

- Eine Auffrischung gezielt für Stationsleitungen Was gibt es Neues?

### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Mitarbeiter sollen gelernte Inhalte in Teamgesprächen referieren, es erfolgt aber keine Kontrolle über Umfang und Tiefe
- "Kontrolle" durch eigene Teilnahme an den Teamgesprächen, ist auch eigene Fortbildung
- Feststellbar ist das z.B. in Beurteilungsgesprächen Wie werden Gespräche geführt, strukturiert? Wie werden Zusammenhänge erklärt? Wie werden betriebliche Belange berücksichtigt?
- Beim Dienstplan: werden betriebliche Interessen berücksichtigt?
- Wie ist das Selbstbewußtsein im Ansprechen von Problemen in der Abteilung

### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Die Aufnahmefähigkeit der Mitarbeiter in der Weiterbildung
- Die Motivation für die Weiterbildung ist entscheidend: Interesse für eigenes Fortkommen, also Karriere oder Druck, Muß
- Die Fähigkeit, sich Widerständen im Team bei Neuerungen entgegenzustellen, Streß zu bewältigen
- Erfahrungen gemacht haben, daß Veränderungen möglich sind
- Eigenes Selbstverständnis, Stellung in der Hierarchie, Möglichkeiten in der Institution erkennen und nutzen

### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

- Meldung der Mitarbeiter für einzelne Themen
- Es sind häufig die Gleichen
- Hinweis in Mitarbeiter-Besprechungen auf Weiterbildung geben
- Spezialisten für einzelne Themen auf den Stationen aufbauen
- Bei Stationsleitungen: Denen Chancen geben, die in Leitungsfunktionen sind, eine Basis schaffen, auf der Anforderungen gestellt werden können

### **Interview A3**

#### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Die Weiterbildung soll die Zielorientierung der Institution berücksichtigen
- Der Aufwand soll die Relation Mittel/Aufwand berücksichtigen
- Inhaltlich: Service, umfassende Patientenversorgung, Wissen, visionäres Denken fördern, Beeinflussung der Denkweise der Mitarbeiter
- Es soll fachbezogen sein
- Den Wertewandel berücksichtigen
- keine "Fachidioten" erzeugen
- Die Brücke zu anderen Gebieten schlagen
- Soll die Informationsvermittlung fördern

#### **Anforderungen an Weiterbildung**

- Muß z.T. an den Zielen der Institution mitziehen, Erfolg über gemeinsame Ziele fördert die Identifikation
- Ziele der Institution mit tragen
- Sie soll fachbezogen sein und praxisnahe Information geben
- Kompetente Referenten
- Visionär
- Auffrischen der Motivation durch Weiterbildung
- Unterbringung, also Räume, Bewirtung usw. muß stimmen
- Diskussionen mit Dozenten sollten auch retrospektiv möglich sein

#### **Wünsche:**

- Verstärken des Zusammengehörigkeitsgefühls
- Neugierde wecken
- Bewußtsein für Neues wecken
- corporate identity fördern
- Sich weiterentwickeln wollen und dadurch erhöhte Motivation
- Steigerung des Selbstwertgefühls
- Wichtig ist, Wünsche der Mitarbeiter zu berücksichtigen, sie zwar abgleichen mit betrieblichen Interessen, aber wenn möglich einbeziehen

#### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- z.B. Probleme ansprechen
- Auf der kommunikativen Ebene, z.B. Anregen von Neuerungen
- Die Zahl der Projekte, die sich aus der Weiterbildung ergeben
- Mitarbeiter referieren über gelernte Inhalte
- An der Betriebszufriedenheit, Ausfall und Fluktuation

#### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Evtl. war es die falsche Weiterbildung
- evtl. die falschen Mitarbeiter
- Die Motivation für die Umsetzung scheitert am Widerstand im Team
- War die Weiterbildung gut?

#### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

- Keine Aussagen

## Interview A4

### Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden

- Weiterbildung soll zugeschnitten auf Mitarbeiter sein
- Praxisnähe
- Die Mitarbeiter sollen motiviert werden
- Die Inhalte sollen auf die Praxis übertragbar sein
- Kommunikation zwischen Praxis und Weiterbildung über Inhalte
- Förderung sozialer Kompetenz, Innovationsfreude, Reflexion von Situationen
- Weiterbildung soll Defizite beheben
- Sicherheitsaspekt: als Vorgesetzte wird bei Weiterbildung von einem bestimmten Level ausgegangen, auf dessen Basis Kenntnisse, die mitgebracht werden, erwartet werden können. Das gibt die Sicherheit, daß Vorgesetzte nicht alles erklären, erläutern muß
- Bei Lehrgängen mittleres Management sind Erwartungen im Sinnen von Verantwortlichkeit für den Gesamtbetrieb,
- In Gang setzen von Prozessen
- Wissenserweiterung,
- Initialklick z.B. bei sozialer Kompetenz

### Anforderungen an Weiterbildung

- Wissenserweiterung,
- Wichtig ist das Gefühl, was Neues zu lernen
- konkretes Programm im Vorfeld, um gezielt auswählen zu können
- Fachkompetente Dozenten, die in der Lage sind, sich auf die Bedingungen im Gesundheitssystem einzustellen
- Gute Rahmenbedingungen z.B. Räume, Ausstattungen
- Weiterbildung soll Innovationen anregen
- Höhere Zufriedenheit der Mitarbeiter soll erreicht werden

### Wünsche

- Ständiger Kontakt zwischen Praxis und Weiterbildung aufrechterhalten mit dem Ziel Informationsaustausch Was braucht, was will die Praxis? Was gibt es Neues in der Weiterbildung? Das führt zu Informationsaustausch und Transport von Neuem in die Praxis, zu Vernetzung, damit zu Transport in die Praxis motiviert wird, soll Lust auf Weiterbildung wecken.
- Berufsübergreifende Weiterbildung, soll Bedürfnisse, Wünsche der anderen Kennenlernen und die eigenen weitergeben
- Weiter erforderlich sind gezielte Nachqualifikationen für Leute, die die Grundweiterbildung haben
- „Baukasten“ in Zusammenarbeit mit der Weiterbildung mittleres Management

### Messen von Weiterbildungserfolg

- Wissenserweiterung
- Werden Prozesse in Gang gesetzt?
- Bei Stationsleitungen macht sich bemerkbar der Kontakt mit anderen Krankenhäusern, extern und intern im Lehrgang
- Gespräch mit Mitarbeiter nach Abschluß einer Maßnahme z.B. "Würdest Du das an Kolleginnen weiter empfehlen?"
- Kommunikation zwischen Praxis und Weiterbildung zum Nachfassen von Veränderungen
- Reflexion bei Nicht-Erfolg
- Teilnehmer über Reflexionstage einbeziehen
- Schriftlich abfragen, ist aber eher schwer, denn die Teilnehmer können die eigenen Erfolge oft nicht richtig erkennen z.B. bei Umsetzungen

### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Wie hoch waren die Veränderungserwartungen?
- Das Konzept ist nicht geeignet
- Die Inhalte wurden durch die Art der Vermittlung nicht verstanden
- Es gibt Widerstände im Team, wenig Motivation
- Die Praxisunterstützung fehlt, der Mitarbeiter weiß nicht, wie soll er umsetzen
- Innere Blockaden werden auf Weiterbildung übertragen
- Wichtig ist, die nächsthöhere Leitung muß wissen, welche Inhalte vermittelt werden, welche Anforderungen in der Praxis auf die Teilnehmer zukommen. Wichtig ist die Begleitung durch die Pflegedienstleitung oder externe Stellen, die nicht in die Hierarchie eingebunden sind. Erfolge / Mißerfolge sind bei externer Stelle besser kommunizierbar.
- Ein Problem ist das öffentliche Dienstrecht: Die Messungen der Aufgabenerfüllung und die daraus folgenden Konsequenzen ist schwierig, im Moment ist das ein individuelles Vorgehen der Vorgesetzten
- Frage: Was fange ich mit Leuten an, die wiederkommen?

Die dürfen zunächst in ein Theorie- und Aktivitätsloch fallen.

Dann muß man aber die Potentiale, die sie in der Weiterbildung erarbeitet haben nutzen und abfordern.

Problem, wenn keiner mehr Innovationen abfordert, wird die Leistung die erbracht wurde nicht mehr respektiert, die Teilnehmer sind wieder gleich mit Kollegen, die keine Weiterbildung hatten. Sie müssen dann nicht nur gefordert sondern auch gefördert werden, müssen dadurch motiviert werden.

### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

- Vorgesetzte müssen gucken: Wo sind Defizite?,
- Auch Auswahl durch Beurteilung der MA

## **Interview B1**

### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Förderung, Verbesserung und stabilisieren von Leistungsfähigkeit
- Inhalte bringen, die für den aktuellen Aufgabenbereich wichtig sind, fachbezogene Inhalte
- soziale Kompetenz
- Bessere Kommunikation, Streßbewältigung

### **Anforderungen an Weiterbildung**

- Es muß, nicht alles neu sein, Bekanntes wird als Auffrischung aufgefaßt
- Neues: Teilfragmente, die neu, unbekannt und innovativ sind, das kann dann leichter eingebaut werden in vorhandenes Wissen
- Nette Leute, nettes Ambiente

### **Wünsche:**

- Trainingsphasen im Team bei Themen soziale Kompetenzen usw., das führt zu schnellerer Identifikation, z.B. in regelmäßigen Abständen treffen in gleicher Gruppe mit gleicher Basis: Vertiefen theoretischer Kenntnisse, dann Praxis und danach Reflexion, schafft schnelleres Vertrauensverhältnis
- Bereichs- und stationsübergreifende Weiterbildung, aber nicht zu große Bereiche

### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Die Zufriedenheit der Mitarbeiter
- Ein Effekt ist oft erst nach längerer Zeit feststellbar, er ist höher, wenn mehrere Mitarbeiter nach und nach ähnliche Fortbildung haben, führt zu gemeinsamer Identifikation
- Effekt ist früh eher bei fachlichen Themen und wenn Ärzte an gleicher Fortbildung teilgenommen haben, das ergibt einen gemeinsamen Level

### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Ist abhängig vom Individuum
- Verhaltensänderungen entstehen erst durch längere Trainingsphasen und Wiederholungen in der Weiterbildung – z.B. in regelmäßigen Abständen Treffen in der gleichen Gruppe mit gleicher Basis, das führt zu schnellem Vertrauensverhältnis, dabei Vertiefen theoretischer Kenntnisse, dann Umsetzung in der Praxis, dann Reflexion
- Hohe oder niedrige Motivation des Teams
- Neuerungen werden als lästig empfunden
- Boykott durch Ärzte
- Fortbildungsinhalte bewähren sich in der Praxis nicht, es wird umgesetzt aber begründet abgelehnt, die Rahmenbedingungen können in der Praxis anders sein, als in der Weiterbildung zugrunde gelegt wird
- Wissen und Verhalten driftet auseinander
- Andere Verhaltensmuster sind aus der Schulung u.U. schwer zu übertragen. Mitarbeiter mit anderen Verhaltensmustern aus anderen Häusern haben diese ganz selbstverständlich wenn sie in das Team wechseln und können sie allmählich einbringen. Das ist eine andere Form der Weiterbildung

### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

- Ein Mitarbeiter ist positiv aufgefallen
- Ein familiär/sozialer Ansatz: spielt eine Rolle, z.B. die Mitarbeiter müssen noch lange arbeiten, stabilisiert werden
- Leistungsschwache Mitarbeiter sollen unterstützt werden

## Interview B2

### Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden

- Der Mitarbeiter soll sich für die Fortbildung interessieren, soll Gelerntes umsetzen wollen
- Die Mitarbeiter sollen über Gelerntes in den Bereichen, ein Referat halten. Die Erfahrung ist, das Chancen steigen, daß Inhalte auch umgesetzt werden. Der Mitarbeiter muß sich damit beschäftigen, muß schreiben, muß erzählen. Dieses Verfahren ist allen bekannt. Die Mitarbeiter sind dann motiviert, wenn sie zur Weiterbildung gehen
- Weiterbildungsinhalte sollen ins Team zurückgetragen werden, das Interesse im Team ist dann groß
- Praxisnähe

### Anforderungen an Weiterbildung

- Fachkompetente, qualifizierte Dozenten, inhaltlich und didaktisch, einsetzen
- Das man mit den Sachen was anfangen kann
- Gute Organisation ist wichtig, z.B. Pausenregelung
- Gesprächsführung soll gefördert werden, allgemein und mit Patienten, z.B. bei Tumorpatienten, bei der psychischen Betreuung
- In der Weiterbildung lernen, eigene Belastung „in eine Ecke zu packen“, wichtig, "sonst geht man bei der Betreuung von Tumorpatienten vor die Hunde"
- Weiterbildung von Ärzten gemeinsam mit dem Pflegepersonal, um gleiche Inhalte zu hören

### Wünsche

- Mehr praxisbezogene Inhalte, z.B. Nahrungsaufnahme, Legen und Versorgen einer PEG-Sonde, Kau- und Schlucktraining

### Messen von Weiterbildungserfolg

- Mitarbeiter haben die Weiterbildungsinhalte verstanden und Können sie umsetzen

### Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen

- Das Thema hat nicht interessiert
- Die Mitarbeiter waren nicht motiviert
- Die Mitarbeiter brauchen länger zum Verstehen
- Der Dozent war nicht gut
- Der Mitarbeiter "sitzt Zeit ab", braucht auf der Station nicht zu "keulen"
- Die Mitarbeiter sind nicht kompetent, kognitiv oder fachlich, sie brauchen länger

### Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen

- Es gibt nur eine begrenzte Zahl an Weiterbildungsplätzen, da muß eine Auswahl getroffen werden, wenn sich mehrere melden: Wer war zuletzt? ansprechen: Hast Du Lust zu gehen?
- Auch Teilzeitkräfte haben Gelegenheit zur Weiterbildung zu gehen
- Mitarbeiter können sich einigen wer geht
- Mitarbeiter können wenn kein Interesse am Thema ist, wenn sie keine Zeit haben ablehnen, sie gehen dann zu einer späteren/anderen Weiterbildung
- Wirtschaftliche Erwägungen spielen eine Rolle: Ist der Mitarbeiter kompetent?, Kosten/Nutzen, Ausfall usw.

### **Interview B3**

#### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Beseitigung von Defiziten von Mitarbeitern und anschließend eine bessere und fehlerfreiere Arbeitsleistung
- Neuerungen und Innovationen ins Team hereinbringen, Denkprozesse anregen
- Dinge, die nicht alltäglich sind, rekapitulieren, auch Inhalte die über den eigenen Fachbereich hinausgehen
- Austausch "Wie läuft woanders?" Ideen, Anregungen durch die anderen Teilnehmer bekommen

#### **Anforderungen an Weiterbildung**

- Der Dozent muß gut moderieren können, sich gut darstellen können
- Es fehlt, die Pflege zu fragen "Was hättet ihr gerne an Themen?" War schon mal, ist man wieder von abgekommen
- wichtig ist, neue Themen zu finden z.B. Zukunftsentwicklung: "Wo geht das Krankenhaus hin? Was tut sich?" Solche Themen sind wichtig, damit die Mitarbeiter wissen " Wohin muß ich mich selbst entwickeln?" Das ist auch eine Entlastung für die Stationsleitung .
- Weiter wichtig sind Themen z.B. zu Organisation, Arbeitsrecht, Haftungsrecht
- Gezielte Auswahl qualitativ hochwertiger Weiterbildung gezielt an bestimmte Mitarbeiter geben. Da kommt was für den Arbeitsalltag rüber, das schafft eine Arbeitsebene, wo die Leitung delegieren kann.
- Eine Ebene schaffen, wo sich Leitungen austauschen können, die haben andere Sichtweisen auf ein Problem
- Kurse anbieten, wo Entscheidungsfindung erleichtert wird, um Auseinandersetzung mit Vorgesetzten zu erleichtern

#### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Bei Neuerungen sollen die Mitarbeiter in einer Dienstbesprechung ein kurzes Statement abgeben: inhaltlich, wie hat es der Mitarbeiter erlebt, ist das was?
- Bei Defiziten: Der Erfolg ist in der täglichen Arbeit zu sehen, es läßt sich beobachten, überprüfen "Hat sich was getan?". z.B. durch eigene Mitarbeit oder durch beauftragte Mitarbeiter. Mitarbeiter beauftragen führt zu besserer Objektivierung, verhindert subjektive Einschätzung wenn man z.B. Schwierigkeiten mit einem Mitarbeiter hat.

#### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- War es für den Mitarbeiter interessant, hat er was herausgezogen?
- Ist das überhaupt im Arbeitsalltag umzusetzen?
- Wie sind die Arbeitsbedingungen? Sind wir schon soweit, um das umzusetzen? Welche Hilfsmittel brauche ich, habe ich?
- Es schafft Frust, wenn Hilfsmittel fehlen, Rahmenbedingungen fehlen. Das hat Auswirkungen, ähnliche Weiterbildungen zu ähnlichen Themen werden dann wenig Interesse entgegengebracht.
- Der Dozent: Wie präsentiert er sich?

#### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

- Mitarbeiter kommen selbst, z.B. bei Neuerungen "Das könnte was für mich sein?"
- Wenn sich aufgrund von Leistungsberichten Defizite ergeben: "Wo kann man Unterstützung geben, um den Mitarbeiter zu entwickeln?"
- Gezielte Auswahl, um guten Mitarbeiter qualitativ hochwertige Weiterbildung bieten zu können. Ein Problem ist, gute Mitarbeiter werden auch viel im Arbeitsalltag gebraucht, deshalb ist es wichtig, sie zu unterstützen, wenn sie zu einer Weiterbildung wollen, ihnen die Zeit zu verschaffen, z.B. über den Dienstplan

## **Interview C1**

### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Themenschwerpunkte Theorie/Praxis sollen sich decken
- Wissensgewinn soll erfolgen
- Wissen soll an Kollegen, z.B. durch Referate oder Unterlagen weitergegeben werden
- Rückmeldung über Weiterbildung durch die Teilnehmer ist wichtig
- Schlüsselqualifikationen/Management soll gefördert werden: Gesprächstraining, Motivation, Erhöhung der Teamfähigkeit auch bereichsübergreifend, Strukturierung von Gesprächen, Ziele setzen, Arbeitsstrukturierung

### **Anforderungen an Weiterbildung**

- mehr Wissen,
- mehr Techniken
- Zufriedenheit durch gute Unterlagen, offene Gruppe
- kontroverse Diskussion
- Anregung durch Dozenten und die Gruppe
- Ansprechpartner sein bei Fragen

### **Wünsche:**

- Die Moderation von Projekten, zunächst begleitet, dann sollen sie innerhalb der Bereiche selbständig weitergeführt werden
- Themenbezogene Kommunikation und Kooperation
- Weiterbildung von Ansprechpartnern in den Bereichen
- Schaffen eines gewissen Gesprächsklimas
- Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation
- Struktur im Angebot, kein Gießkannenprinzip

### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Veränderungen des Mitarbeiters, des Arbeitsstils
- Teamfähigkeit, Knüpfen von Kontakten
- Response an Mitarbeiter, die nicht teilgenommen haben
- Anregung aus der Weiterbildung ins Team geben, Multiplikatorenfunktion wahrnehmen
- Neuerungen begründet nicht umsetzen

### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Wirtschaftliche Zwänge
- Der "richtige Weg" in der Institution wird nicht berücksichtigt, Hierarchien werden übergangen

### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

- Verbesserung von Schwächen, d.h. Stärken und Schwächen berücksichtigen
- Berücksichtigung betrieblicher Belange, Anzahl der Mitarbeiter, Themenschwerpunkte

## Interview C 2

### Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden

- Die Mitarbeiter sollen auf den allerneusten Stand gebracht werden, daß sie für die Entwicklung im Berufs- und Tätigkeitsfeld mit neusten Infos ausgestattet sind und dann auf hohem Niveau mit entsprechender Qualität ihre Arbeit tun
- Die Mitarbeiter sollen später im Betrieb andere Funktionen übernehmen (schwer z.Zt. auf dem freien Markt solche krankenhausspezifisch qualifizierten Mitarbeiter zu finden
- Neue Aufgaben-/Tätigkeitsfelder kennenlernen, daraus eine Fachqualifikation ableiten
- Der Mitarbeiter soll motiviert werden, durch berufsbegleitende Weiterbildung das Gefühl haben, daß der Betrieb sich um ihn bemüht, daß er innerhalb seines Arbeitsfeldes unterstützt wird und damit seine Arbeit gut zu machen
- Wenn der Mitarbeiter mit dem Gefühl zurückkommt, er hat etwas gelernt, dann sind die Erwartungen erfüllt

### Anforderungen an Weiterbildung

- was Neues bringen
- soll strukturiert sein
- gute Vortragenden, die nicht bestimmte Schwerpunkte überfrachten
- Dozenten, die fachlich gut sind aber nicht rhetorisch kann man im Grunde nur bitten, die Unterlagen zur Verfügung zu stellen- umgekehrt können Dozenten rhetorisch gut sein, es schriftlich aber nicht dokumentieren: Problem in der Erwachsenenbildung ist es häufig, Fachwissen seminarmäßig rüberzubringen - es sind immer gut ausgebildete Leute, die Fachwissen beherrschen, ob sie es gut vermitteln können, erlebt man erst später
- gute Unterlagen

### Wünsche

- Weiterbildung höher ansiedeln:
- Weiterbildung als Bindeglied zwischen Institution und Weiterbildung und Klinikum und anderen Krankenhäusern:
- Förderung von Kooperation und Akzeptanz, Transport von Zielen, Informationen, Philosophien usw.
- Verknüpfung von Weiterbildung und Ausbildung, Ausbildung als Dienstleistung

### Messen von Weiterbildungserfolg

- Erfolgreich ist Weiterbildung dann, wenn der Fachbereich mit Veränderungen, die von außen zugebracht werden, unproblematisch umgehen kann, der Fachbereich liefert Unterstützung, ist tatsächlich vom Fach
- Mitarbeiter werden ausdrücklich mit dem Selbstzweck der Entlastung motiviert zur Weiterbildung zu gehen, sie sollen "den Rücken frei halten", die Fachbereiche sollen zutragen, sollen entlasten

### Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen

- Sind die Mitarbeiter tatsächlich in der Lage fachlich zu unterstützen? Tut der Mitarbeiter etwas von sich aus für die Weiterbildung?
- Die Motivation des Mitarbeiters, sich in seinem Fachbereich weiterzuentwickeln, z.B. krankenhausspezifisches know how zu erwerben, bedarf eines entsprechenden Engagements
- Es läßt sich feststellen: Ist das jemand, der sich entwickelt, ist er dazu in der Lage? Ist er das nicht, dann ist zweifelhaft, ob Weiterbildungsmaßnahmen weiterhelfen.
- Ob Weiterbildung was gebracht hat wird indirekt erfahren über die Reaktion des Mitarbeiters und weitere Folgen.

- Seminare soll man nicht überbewerten, weil es nur kurze Zeiträume sind, es kann sich nur kontinuierlich weiterentwickeln
- Fachwissen wird gespeichert und schnell umgesetzt, Verhaltensänderungen sind ein steter und ständiger Begleiter, dazu gehört die Weiterbildungsmaßnahme, dazu gehört eine gehörige Position des Miteinander-umgehens

### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

Keine Aussagen

### Interview C 3

#### Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden

- Effektivität fürs Klinikum soll erhöht werden
- was sich in Mark und Pfennig ausdrücken lassen kann: z.B. Wissens- Erweiterung, um externe Fachkräfte zur Beratung einzusparen
- Weiterbildung wird als persönliche positive Tendenz von den Mitarbeiter betrachtet, ist zuträglich für Motivation

#### Anforderungen an Weiterbildung

- Vermitteln von Wissen
- Positives Gefühl vermitteln, das ist wichtig: Das Gefühl, was gelernt, vertieft zu haben
- Wie gibt sich der Dozent auch im zwischenmenschlichen Bereich?

#### Wünsche

- Zusammenhänge über Krankenhausfinanzierung, GSG auch für Mitarbeiter z.B. aus dem technischen Bereich darstellen, als kleine Information, als kleinen leicht verständlichen Einblick: Es gibt viele Zusammenhänge, die nicht verstanden werden, weil Zusammenhänge nicht erkannt werden, man muß kleine Dinge erkennen können, versteht dann auch die Verbindung. Das gibt ein anderes Verständnis für die Kollegen in anderen Bereichen. Man kann mit den Leuten anders umgehen, versteht die Sprache der anderen

#### Messen von Weiterbildungserfolg

- Mitarbeiter können sich um besondere Aufgaben kümmern, früher mußten Fachkräfte von draußen eingeholt werden, durch die Weiterbildung können die Mitarbeiter einzelne dieser Dinge selbst machen, das führt zu Einsparungen, die Aufgaben können selbst erledigt werden
- Messen von Erfolg bei Motivation ist schwieriger

#### Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen

- Die Motivation: Wir-Gefühl ist wichtig, sonst entsteht schnell "Bein-hoch-Mentalität"
- Der Mitarbeiter muß das Gefühl haben, er ist ein wertvolles Rädchen

#### Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen

Keine Aussagen

## **Interview C 4**

### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Das der Mitarbeiter das, was er gelernt hat, einsetzen kann, das ihm das bei der Erledigung der Arbeit hilft.
- Daß Mitarbeiter besser mit den Problemstellungen, die an ihn herangetragen werden, umgehen können, Kenntnisse erweitert werden
- Daß fachbezogene Aufgaben gestellt werden

### **Anforderungen an Weiterbildung**

- Praxisbezogen
- Nicht zu theoretisch, nicht abgehoben
- Inhalte sollen auf die Arbeitsinhalte bezogen sein
- nicht eine ganze Woche, Mitarbeiter fehlt dann zu lange am Arbeitsplatz, besser sind 3 Tage
- Dozentenauswahl auf Themen bezogen durchführen, Dozenten sollen Praxiserfahrung haben, Theorie und Praxis muß zusammenpassen
- Nette Seminaratmosphäre, entsprechende Räumlichkeiten

### **Wünsche**

- Bei der Planung die Abnehmer einbinden, sie vorher fragen, " Was wollt ihr hören?"  
Einbindung in Programmplanung und Inhalte

### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Mitarbeiter wird selbst befragt und gibt eine Beurteilung ab
- Umsetzung in die Praxis wird beobachtet
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung sind weniger beim Wissen, eher bei der Bequemlichkeit, Schwierigkeit eher bei Innovationen und Verhalten

### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

3. Die Inhalte sind falsch
4. Die Theorie ist abgehoben von Einzelfällen
5. Praxisbezogene Beispiele
6. Mitarbeiter werden gegen ihren Willen zu Veranstaltungen geschickt, lehnen das inhaltlich aber ab
7. Mitarbeiter setzt nichts um, will nichts umsetzen, packt die Seminarunterlagen in den Schreibtisch, hat das Seminar als touristischen Ausflug verstanden
8. Wenn die Rahmenbedingungen stimmen, z.B. Dozenten, Praxisbezug usw. kann es nur am Mitarbeiter liegen, sei es, daß er überfordert war.

### **Auswahl der Mitarbeiter**

- Es ist die Sache des Vorgesetzten, daß er die Mitarbeiter entsprechend aussucht, daß Überforderungen von vorne hinein ausgeschlossen werden
- Weiterbildung kann eine Belohnung sein, man muß darauf achten, daß nicht immer die gleichen gehen

## **Interview D 1**

### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Weiterbildung soll zugeschnitten sein auf Mitarbeiter
- Praxisnähe
- Mitarbeiter sollen motiviert werden
- Inhalte sollen auf die Praxis übertragbar sein
- Weiterbildung soll wissen, welche Inhalte notwendig sind, d.h. Kommunikation zwischen Praxis und Weiterbildung
- Förderung sozialer Kompetenz ist wichtig,
- Reflexion von Situationen
- Innovationsfreude soll geweckt werden
- konkretes Wissen anwenden erfordert Neugier, Sicherheit

### **Anforderungen an Weiterbildung**

- ständigen Kontakt zwischen Praxis und Weiterbildung mit immer neuen Themen aufrechterhalten: Was braucht, was will die Praxis? Was gibt es Neues?
- Informationstausch, Transport von Neuem fördern, das soll die Lust auf Weiterbildung fördern
- Vernetzung, damit zum Transport in die Praxis motiviert wird
- berufsübergreifend: Bedürfnisse und Wünsche der anderen kennenlernen, eigene Bedürfnisse und Wünsche weitergeben
- Kennenlernen, Austausch fördern

### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Kommunikation Praxis/Weiterbildung: Nachfassen von Veränderungen
- Reflexion bei Nichterfolg
- Weiterbildung muß wissen, was erwartet wird
- Teilnehmer über Reflexionstage in die Erfolgsmessung einbeziehen
- Teilnehmer schriftlich befragen, das ist aber eher schwer, weil Teilnehmer ihre eigene Erfolge oft nicht richtig erkennen, z. B. bei der Umsetzung

### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Konzept der Weiterbildung ist nicht geeignet
- Inhalte wurden nicht verstanden, z.B. durch die Art der Vermittlung
- Widerstände im Team
- Praxisunterstützung fehlt, Mitarbeiter weiß nicht, wie soll er das umsetzen
- wenig Umsetzen ist häufig bei einem unmotiviertem Team
- wichtig: Die nächsthöhere Vorgesetzte muß wissen, welche Inhalte vermittelt werden und welche Anforderungen auf die Teilnehmer in der Praxis zukommen.
- Begleitung durch die Pflegedienstleitung oder eine externe Stelle, die nicht in die Hierarchie eingebunden ist. Erfolge/Mißerfolge sind bei externer Stelle leichter kommunizierbar

### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

Keine Aussagen

## Interview D 2

### Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden

- Interessen des Arbeitgebers sollen mit berücksichtigt werden
- sich aufrüsten können für die Zukunft, das sind aber z.T. überzogene Erwartungen an die Weiterbildung
- 3 Schwerpunktbereiche:
  - Mitarbeiter, die nachrüsten müssen, weil sie am Arbeitsplatz Schwierigkeiten haben
  - Mitarbeiter, auf die große Zukunftshoffnungen gesetzt werden, weil man denkt, daß sie für das Klinikum wichtig sind
  - wenn Veränderungen im Krankenhaus anstehen und man die Hoffnung hat, über Weiterbildung Veränderungsstrukturen besser aufbauen zu können

### Anforderungen an Weiterbildung

- Inhalte müssen den Ankündigungen entsprechen: differenzierte Inhaltsbeschreibungen bei Ankündigungen Wo liegen die Schwerpunkte für welche Zielgruppe?

### Wünsche

- Bildung soll einen höheren Stellenwert in Unternehmen bekommen, nicht abgegrenzt, mehr integrativ, projektbezogen
- stark Mitarbeiter und die Praxis in die Weiterbildungskonzeption einbeziehen, Bedarfsermittlung vor Ort, Auswertung "Was hat es gebracht?" Konzeption stärker mit praktischen Arbeitsplätzen verflechten, Theorie und Praxis mehr verschränken

### Messen von Weiterbildungserfolg

- wenn daß, was vermittelt wurde eine Praxisrelevanz hat und erwartetes Arbeitsverhalten eintritt
- praktische Fächer: sind direkt überprüfbar
- schwierig bei Einstellungen - Ergebnismessungen sind subjektiv, häufig werden falsche Parameter wie Ausfallzeiten herangezogen

### Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen

- Konflikte werden geschaffen, Widerstände im Team
- Schulungskonzepte sind oft Laborsituationen, das wird als Übung angesehen "Realität ist anders"
- Der Teilnehmer nimmt einen Transfer nicht vor, hat keine Durchsetzungsfähigkeit, was zu ändern
- Wie kann sich der Mitarbeiter ins Team einbringen, welche Position hat er?
- Mitarbeiter bekommt keine Raum, Gelerntes umzusetzen

### Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen

- Keinen Ackergaul zur Schulung schicken und ein Rennpferd erwarten, d.h. Mitarbeiter bewußt aussuchen, geeignete Mitarbeiter für die geeignete Position aussuchen
- Berücksichtigung der unternehmerischen Ziele ist wichtig- Kann die Mitarbeiter das Ziel erreichen?

### **Interview D 3**

#### **Erwartungen, wenn Mitarbeiter zur Weiterbildung geschickt werden**

- Mitarbeiter sollen theoretisch und praktisch von der Weiterbildung profitieren und der Abteilung und dem Team Vorteile bringen, weil sie besser qualifiziert sind. Wichtig ist theoretisch und praktisch, um Theorie und Praxis umsetzen können

#### **Anforderungen an Weiterbildung**

- Vermittlung von Theorie und Praxis, Verschränkung von Theorie und Praxis
- Fachliche Weiterbildungen sollen sich auf alle Aspekte des Faches beziehen
- Weiterbildung strukturieren

#### **Wünsche**

- Geringe Seminargebühren, um die Motivation zu heben

#### **Messen von Weiterbildungserfolg**

- Dinge anders und besser tun zu können
- Bessere Partner werden, größeres Selbstbewußtsein entwickeln gegenüber Ärzten und anderen Bereichen, Mitarbeiter aus der Fachweiterbildung fühlen sich eher als Partner im Team, sie sind motivierter, wissen, was sie können
- Berichte über Themen, Weiterbildungsveranstaltung um zu vermeiden, daß Mitarbeiter nicht teilnehmen, wissen, Mitarbeiter waren tatsächlich da.

#### **Faktoren, die die Umsetzung des Gelernten beeinflussen**

- Förderung durch regelmäßige Besprechungen, z.B. Fallbesprechungen, Verfahren besprechen und diskutieren, die Besprechungen sollen bereichsübergreifend sein, z. B. Ärzte und Funktionsbereich, wichtig: Alle lernen dann, die gesamte Abteilung profitiert davon, es kommen alle mal zu ihrem Recht, Verbindung von Theorie und Praxis
- Wichtig: Weiterbildung muß auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter bezogen sein "Wie geht was?" "Was steckt dahinter?" Der Gegensatz von Theorie und Praxis führt dazu, daß Mitarbeiter beider Gruppen verstehen " Wie paßt das zusammen?", führt zu Verständnis der Interessen der einzelnen Teilbereiche
- Der Bezug zum Arbeitsfeld muß da sein
- Die Veranstaltung war schlecht, tolles Thema, aber es findet nichts statt, besser weniger Veranstaltungen mit besserem Niveau
- Die Teilnehmer profitieren aus persönlichen Gründen nicht, weil sie z.Zt. nicht aufnahmefähig sind, zwangsweise hingeschickt wurden, sich aber eigentlich nicht interessieren, interessieren sich mehr für die Freizeitprogramme
- Wissen, was gibt es Neues, Besseres, Neues wird sofort umgesetzt, wenn es keine Hindernisse aus medizinischen, rechtlichen, organisatorischen Gründen gibt, wird dann sofort getestet.
- Als Vorgesetzter offen sein für Neues, um Entwicklung zu betreiben, sonst geht nichts weiter
- Zur Organisation der Abteilung Vorschläge, Angebote, Verbesserungen sammeln und ernst nehmen

#### **Auswahl der Mitarbeiter für Weiterbildungsmaßnahmen**

Keine Aussagen



### **Tabellarische Zusammenfassung der Faktoren, die die Umsetzung von Weiterbildungsinhalten beeinflussen**

Die zweite Hauptfrage bezieht sich auf Faktoren, die nach Einschätzung der Experten eine Umsetzung von Weiterbildungsinhalten beeinflussen. Diese Frage habe ich vor dem Hintergrund der Annahme gestellt, daß Vorgesetzten einen großen Einfluß auf den Lerntransfer haben. (vgl. dazu z.B. Lemke, 1995, Kap. 4) Die genannten Faktoren beziehe ich deshalb nicht bei der Festlegung der Auswahlkriterien für die Erhebungsinstrumente zum Vorher-Nachher-Vergleich ein, sie liefern aber evtl. Kriterien, die bei der Kontrolle der Implementation des Konzepts durch die formative Evaluation berücksichtigt werden können bzw. müssen.

In den Interviews werden Faktoren zu folgenden Bereichen und Personengruppen gesetzt: die Mitarbeiter selbst, das Team, institutionelle Bedingungen, Rahmenbedingungen, die durch angrenzende Bereiche beeinflusst werden, Rahmenbedingungen der Weiterbildung.

Tabelle: Faktoren, die eine Umsetzung von Weiterbildungsinhalten beeinflussen

<b>Bereiche und Personengruppen, zu denen die Faktoren in Beziehung stehen</b>	<b>Faktoren</b>
Mitarbeiter	Motivation für die Weiterbildung, Motivation zur Umsetzung von Gelerntem, fachliche und kognitive Kompetenz, Selbstbewußtsein.
Team	Verhaltensmuster im Team, Erfahrungen mit Neuerungen, Motivation für Neuerungen.
Institution	wirtschaftliche Zwänge vorhandene bzw. fehlende Hilfsmittel innerhalb der Abteilung/Station.
Vorgesetzte, andere Berufsgruppen	Reaktionen des ärztlichen Bereichs Unterstützung durch Vorgesetzte, soziale Kompetenz von Vorgesetzten.
Weiterbildung	die Verbindung von Theorie und Praxis, die Weiterbildung war nicht geeignet, die Kompetenz der Dozenten.

### **III . Tabellen zur Datenerhebung im Vorher-Nachher-Vergleich**

## Tabellen Wilcoxon-Test

Tabelle 1: Wilcoxon-Test: Qualifikatorische Voraussetzungen – Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

### Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
QUAL2 - QUAL1	Negative Ränge	6	7,17	43
	Positive Ränge	7	6,86	48
	Bindungen	5		
	Gesamt	18		

### Statistik für Test

	QUAL2 - QUAL1
Z	-0,178
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,859

---

Tabelle 2: Wilcoxon-Test: Lernerfordernisse – Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

### Ränge

		N	Mittlerer Rang	Rangsumme
LERN2 - LERN1	Negative Ränge	9	8,11	73
	Positive Ränge	7	9	63
	Bindungen	2		
	Gesamt	18		

### Statistik für Test

	LERN2 - LERN1
Z	-0,26
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,795

Tabelle 3: Wilcoxon-Test: Qualifizierungsmöglichkeiten -Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>QUMÖG2 - QUMÖG1</b>	<b>Negative Ränge</b>	9	7,44	67
	<b>Positive Ränge</b>	6	8,83	53
	<b>Bindungen</b>	3		
	<b>Gesamt</b>	18		

**Statistik für Test**

	<b>QUMÖG2 - QUMÖG1</b>
<b>Z</b>	-0,398
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,69

Tabelle 4: Wilcoxon-Test: Angemessenheit der Qualifikation – Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AQUAL2 - AQUAL1</b>	<b>Negative Ränge</b>	9	10,67	96
	<b>Positive Ränge</b>	8	7,13	57
	<b>Bindungen</b>	1		
	<b>Gesamt</b>	18		

**Statistik für Test**

	<b>AQUAL2 - AQUAL1</b>
<b>Z</b>	-0,925
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,355

Tabelle 5: Wilcoxon-Test: Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation  
(Ist-Situation) –  
Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AZU12 - AZU11</b>	<b>Negative Ränge</b>	4	6,88	27,5
	<b>Positive Ränge</b>	12	9,04	108,5
	<b>Bindungen</b>	1		
	<b>Gesamt</b>	17		

**Statistik für Test**

	<b>AZU12 - AZU11</b>
<b>Z</b>	-2,102
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,036

Tabelle 6: Wilcoxon-Test: Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation  
(Einschätzung der Wichtigkeit) –  
Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AZU22 - AZU21</b>	<b>Negative Ränge</b>	11	9,18	101
	<b>Positive Ränge</b>	5	7	35
	<b>Bindungen</b>	1		
	<b>Gesamt</b>	17		

**Statistik für Test**

	<b>AZU22 - AZU21</b>
<b>Z</b>	-1,711
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,087

Tabelle 7: Wilcoxon-Test: Qualifikatorische Voraussetzungen – Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>QUAL3 - QUAL4</b>	<b>Negative Ränge</b>	8	6,13	49
	<b>Positive Ränge</b>	6	9,33	56
	<b>Bindungen</b>	3		
	<b>Gesamt</b>	17		

**Statistik für Test**

	<b>QUAL3 - QUAL4</b>
<b>Z</b>	-0,222
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,824

Tabelle 8: Wilcoxon-Test: Lernerfordernisse -Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>LERN3 - LERN4</b>	<b>Negative Ränge</b>	4	9,38	37,5
	<b>Positive Ränge</b>	12	8,21	98,5
	<b>Bindungen</b>	1		
	<b>Gesamt</b>	17		

**Statistik für Test**

	<b>LERN3 - LERN4</b>
<b>Z</b>	-1,587
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,112

Tabelle 9: Wilcoxon-Test: Qualifizierungsmöglichkeiten –  
Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>QUMÖG3 - QUMÖG4</b>	<b>Negative Ränge</b>	4	8	32
	<b>Positive Ränge</b>	11	8	88
	<b>Bindungen</b>	2		
	<b>Gesamt</b>	17		

**Statistik für Test**

	<b>QUMÖG3 - QUMÖG4</b>
<b>Z</b>	-1,601
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,109

Tabelle 10: Wilcoxon-Test: Angemessenheit der Qualifikation –  
Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AQUAL3 - AQUAL4</b>	<b>Negative Ränge</b>	5	5	25
	<b>Positive Ränge</b>	4	5	20
	<b>Bindungen</b>	2		
	<b>Gesamt</b>	11		

**Statistik für Test**

	<b>AQUAL3 - AQUAL4</b>
<b>Z</b>	-0,297
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,767

Tabelle 11: Wilcoxon-Test: Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation  
(Ist-Situation) –  
Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>AZU13 - AZU14</b>	<b>Negative Ränge</b>	6	8	48
	<b>Positive Ränge</b>	7	6,14	43
	<b>Bindungen</b>	0		
	<b>Gesamt</b>	13		

**Statistik für Test**

	<b>AZU13 - AZU14</b>
<b>Z</b>	-0,175
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,861

Tabelle 12: Wilcoxon-Test: Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation  
(Einschätzung der Wichtigkeit) –  
Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

<b>Ränge</b>		<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>AZU23 - AZU24</b>	<b>Negative Ränge</b>	5	6,8	34
	<b>Positive Ränge</b>	9	7,89	71
	<b>Bindungen</b>	0		
	<b>Gesamt</b>	14		

**Statistik für Test**

	<b>AZU23 - AZU24</b>
<b>Z</b>	-1,163
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,245

### Tabellen Mann-Whitney-Test

Tabelle 13: Mann-Whitney-Test- Qualifikatorische Voraussetzungen – Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe – vorher

	VN	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
QUAL	1	18	20,08	361,5
	3	17	15,79	268,5
	<b>Gesamt</b>	<b>35</b>		

#### Statistik für Test

	QUAL
Mann-Whitney-U	115,5
Wilcoxon-W	268,5
Z	-1,253
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,21
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	0,219

Tabelle 14: Mann-Whitney-Test- Lernerfordernisse – Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - vorher

#### Ränge

	VN	N	Mittlerer Rang	Rangsumme
LERN	1	18	20	360
	3	17	15,88	270
	<b>Gesamt</b>	<b>35</b>		

#### Statistik für Test

	LERN
Mann-Whitney-U	117
Wilcoxon-W	270
Z	-1,2
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	0,23
Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]	0,245

Tabelle 15: Mann-Whitney-Test- Qualifizierungsmöglichkeiten –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - vorher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>QUMÖG</b>	<b>1</b>	18	18,89	340
	<b>3</b>	17	17,06	290
	<b>Gesamt</b>	35		

**Statistik für Test**

	<b>QUMÖG</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	137
<b>Wilcoxon-W</b>	290
<b>Z</b>	-0,53
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,596
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,613

Tabelle 16: Mann-Whitney-Test- Angemessenheit der Qualifikation -  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - vorher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>AQUAL</b>	<b>1</b>	18	18,58	334,5
	<b>3</b>	16	16,28	260,5
	<b>Gesamt</b>	34		

**Statistik für Test**

	<b>AQUAL</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	124,5
<b>Wilcoxon-W</b>	260,5
<b>Z</b>	-0,674
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,5
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,506

Tabelle 17: Mann-Whitney-Test- Arbeitszufriedenheit,  
Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation) –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - vorher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>AZU1</b>	<b>1</b>	17	16,88	287
	<b>3</b>	14	14,93	209
	<b>Gesamt</b>	31		

**Statistik für Test**

	<b>AZU1</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	104
<b>Wilcoxon-W</b>	209
<b>Z</b>	-0,596
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,551
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,57

Tabelle 18: Mann-Whitney-Test- Arbeitszufriedenheit,  
Kommunikation/Kooperation (Einschätzung der Wichtigkeit) –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - vorher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rangsumme</b>
<b>AZU2</b>	<b>1</b>	17	18,62	316,5
	<b>3</b>	14	12,82	179,5
	<b>Gesamt</b>	31		

**Statistik für Test**

	<b>AZU2</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	74,5
<b>Wilcoxon-W</b>	179,5
<b>Z</b>	-1,77
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,077
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,077

Tabelle 19: Mann-Whitney-Test- Qualifikatorische Voraussetzungen –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - nachher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>QUAL</b>	<b>2</b>	18	20,61	371
	<b>4</b>	17	15,24	259
	<b>Gesamt</b>	35		

**Statistik für Test**

	<b>QUAL</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	106
<b>Wilcoxon-W</b>	259
<b>Z</b>	-1,569
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,117
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,126

---

Tabelle 20: Mann-Whitney-Test- Lernerfordernisse –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - nachher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-Summe</b>
<b>LERN</b>	<b>2</b>	18	21,92	394,5
	<b>4</b>	17	13,85	235,5
	<b>Gesamt</b>	35		

**Statistik für Test**

	<b>LERN</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	82,5
<b>Wilcoxon-W</b>	235,5
<b>Z</b>	-2,344
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,019
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,019

Tabelle 21: Mann-Whitney-Test- Qualifizierungsmöglichkeiten –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - nachher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>QUMÖG</b>	<b>2</b>	18	21,25	382,5
	<b>4</b>	17	14,56	247,5
	<b>Gesamt</b>	35		

**Statistik für Test**

	<b>QUMÖG</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	94,5
<b>Wilcoxon-W</b>	247,5
<b>Z</b>	-1,952
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,051
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,053

Tabelle 22: Mann-Whitney-Test- Angemessenheit der Qualifikation –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - nachher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AQUAL</b>	<b>2</b>	18	15,19	273,5
	<b>4</b>	11	14,68	161,5
	<b>Gesamt</b>	29		

**Statistik für Test**

	<b>AQUAL</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	95,5
<b>Wilcoxon-W</b>	161,5
<b>Z</b>	-0,158
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,874
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,877

Tabelle 23: Mann-Whitney-Test- Arbeitszufriedenheit,  
Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation) –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - nachher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AZU1</b>	<b>2</b>	18	19,28	347
	<b>4</b>	15	14,27	214
	<b>Gesamt</b>	33		

**Statistik für Test**

	<b>AZU1</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	94
<b>Wilcoxon-W</b>	214
<b>Z</b>	-1,484
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,138
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,145

Tabelle 24: Mann-Whitney-Test- Arbeitszufriedenheit,  
Kommunikation/Kooperation (Einschätzung der Wichtigkeit) –  
Vergleich zwischen Treatment- und Kontrollgruppe - nachher

<b>Ränge</b>				
	<b>VN</b>	<b>N</b>	<b>Mittlerer Rang</b>	<b>Rang-summe</b>
<b>AZU2</b>	<b>2</b>	18	21,64	389,5
	<b>4</b>	16	12,84	205,5
	<b>Gesamt</b>	34		

**Statistik für Test**

	<b>AZU2</b>
<b>Mann-Whitney-U</b>	69,5
<b>Wilcoxon-W</b>	205,5
<b>Z</b>	-2,574
<b>Asymptotische Signifikanz (2-seitig)</b>	0,01
<b>Exakte Signifikanz [2*(1-seitig Sig.)]</b>	0,009

## Tabellen T-Test

### Treatmentgruppe

Tabelle 25: T-Test- Qualifikatorische Voraussetzungen - Vergleich innerhalb der Treatmentgruppegruppe -

#### Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	QUAL1	2,0278	18	0,4725	0,1114
	QUAL2	2,0111	18	0,6738	0,1588

#### Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	QUAL1 & QUAL2	18	0,42	0,083

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	QUAL1 - QUAL2	1,667E-02	0,6401	0,1509	-0,3016	0,335	0,11	17	0,913

Tabelle 26: T-Test- Lernerfordernisse - Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	LERN1	1,8651	18	0,4368	0,103
	LERN2	1,8095	18	0,4041	9,524E-02

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	LERN1 & LERN2	18	0,363	0,139

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	LERN1 - LERN2	5,556E-02	0,4754	0,1121	-0,1809	0,292	0,496	17	0,626

Tabelle 27: T-Test- Qualifizierungsmöglichkeiten - Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	QUMÖG1	2,5741	18	0,9518	0,2243
	QUMÖG2	2,5185	18	0,6639	0,1565

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	QUMÖG1 & QUMÖG2	18	0,344	0,162

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	QUM...G1 - QUM...G2	5,556E-02	0,9549	0,2251	-0,4193	0,5304	0,247	17	0,808

Tabelle 28: T-Test- Angemessenheit der Qualifikation –  
Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe -

### Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	AQUAL1	2,3135	18	0,5105	0,1203
	AQUAL2	2,1883	18	0,4368	0,1029

### Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	AQUAL1 & AQUAL2	18	0,285	0,251

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
						Untere	Obere		
Paaren	AQUAL1 - AQUAL2	0,1252	0,5694	0,1342	-0,158	0,4083	0,933	17	0,364

Tabelle 29: T-Test- Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation) - Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe -

### Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	AZU11	2,7457	17	0,3562	8,640E-02
	AZU12	2,8618	17	0,3907	9,476E-02

### Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	AZU11 & AZU12	17	0,563	0,019

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	AZU11 - AZU12	-0,116	0,3504	8,497E-02	-0,2962	6,410E-02	-1,366	16	0,191

Tabelle 30: T-Test- Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation  
(Einschätzung der Wichtigkeit) - Vergleich innerhalb der Treatmentgruppe

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	AZU21	2,0392	17	0,3345	8,113E-02
	AZU22	1,8844	17	0,3021	7,327E-02

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	AZU21 & AZU22	17	0,465	0,06

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen				T	df	Sig. (2-seitig)	
Paaren	AZU21 - AZU22	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	AZU21 - AZU22	0,1548	0,3306	8,017E-02	-1,5199E-02	0,3247	1,93	16	0,071

**Kontrollgruppe**

Tabelle 31: T-Test- Qualifikatorische Voraussetzungen - Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	QUAL4	1,7157	17	0,3716	9,012E-02
	QUAL3	1,7451	17	0,5807	0,1408

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	QUAL4 & QUAL3	17	0,464	0,061

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	QUAL4 - QUAL3	-2,9412E-02	0,5245	0,1272	-0,2991	0,2403	-0,231	16	0,82

Tabelle 32: T-Test- Lernerfordernisse - Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	LERN4	1,5126	17	0,3116	7,557E-02
	LERN3	1,6975	17	0,2852	6,917E-02

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	LERN4 & LERN3	17	0,132	0,614

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	LERN4 - LERN3	-0,1849	0,3937	9,549E-02	-0,3873	1,756E-02	-1,936	16	0,071

Tabelle 33: T-Test- Qualifizierungsmöglichkeiten - Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	QUMÖG 4	2,1373	17	0,5628	0,1365
	QUMÖG 3	2,402	17	0,6483	0,1572

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	QUMÖG 4 & QUMÖG 3	17	0,472	0,056

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	QUM...G4 - QUM...G3	-0,2647	0,6266	0,152	-0,5868	5,744E-02	-1,742	16	0,101

Tabelle 34: T-Test- Angemessenheit der Qualifikation - Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	AQUAL4	2,2637	11	0,1377	4,151E-02
	AQUAL3	2,2013	11	0,3611	0,1089

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	AQUAL4 & AQUAL3	11	0,214	0,528

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	AQUAL4 - AQUAL3	6,244E-02	0,3579	0,1079	-0,178	0,3029	0,579	10	0,576

Tabelle 35: T-Test- Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation (Ist-Situation) - Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe -

**Statistik bei gepaarten Stichproben**

		Mittelwert	N	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paaren	AZU14	2,6303	13	0,5658	0,1569
	AZU13	2,6125	13	0,4849	0,1345

**Korrelationen bei gepaarten Stichproben**

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	AZU14 & AZU13	13	0,701	0,008

Test bei gepaarten Stichproben									
		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
					Untere	Obere			
Paaren	AZU14 - AZU13	1,779E-02	0,4128	0,1145	-0,2317	0,2673	0,155	12	0,879

Tabelle 36: T-Test- Arbeitszufriedenheit, Kommunikation/Kooperation  
(Einschätzung der Wichtigkeit) - Vergleich innerhalb der Kontrollgruppe

### Statistik bei gepaarten Stichproben

		Mittelwert	N	Standard- abweichung	Standard- fehler des Mittelwertes
Paaren	AZU24	1,6944	14	0,2633	7,037E-02
	AZU23	1,7706	14	0,3295	8,807E-02

### Korrelationen bei gepaarten Stichproben

		N	Korrelation	Signifikanz
Paaren	AZU24 & AZU23	14	0,428	0,127

Test bei gepaarten Stichproben									
Gepaarte Differenzen									
		Mittel- wert	Standard- abweich- ung	Standard- fehler des Mittel- wertes	95% Konfidenzinter- vall der Differenz		T	df	Sig. (2-seitig)
					Untere	Obere			
Paaren	AZU24 - AZU23	-7,6141E- 02	0,3221	8,608E-02	-0,2621	0,1098	-0,885	13	0,392

**Tabellen Mittelwerte und Mediane bezogen auf die einzelnen Items – Nachher-Vergleich - Treatmentgruppe**

Mittelwerte und Mediane der Treatmentgruppe

**Statistiken**

		QV1	QV2	QV3	QV4	QV5
<b>N</b>	Gültig	18	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>		1,67	1,61	2,22	2,28	1,61
<b>Median</b>		1,63	1,59	2,25	2,33	1,56

**Statistiken**

		LF1	LF2	LF3	LF4	LF5	LF6	LF7
<b>N</b>	Gültig	18	18	18	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>		1,39	2	1,44	1,94	1,89	2,39	1,61
<b>Median</b>		1,35	2	1,38	1,93	1,87	2,38	1,56

**Statistiken**

		QM1	QM2	QM3	QM4	QM5	QM6
<b>N</b>	Gültig	18	18	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>		2,61	2,44	2,67	2,5	2,44	2,44
<b>Median</b>		2,62	2,43	2,64	2,43	2,38	2,38

Statistiken															
		AQ1	AQ2	AQ3	AQ4	AQ5	AQ6	AQ7	AQ8	AQ9	AQ10	AQ11	AQ12	AQ13	AQ14
<b>N</b>	Gültig	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>		1,83	1,94	2,17	2,17	2,06	2,89	2,28	2,22	1,94	1,72	2,17	2,28	2,78	2,06
<b>Median</b>		1,82	1,93	2,2	2,21	2	2,92	2,33	2,27	1,94	1,71	2,1	2,21	2,85	2,07

**Statistiken**

		AZ101	AZ102	AZ103	AZ104	AZ105	AZ106	AZ107	AZ108	AZ109	AZ110	AZ111	AZ112	AZ113	AZ114	AZ115	AZ116	AZ117	AZ118	AZ119	AZ120	AZ121	AZ122	AZ123
<b>N</b>	Gültig	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>		2,67	3,17	1,94	2,39	2,11	3,28	2,61	2,72	2,44	3,33	2,39	3,22	3,67	2,28	2,67	3,33	3,17	2,28	2,44	3	3,17	3,94	3,11
<b>Median</b>		2,64	3,15	1,94	2,38	2,07	3,22	2,57	2,64	2,31	3,25	2,31	3,17	3,71	2,25	2,64	3,43	3,2	2,27	2,47	3,15	3,15	4	3,13

**Statistiken**

		AZ201	AZ202	AZ203	AZ204	AZ205	AZ206	AZ207	AZ208	AZ209	AZ210	AZ211	AZ212	AZ213	AZ214	AZ215	AZ216	AZ217	AZ218	AZ219	AZ220	AZ221	AZ222	AZ223
<b>N</b>	Gültig	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Mittelwert</b>		1,33	2	1,33	1,78	1,78	2,22	2,33	2	1,83	2,44	1,67	2,33	1,72	1,5	1,28	1,78	1,94	1,94	1,94	2	1,94	2,06	2,06
<b>Median</b>		1,24	1,93	1,33	1,69	1,71	2,2	2,31	2	1,82	2,4	1,67	2,4	1,69	1,5	1,28	1,76	1,93	1,88	2	2,15	2	2,07	2,07

## Mittelwerte und Mediane der Kontrollgruppe

### Statistiken

		QV1	QV2	QV3	QV4	QV5
N	Gültig	17	17	17	17	17
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		1,53	1,53	1,82	2,12	1,18
Median		1,53	1,43	1,79	2,09	1,18

### Statistiken

		LF1	LF2	LF3	LF4	LF5	LF6	LF7
N	Gültig	17	17	17	17	17	17	17
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		1,12	1,76	1,47	1,29	1,59	2,06	1,29
Median		1,12	1,64	1,44	1,29	1,56	1,93	1,29

### Statistiken

		QM1	QM2	QM3	QM4	QM5	QM6
N	Gültig	17	17	16	17	17	17
	Fehlend	0	0	1	0	0	0
Mittelwert		1,88	1,59	2,69	2	2,53	2,29
Median		1,8	1,56	2,64	1,92	2,5	2,25

		AQ1	AQ2	AQ3	AQ4	AQ5	AQ6	AQ7	AQ8	AQ9	AQ10	AQ11	AQ12	AQ13	AQ14
N	Gültig	15	15	16	15	16	16	15	11	11	11	11	11	11	11
	Fehlend	2	2	1	2	1	1	2	6	6	6	6	6	6	6
Mittelwert		1,53	1,4	1,88	2,2	2,06	2,69	2,27	2,45	2,18	1,73	3	2,45	2,91	3,45
Median		1,46	1,36	1,85	2,18	1,91	2,5	2,22	1,88	2,2	1,7	2,86	2,25	3	3,67

### Statistiken

		AZ101	AZ102	AZ103	AZ104	AZ105	AZ106	AZ107	AZ108	AZ109	AZ110	AZ111	AZ112	AZ113	AZ114	AZ115	AZ116	AZ117	AZ118	AZ119	AZ120	AZ121	AZ122	AZ123
N	Gültig	11	17	17	17	15	17	15	16	15	17	17	17	16	17	17	17	17	16	17	15	16	17	17
	Fehlend	6	0	0	0	2	0	2	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0
Mittelwert		2,55	2,82	1,94	2,18	2,07	3	3	2,63	1,87	2,71	2,06	3,24	2,94	2,53	2,29	3,18	3,24	2,75	2,53	2,47	2,69	3,53	2,94
Median		2,5	2,7	1,93	2,21	2,08	2,91	3	2,6	1,85	2,78	1,92	3,2	2,92	2,46	2,21	3,29	3,25	2,67	2,57	2,29	2,63	3,6	3

### Statistiken

		AZ201	AZ202	AZ203	AZ204	AZ205	AZ206	AZ207	AZ208	AZ209	AZ210	AZ211	AZ212	AZ213	AZ214	AZ215	AZ216	AZ217	AZ218	AZ219	AZ220	AZ221	AZ222	AZ223
N	Gültig	12	17	16	17	16	17	15	17	16	17	17	16	16	17	17	17	16	17	17	15	17	17	17
	Fehlend	5	0	1	0	1	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0
Mittelwert		1,58	1,29	1,19	1,29	1,31	2	2,6	1,65	1,69	1,94	1,59	2,13	1,81	1,41	1,18	1,41	1,5	1,53	2,12	1,33	1,35	1,71	1,59
Median		1,55	1,25	1,19	1,29	1,31	1,93	2,58	1,65	1,67	1,92	1,53	2,18	1,79	1,41	1,18	1,38	1,5	1,53	2,15	1,33	1,35	1,64	1,56